

Fixation au trauma, résurgence, élaboration

Auteur(s) : Alain Fine

Mots clés : agonie/agonie primitive - après-coup - élaboration - états-limite - fixation - mémoire amnésique - narcissique (blessure) - objet (primaire) - régression/fixation (mécanisme) - souvenir - trauma/traumatique/traumatisme

Dernier de la série des conférenciers portant sur le thème du traumatisme, les participants réguliers constateront des répétitions, inéluctables, s'agissant d'une approche commune.

J'ai choisi de privilégier la notion freudienne de « fixation au trauma ».

La fixation au trauma et le parcours freudien concernant le trauma

La notion de trauma reste questionnante, la littérature psychanalytique venant des champs divers en est la preuve tangible. L'approche freudienne concernant le trauma, diversifiée et évolutive, englobant celle de fixation au trauma, a mis en perspective, en travail, en tant qu'objet théorico-clinique, cette notion. La fixation au trauma a provoqué et provoque encore des interrogations sur son statut métapsychologique tant au niveau topique, lieu de son inscription, que dynamique (remaniements *en après-coup*, attracteur favorisant la compulsion de répétition...), et enfin économique. Avec Freud on a pu présenter la fixation et la régression comme un véritable système concernant entre autres le

jeu de l'appareil psychique notamment au niveau du travail proprement analytique.

Le trauma peut être admis comme facteur déclenchant de la mise en mouvement du *système régression/fixation*. Si on le conçoit comme facteur fixé en amont, il se propose comme attracteur donnant sens au phénomène d'après-coup. Ce serait dans l'après-coup que la fixation serait supposée être une cristallisation psychique du trauma.

Je ne peux dans le déroulement de cette conférence développer le parcours freudien concernant la fixation au trauma. Je veux signaler quelques éléments.

Avant la période proprement analytique, Freud évoque la notion « d'action posthume du trauma » ; il écrit en 1896 (*L'hérédité et l'étiologie des névroses*), à propos du souvenir : « le souvenir déploiera une puissance qui fait totalement défaut à l'événement lui-même ; il agira comme s'il était un événement actuel. Il y a pour ainsi dire une action posthume du trauma ». Il faudrait donc, selon cette approche, retrouver, laisser émerger le souvenir qui provoque, en après-coup un appel émané du trauma lui-même. Rappelons ici son approche ultérieure du souvenir-écran.

Dans les études sur l'hystérie sont évoquées les *attitudes passionnelles* de l'hystérique reproduisant de façon « hallucinatoire » le traumatisme initial, faute d'avoir permis l'évacuation de l'affect étranglé lié au temps bloqué de la fixation. Dans ce contexte émerge la théorie de l'abréaction et de son effet curateur.

Dans une célèbre lettre à Fliess (6 nov. 1896) Freud signale que

les mécanismes psychiques s'établissent dans un parcours de stratifications, avec remaniements des traces mnémoniques suivant les circonstances nouvelles ; si aucun enregistrement nouveau ne se produit, l'excitation s'écoule suivant les lois psychologiques gouvernant l'époque psychique précédente et par les voies alors accessibles. Nous nous trouvons ainsi en présence d'un anachronisme..., des « fueros » existent encore, des traces du passé ont survécu. Elles sont fixées en quelque sorte, mais peuvent resurgir. Les fueros dévoilent le passé traumatique et amplifient, distordent le vécu actuel.

Ces notions, bien que lointaines, sont à prendre en considération dans notre approche clinique, notamment lors de notre compréhension des émotions et affects actuels dont le discours manifeste, les circonstances actuelles, n'auraient pas dus être porteurs. Les effets de mémoire sont donc pernicioeux lorsqu'ils suscitent des « anachronismes », en laissant perdurer les défenses laissées contre des dangers maintenant disparus.

Le trauma serait en quelque sorte inscrit dans un système de traces qui est dépositaire, non seulement du passé mais de l'organisation préformatrice du présent selon les préformations laissées par ce passé qui intègrent ce présent dans les mailles d'une grille inconsciente constituée par l'héritage de ce passé, sans caractère proprement mnésique, selon A Green. Selon cette approche, on peut évoquer une « mémoire amnésique » dans la catégorie des objets mnésiques représentés par : la compulsion de répétition, les états de dépersonnalisation, de somatisation..., qui diffèrent des autres objets mnésiques, surtout des souvenirs, par l'intensité de l'actualisation, la référence situant ces phénomènes, moins du côté des souvenirs que comme équivalents de celui-ci,

connotés d'une qualité hallucinatoire.

Le trauma précoce semble constituer une butée, susciter une défense primaire, un modèle premier de système anti-traumatique, au sens, écrit Michel Neyraut, « d'un réseau où les voies sont barrées, non investies, non mémorisées, muettes, ne figurant dans aucun registre d'inscription autre que théorique et ne sont perceptibles que de façon externe par une facticité de la répétition, une actualité sans autre écho dans l'esprit que celui d'une contrainte itérative. » Ces systèmes itératifs n'auraient pas su « coder » la séquence des messages traumatiques transmis par l'adulte.

Considérée comme véritable « corps étranger interne », à la différence des éléments du refoulement qui cependant la constitue, la *fixation*, englobant la fixation au trauma, pose au cours du travail analytique la problématique de sa résurgence en différentes figures, en différentes conséquences, que l'analyste aura à déceler, dont il aura l'intuition, en vue de comprendre son empreinte dans la réalité de la conjoncture actuelle, dans son activation au niveau transférentiel, dans ses impacts contre-transférentiels.

L'abandon de la « *neurotica* » (septembre 1897) ne rend pas obsolète toute idée de séduction traumatique. Il est faux de prétendre que Freud ait nié l'importance des scènes traumatiques ; sa négation n'en visait qu'une, celle de séduction sexuelle incestueuse obligée de l'enfant par l'adulte, comme causalité de la névrose hystérique. Cette séduction ne serait pas un acte traumatique réel, un avant-coup des traumas à venir, mais une catégorie faisant partie de la réalité psychique, une représentation sur une autre scène où se joue désormais le

théâtre de l'inconscient, qui n'exclut pas la dimension traumatique possible de la sexualité infantile, voire des premières relations humaines.

On plonge alors avec Freud dans l'émergence, la formation des fantasmes inconscients, construits ou non sur des morceaux de réalité, de perception du passé, dont les éléments traumatiques. Ces fantasmes inconscients, il nous faudra essayer de les rendre conscients, voire de les construire à deux dans nos cures. Ces abords, souvent difficiles, nous précisent l'imprégnation traumatique des conflits infantiles, nous plongent, au cours du travail analytique, dans la source et les effets de la névrose infantile si l'on prend ce modèle comme référence théorique. Ils découvrent aussi les sources des différentes potentialités notamment psychotiques, les trames des différentes psychopathologies.

Les expériences traumatiques peuvent aussi émerger dans les rêves, au même titre que les réalisations hallucinatoires de désirs infantiles.

Je signale que très tôt Freud précisait : « Il n'existe dans l'inconscient aucun indice de réalité, de telle sorte qu'il est impossible de distinguer l'une de l'autre, la vérité de la fiction investie d'affect. » Il évoquait la résurgence possible d'émotions, d'éprouvés, d'affects, produisant même les éléments fictionnels, en deçà des représentations pulsionnelles refoulées, et qui peuvent s'avérer la trace d'éléments traumatiques précoces.

Faute de temps je ne peux déployer la mise en jeu, en 1920, de la pulsion de mort, de la destructivité, les expériences d'effroi, de détresse, retrouvées dans les cures ; surtout la compulsion de

répétition. Il pourrait resurgir, régressivement, des modes actuels de réponse à des conjonctures traumatiques dépassées et dont la seule compulsion de répétition garderait la mémoire et en représenterait l'ultime témoignage. Dans ce contexte, le point de vue économique est central. En 1923, dans *Le moi et le ça*, il est suggéré que le conflit des instances organise des états d'autant plus traumatiques que le moi est fragile ou fragilisé par des traumas antérieurs. Et en 1926 la problématique de l'angoisse, notamment de l'angoisse diffuse, s'apparentant à l'expérience traumatique primaire d'effroi. Freud nous précise que l'analyse montre qu'au danger réel et connu se superpose un danger instinctuel inconnu, provoquant une situation traumatique d'impuissance que l'analyste est aussi amené à subir ; ce dernier aura à se souvenir que la situation présente peut rappeler des événements traumatiques subis antérieurement, encore ignorés du sujet.

Peut-on espérer que, avec patience et prudence, nous pourrions transformer avec certains patients ces angoisses traumatiques en angoisse signal d'alarme, rabaisant la détresse au rang de misère banale ? Ramener la destructivité, l'aspect désorganisateur de ces angoisses, grâce au travail analytique en séance, au rang de l'angoisse de castration ? Cela supposant que l'immaturité du moi de ces sujets ne soit pas trop intense ou définitive, qu'il ait les capacités de se ressaisir secondairement, une fois la crise passée.

Je vais revenir sur les derniers textes freudiens qui concernent aussi le thème du trauma et de ses résurgences ; auparavant je vous soumettrai quelques considérations générales.

Quelques considérations générales

Le trauma est en quelque sorte constitutif de l'humain ; c'est son destin, son dépassement ou non, ses séquelles éventuelles qui intéressent au premier plan l'analyste.

Ces considérations feront la trame de l'approche et mettront en perspective notre approche clinique, en tenant compte de l'inévitable écart théorico-pratique.

Tout événement « dramatique », fut-il précoce, n'est pas nécessairement traumatique.

De nombreux travaux montrent que le trauma psychique possède ses caractéristiques propres qui ne sont pas assimilables aux traces laissées par les malheurs ordinaires de la vie ; un même événement peut faire trauma pour un sujet, un trauma fiché dans sa psyché et n'être qu'un souvenir pénible pour un autre qui aura eu les moyens de le surmonter et de l'élaborer psychiquement. Le sujet ne peut advenir que de ce qui était, tel serait l'enjeu de tout travail « psy » pour les troubles résultant d'un traumatisme. Le traumatisme pourrait être défini à partir de l'effet catastrophique qui en a résulté, et qui peut être réactivé en après-coup.

Dans la cure, ce qui est décrit par de nombreux auteurs comme une atteinte dans le procès de symbolisation, trou et déchirure dans le moi, cette atteinte ne fera que se répéter, allant jusqu'à mettre en jeu de façon itérative ce qui a pu être décrit comme point d'horreur. L'analyste ne pourra se soustraire à ce point, attracteur, ce fait pourrait être déterminant pour la conduite de la cure, de toute cure ; à l'analyste alors d'en déterminer la trame et les sources, une gageure nécessaire avant toute possibilité élaborative à deux.

Dans un travail sur les traumatismes psychiques, une collègue et amie, Radmila Zygouris (*Bloc notes de la psychanalyse*, n° 12, 1993) présente le trauma comme ayant une dimension tragique, les autres malheurs relevant de l'espace du drame. Le propre du travail « psy » serait de permettre le passage de l'espace tragique à celui du drame. Le trauma, lui, est toujours tragique, car il ferait toujours déchoir le sujet concerné de sa place symbolique, mais, pour le « soigner », il faudrait repasser par la reconnaissance du drame singulier, aidé en cela par la provocation dans le transfert. Selon elle, les souvenirs intimes, récents ou lointains, conscients ou reconstruits à partir de bribes, leur récit, à condition de faire sens pour un autre, en l'occurrence l'analyste, peut alors prendre place dans la dimension trinitaire du tragique ; ceci ne signifierait nullement une réduction de tout événement traumatique à des histoires œdipiennes ou sexuelles, cela signifie la possibilité d'un lien restauré entre une expérience singulière et les fondements mythiques qui ordonnent les communautés humaines et qui dépasse le rapport duel. Il s'agirait là des mythes fondateurs qui s'apparentent aux fantasmes originaires, dont on perçoit les valences traumatiques de ces scènes en abîme pour certains. A nous de différencier ces inscriptions dans l'ordre du tragique, fixées comme telles, des lamentations sur le destin de certains patients qui ne peuvent imaginer être acteurs de leur propre existence autrement que sous l'emprise d'un passé éternellement présent.

Les travaux contemporains insistent sur le fait que l'expérience traumatique est ce qui ne se figure pas, même si elle laisse des traces mnésiques ineffaçables. Chaque mise à mal traumatique, particulièrement celle de l'*infans*, de l'enfant, implique une réinscription dans une dimension qui dépasse le cadre privé de sa

survenue. Seraient convoqués tant au niveau théorique que clinique les phénomènes d'après coup, en tenant compte de temporalités éclatées.

La dimension clinique de ces traumatismes insiste à juste titre sur la voie nécessaire de la figurabilité, notamment chez l'analyste, pour pallier aux trous dans le système représentatif.

Les derniers textes freudiens et les apports contemporains

Je vais donc partir des quatre derniers textes freudiens, qui concernent les traumatismes et abordent certains aspects techniques précisant les possibilités et les « limitations » de la psychanalyse en tant que technique thérapeutique : *l'Analyse avec fin et l'analyse sans fin* (1937), *Constructions en analyse* (1937), *l'Abrégé* (1938), et *L'homme Moïse et la religion monothéiste* (1939) – textes qu'on peut considérer comme testamentaires.

Analyse avec fin et analyse sans fin

Dans le premier texte, il est dit que le moi des patients n'est pas notablement modifié dès lors que l'étiologie des troubles est essentiellement traumatique, précoce. Ainsi plus fort est le traumatisme, plus sûrement il manifesterà son action nocive, même dans des conditions pulsionnelles normales. Mais Freud ajoute aussitôt après : « il n'y a aucun doute que l'étiologie traumatique offre à l'analyse l'occasion de loin la plus favorable. C'est seulement dans les cas à prépondérance traumatique que l'analyse réalisera ce dont elle est magistralement capable : substituer grâce au renforcement du moi une résolution correcte à la décision inadéquate remontant à l'âge précoce. Ici, l'analyse a fait son devoir et n'a pas besoin d'être poursuivie ». Par contre, la

force pulsionnelle et la modification défavorable du moi acquise dans la lutte défensive, au sens d'une dislocation et d'une restriction, sont des facteurs défavorables à l'action de l'analyse, ajoute Freud. Ainsi le conflit pulsionnel serait plus difficile à « liquider » que les effets des traumatismes, malgré la gravité des traumatismes infantiles.

Cette approche n'est pas paradoxale si l'on admet qu'il s'agit d'expériences traumatiques que le moi a reconnu et qui font partie de l'analysable, de l'élaborable, du résolutif ; c'est grâce à son renforcement par le travail analytique dépassant les répétitions reconnues à la longue dans et par le transfert, comme « décisions inadéquates ». Cette séquence théorico-clinique concernant le trauma, peut-elle être mise à la rubrique des « *analyses avec fin* », sous l'égide d'un moi capable de se renforcer ?

Constructions en analyse

C'est un texte qui touche à l'élaboration des traumatismes précoces. Ceux-ci sont enfouis dans les couches profondes de la psyché ; comme d'autres éléments, ils sont conservés, mais ensevelis, inaccessibles à l'individu. L'objet-trauma serait un objet psychique dont l'analyste veut recueillir la préhistoire, objet, pour paraphraser Freud, qui recèle encore beaucoup de mystère. Les constructions que nous faisons et qui quelques fois évoquent les traumatismes précoces, constructions faites avec tact et mesure, au moment voulu, devraient entraîner la conviction chez le patient. Ce texte montre qu'il nous faut faire le deuil d'une levée totale de l'amnésie infantile afin de reconstituer une histoire complète qui affirmerait la vérité des traumatismes infantiles, surtout ceux survenus avant l'acquisition du langage, ceux qui font partie d'une « *mémoire amnésique* » (A. Green). Comment le

dévoilement d'un noyau traumatique peut-il se faire en deçà de toute remémoration ? Freud envisage ce travail de construction comme consistant à débarrasser le morceau de vérité historique de ses déformations et de ses appuis sur la réalité actuelle, de façon à le ramener au point du passé auquel il appartient. Je ne peux que rappeler ici les thèses qui s'en éloignent, celle de la construction de l'espace analytique de Viderman longuement discutée et controversée, et qui concernent aussi l'origine à jamais inaccessible des traumatismes hyper précoces ; qu'il faut donc inventer et énoncer pour la faire exister.

Freud pense dans ce texte qu'on n'aurait pas « assez apprécié le caractère général de l'hallucination d'être le retour d'un événement oublié des toutes premières années, de quelque chose que l'enfant a vu ou entendu à une époque où il savait à peine parler. » Il évoque aussi les formations délirantes qui contiendraient « un morceau de vérité historique », la croyance compulsive tirant sa force de cette source infantile. Ainsi les délires pourraient bien apparaître comme des équivalents de nos constructions. Construirions-nous des vérités traumatiques comme équivalents hallucinatoires, mais qui entraîneraient la conviction ? Cette « imagination » que l'autre nous oblige à construire à partir de matériaux de tous ordres - les rêves, les fragments de souvenirs déformés, des idées incidentes par associations libres, des indices de répétitions d'affects appartenant au refoulé, les projections, les agirs transférentiels, les répétitions - serait un imaginaire des traumatismes dont la psyché porterait la trace. Cette imagination serait donc beaucoup plus le fait de l'analyste que la capacité du patient. Je pense avec d'autres que ces traumatismes sont déduits après-coup, que nos constructions-élaborations ne saisissent qu'une parcelle de l'expérience oubliée.

Cependant il nous faut bien essayer de reconstruire ce qui s'est passé historiquement pour nos patients et que cet excès d'excitation, souligne Claude Janin à juste titre dans un de ses travaux portant sur le trauma, a rendu inintelligible et inintégré par le moi ; du moins, ajoute-t-il dans une perspective optimiste, jusqu'à ce que la cure permette de l'élaborer. Ce serait là faire oeuvre d'historien permettant de qualifier, à partir des indices qui lui restent accessibles, ce qui, sans cet acte de construction, demeurerait incompréhensible. Alors ? Opération de reconstruction ? De construction de l'espace analytique ? Rappelons, en contre point, ce qu'écrivait Freud dans *l'Homme aux loups* : « ou bien l'analyse basée sur sa névrose infantile n'est qu'un tissu d'absurdité, ou bien tout s'est passé exactement comme je l'ai décrit plus haut. »

La deuxième partie de l'Abrégé - le travail pratique

Cette séquence évoque plusieurs éléments qui peuvent concerner l'élaboration des traumas. Dans le transfert, l'analyste pourrait être considéré comme la réincarnation d'un personnage important du passé infantile de l'analysé, manifestant des réactions certainement destinées au modèle primitif (mère, environnement). Les projections transférentielles, verbales et sous forme d'agir constitueraient « une source de périls graves » ; cette « ambivalence du transfert », effet possible de traumas psychiques précoces, serait « ce qui en fait la particularité à la fois la plus essentielle, et le rend si difficile à analyser ».

Freud insiste sur la difficulté à vaincre les résistances cependant que l'analyste ne doit pas se dérober mais au contraire encourager et rassurer le patient. « Plus le moi se sent accablé, plus il se cramponne comme saisi d'effroi, à ces contre-

investissements, et cela dans le but, de défendre tout ce qui lui reste contre d'autres irruptions », et plus loin : « Nous sommes ainsi amenés à conclure que le résultat final de la lutte engagée dépend de rapports quantitatifs, de la somme d'énergie que nous mobilisons chez le patient, à notre profit, par rapport à la quantité d'énergie dont disposent les forces qui agissent contre nous ». Dans ce contexte guerrier s'énonce l'alliage de pulsions érotiques et destructrices ; le trauma est aux premières lignes cependant que stratégie et tactique dans cette clinique restent dans l'ombre. Il ajoute : « il n'est nullement souhaitable que le patient, en dehors du transfert, agisse au lieu de se remémorer ». Mais, est-il souhaitable que le patient agisse, ne puisse se passer d'actings-out dans le transfert, comme élément positif d'élaboration ?

L'Homme Moïse et la religion monothéiste

Je présenterai surtout les applications proposées des idées de Freud concernant la clinique psychanalytique. Il mentionne que « les psychanalyses d'individus particuliers nous ont appris que leurs impressions les plus anciennes reçues en un temps où l'enfant n'était guère en état de parler, extériorisent en un moment quelconque des effets de caractère compulsif, sans être elles-mêmes remémorées consciemment ». Le trauma précoce est présenté comme le premier de la série des moments formateurs du paradigme de la névrose : trauma précoce - défense - latence - éclatement de la maladie - retour partiel du refoulé. Les traces anciennes ne reflètent pas les conditions qui régnaient au moment de l'inscription et qui seraient à jamais perdues mais leurs réactivations ramènent leurs retours, semblables à des vestiges déformés.

Freud insistait sur le fait que la répétition, fut-elle

compulsionnelle, serait bien la traduction d'événements qui se seraient effectivement passés, et non d'un pur fantasme. Nous pensons dans ce registre au défaut de traduction, aux « fueros », signalés en 1896. Cependant la vérité de ces traces significatives, il faut nous résigner à la construire plutôt qu'à la découvrir, vérité qui ne peut donc s'atteindre sans en passer par la déformation, ce d'autant qu'elle est soumise à l'après-coup. Ainsi que le signalait André Green dans *La diachronie dans le freudisme*, pour la pensée psychanalytique (et j'ajoute dans notre clinique), la signification est moins liée à l'expérience immédiate qu'à une interprétation rétrospective de celle-ci, en tenant compte des après-coups successifs ; si bien que : « le temps où ça se passe n'est pas le temps où ça se signifie. »

Le trauma donc, sa fixation ontogénétique mais aussi phylogénétique pour Freud, ses résurgences, reviennent en force dans ce texte testamentaire. Dans le sens élargi, ces traumas des premiers temps ne sont pas réduits à une ponctualité factuelle ; il s'agirait plutôt d'impressions vécues précocement et plus tard oubliées, impressions qui ne seraient pas simplement « endopsychiques » mais qui résulteraient d'expériences vécues.

Étudiant les effets du traumatisme précoce, Freud indique qu'ils sont le résultat d'expériences relatives au corps ou bien des perceptions sensorielles, principalement d'ordre visuel ou auditif, éléments qui introduisent alors le trauma précoce selon une vision élargie, coextensive à tout le champ de l'expérience infantile précoce. Cette introduction a posé et pose encore les problèmes ardues d'une psychogenèse conjecturale, notamment celle de la résurgence des traces dites perceptives. N'oublions pas que l'expérience précoce ne prend-elle aussi son caractère de trauma

qu'à raison d'un facteur quantitatif. Signalons cependant que par la suite et dans l'*Abrégé*, la quête du qualitatif aurait repris ses droits sans pour autant les rendre prédominants, notamment dans les temps où se jouent les complexes d'Œdipe et de castration, ou insistent les fantasmes originaires, mais aussi dans lesquels sont admises les influences de la civilisation ajoutait Freud. Ces expériences ne seraient pas intrinsèquement traumatiques, mais pourraient le devenir pour tel ou tel individu dont le moi ne sera pas en mesure de tolérer des processus pulsionnels d'une certaine ampleur, appelés ou induits après-coup par l'impression produite.

Rappelons aussi que, au niveau de l'hypothèse traumatique chez Freud, la désintrication pulsionnelle, la force de la destructivité jouent ici leur rôle.

Selon cet éclairage, on peut penser que dans notre clinique, le retour à ce passé revienne sous des formes élémentaires du psychisme, loin de simples régressions temporelles ; passé comme réservoirs de sens bruts, explosifs qui, dans la cure, laisse émerger des tensions évocatrices d'une actualisation potentiellement agie, notamment sous formes de passages à l'acte, d'autres formes de décharge empruntant les voies courtes, par exemple la voie somatique, donc de répétitions au lieu de remémorations (A. Green). Si ce type de trauma reste inconscient, est lesté d'une « mémoire amnésique », l'inconscient dans ce climat laisse sourdre une douleur psychique qu'il nous faut repérer. La seule mémoire dont nous aurions l'intuition serait, selon des approches contemporaines, une pulsion qui pulse rythmiquement, sans fin (M. Neyraut, nous l'avons signalé plus haut), un travail du négatif donnant toute leur force aux résistances dans la cure, qui dans certains cas peuvent se révéler

insurmontables (A. Green).

L'élaboration des traumatismes précoces serait soumise, dans nos cures, à une élaboration psychique à deux, en rappelant que le travail d'élaboration consiste, entre autres, à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives. Il s'agirait donc dans ce contexte d'opérations intrapsychiques et interpsychiques. Ce « grand complexe des associations » dont parlait Freud avec Breuer, celui exerçant une action correctrice, un régime associatif venant de part et d'autre, qui sera un élément clé de ces élaborations. Cette problématique des liens associatifs met en lumière celle de la liaison consistant à relier les représentations entre elles ; liaison d'autant plus difficile lorsque les représentations ne sont pas au rendez-vous.

Traumas à effets positifs et négatifs

Enfin je vais évoquer une référence qui nous intéresse particulièrement et sur laquelle la plupart des auteurs connus de moi se sont penchés. La voici : « les effets du traumatisme sont de deux sortes, positifs et négatifs. Les premiers sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer l'expérience oubliée, mieux encore pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition même si ce ne fut qu'une relation affective antérieure, pour la faire revivre dans une relation analogue à une autre personne. On réunit ces efforts sous le nom de fixation au trauma et de contrainte de répétition. » On pense évidemment aussi à la relation analytique, au transfert. Et pour le trauma à effet négatif : « les réactions négatives tendent au but opposé, à ce qu'aucun élément des traumatismes oubliés ne puisse être remémoré ni répété » ; il s'agirait là de réaction de

défense par évitement.

Ainsi, malgré la contrainte de répétition, les effets de certains traumas seraient positifs car la réalité psychique ne les évite pas ; ils seraient en quelque sorte dans le registre de l'analysable voire de l'élaborable dans le temps d'un long et difficile travail psychanalytique ; « des traumas avec fin ? ». Nous retrouvons la perspective du texte : « analyse avec fin et analyse sans fin ». Par contre la négativité des défenses par évitement, inhibitions, angoisses et phobies constituerait au fond des fixations de tendance contraire, apportant aussi les plus fortes contributions à l'empreinte du caractère, ajoute Freud.

Ces deux effets ont un caractère de contrainte, ils ne sont pas assez influencés par la réalité extérieure, ils sont *un état dans l'état*, ils peuvent devenir le chemin qui conduit à la psychose.

Il semble, en relisant attentivement cette approche de la bipolarité des effets positifs et négatifs prêtés au trauma, qu'ils correspondaient chez Freud, malgré un destin possible vers la psychose, à une bipartition des symptômes de la névrose, pour autant que ces derniers soient tous placés sous l'égide de l'expérience traumatique, en y ajoutant les incidences impénétrables de la constitution.

Cette relecture est entrée en résonance, chez moi, avec le texte de A Green sur *La position phobique centrale* rencontrée souvent dans la cure de certains états-limite. Il évoque aussi l'évitement comme mode défensif pour « faire obstacle à l'établissement de relations entre les différentes constellations traumatiques, dont la mise en rapport les unes avec les autres est ressentie comme une invasion angoissante par des forces incontrôlables. Le réveil de

l'un quelconque de ces traumas pourrait entrer en résonance avec d'autres. ». Et plus loin : « le vrai trauma consistera donc dans la possibilité de les réunir en une configuration d'ensemble où le sujet a le sentiment qu'il a perdu sa capacité intérieure de s'opposer aux interdits et n'est plus en mesure d'assurer les limites de son individualité ». On peut mettre en relation cette position avec celle que suggère Freud au sujet de l'évitement comme mesure défensive extrême, s'agissant de traumas à effets négatifs. Un travail du négatif dans ces deux approches.

Les cicatrices narcissiques

Freud cependant, après avoir envisagé comme précédemment le rôle du trauma dans les relations précoces, rôle attribué aux pulsions érotiques et agressives, et dans l'hallucination comme retour d'un événement sensoriel antérieur au langage, il évoque enfin les *blessures narcissiques par atteinte précoce du moi*. Ces atteintes narcissiques précoces avaient déjà été envisagées par Ferenczi. Je ne peux que rappeler la confrontation entre Freud et Ferenczi concernant les traumas précoces repris par de nombreux auteurs, notamment par T. Bokanowski.

Je veux seulement rappeler que dans les cures difficiles que Ferenczi rapportait, il fallait tendre à faire répéter le trauma lui-même dans des conditions plus favorables en abandonnant toute relation au présent, en s'immergeant dans le passé traumatique ; le seul pont étant la personne de l'analyste. Ferenczi évoquait aussi la problématique de l'empathie, du contre-transfert, celle du traitement des cicatrices narcissiques.

La pensée freudienne dans la spécificité des processus traumatiques, qui suppose ici la notion de cicatrices narcissiques

du moi, n'a été qu'ébauchée, elle fera parler d'elle ultérieurement et donnera lieu à de nombreuses hypothèses d'articulation souvent difficile avec la praxis. Je pense par exemple à l'approche de René Roussillon concernant les troubles narcissiques-identitaires qu'il présente notamment dans son livre *Agonie, clivage et symbolisation*. Le modèle qu'il propose dans ce livre s'adapte particulièrement aux traumatismes précoces ou précocissimes, mais, ajoute-t-il : « il vaut aussi pour n'importe quelle expérience de débordement et de détresse face à ce débordement, même celles qui affectent l'appareil psychique à un âge plus tardif ». Je ne peux reprendre ici cette riche élaboration concernant les agonies primitives avancées par Winnicott et retravaillées aussi par d'autres : les défenses contre le retour du clivé, de l'état traumatique antérieur, le défaut de symbolisation primaire, l'hypothèse d'une symbolisation secondaire après-coup des agonies. L'hypothèse de Roussillon de traces perceptives nociceptives qui tendraient à revenir, répétitivement, sous forme hallucinatoire, interpelle la pensée clinique. Ce serait à l'analyste de les admettre, grâce notamment à son contre-transfert.

Objet et environnement primaires

Il est vrai que Freud est resté dans une « monade métapsychologique » (M. Neyraut), a peu envisagé les rôles de l'objet, de l'environnement primaires dans le processus des traumas précoces ; de nombreux auteurs l'ont signalé. Le rôle de l'objet primaire en fonction de sa propre organisation psychique est devenu incontournable ; les effets de ce rôle plongent dans la constitution du narcissisme, du moi, de l'appareil psychique. Les avatars, les distorsions, dus à cet impact, seraient à considérer comme éléments constitutifs des traumas précoces de *l'infans*.

Mère survenant aux besoins, exerçant une violence d'interprétation, mère de toutes les demandes, mère pare-excitante réduisant la détresse infantile, mère intriquante permettant l'accès aux symbolisations primaires, mère exerçant sa capacité de rêverie grâce à sa fonction alpha (Bion), mère comme premier objet d'une séduction généralisée (Laplanche) ; je ne peux qu'oublier certains rôles dans ce contexte de primarité. Ai-je besoin de rappeler que la naissance du moi n'est pas un événement qui tombe du ciel ; en amont, ce qui en précède l'apparition et la permet doit laisser des traces Dans ce champs du primaire voire de l'originaire (P. Aulagnier), ce serait le non-respect des besoins de l'*infans*, voire une non-acceptation de sa demande d'amour, un non-désir, qui exercerait des blessures de tous ordres, notamment narcissiques, importantes.

Travail analytique, travail de l'analyste

Dans notre pratique au quotidien, qu'il s'agisse de cures dites classiques, de psychothérapies aux divers cadres, nous sommes confrontés à des récits qui clament des douleurs psychiques, des angoisses, des désarrois, des dépressions diverses, des plaintes d'agir inefficaces, éléments que l'on peut envisager comme la répétition de temps traumatiques précoces non élaborés par le sujet qui vient nous demander, explicitement ou implicitement, une aide en vue d'en atténuer les réactualisations et les impacts dans leur vie.

Certains traumas sont connus, évoqués par le sujet adulte, mais sans traces de symbolisation, sans remise en circuit dans le vécu actuel, sans régime associatif. Ce peuvent donc être des répétitions agies, des moments dépressifs, des moments d'angoisse, des vécus de vide, des conduites d'évitement, des

exacerbations caractérielles...que l'analyste devra déceler, dont il tissera les liens, lèvera les clivages, tissera la trame qui permettra, dans un second temps, de procéder à des constructions, à des interprétations alors symbolisantes. Les vicissitudes du transfert et du contre-transfert en favoriseront la compréhension.

Lorsque nous sommes dans le modèle névrotique, nous pouvons supposer que le conflit actuel exposé entre en résonance avec un conflit historique issu de la sexualité infantile qui n'a pu être réglé à l'époque du fait d'une conjoncture traumatique, qu'à l'aide du refoulement. Ce traumatisme nommé historique a été refoulé et avec lui les représentations de désir qui s'y trouvaient impliquées ; c'est pourquoi ce traumatisme peut être décrit comme secondaire (René Roussillon). On peut faire l'hypothèse que ce refoulement est à l'origine d'une fixation, que celle-ci provoque un « archaïsme » qui attire les conflits actuels correspondants ; ceux-ci devraient à leur tour être refoulés. Cependant, ajoute Roussillon, et je le suis volontiers, ce refoulé reste actif et menace le sujet d'un retour notamment des représentations, réminiscences du conflit antérieur et de la conjoncture traumatique ; risque qui peut être pris en cours de travail analytique, ce d'autant que, dans ces cures, le désir inconscient et refoulé est activé par le transfert et le dispositif analytique.

C'est par le travail analytique, que, malgré les systèmes défensifs, la parole analytique est soumise à une recherche permettant le retour du refoulé, en interprétant, par le biais du transfert, les enjeux actuels, charriant - c'est du moins notre hypothèse heuristique - les caractéristiques du contexte infantile des

premiers refoulements. Ainsi, selon le modèle classique, la névrose clinique transformée par l'analyse en névrose de transfert, permettrait d'élaborer la névrose infantile et les éléments traumatiques qu'elle contient. Mais, pour que ce modèle soit efficient il faut que le narcissisme de l'analysant reste suffisamment bon car, suggère à juste titre R Roussillon : « il permet l'organisation d'une illusion qui rend le transfert, sous le primat du principe de plaisir, possible, et rend ainsi envisageable un travail de deuil, fragment par fragment... ». Dans un tel schéma, l'ensemble du processus se déploie dans un espace représentatif, de bout en bout, car un travail de symbolisation a eu lieu en amont ; les éléments traumatiques, quoique refoulés, ont pu être représentés, donc par la suite partageables dans la cure. Cependant, c'est à l'analyste d'avoir l'intuition de cette présence interne des fixations traumatiques, puis de la rendre consciente ; un travail à deux.

Est-on encore dans le registre névrotique classique lorsque, au *transfert par déplacement* se substitue ou s'ajoute ce que Roussillon nomme *transfert par retournement* : un transfert dans lequel le sujet viendrait, en parallèle mais clivé de ses possibilités d'intégration, faire vivre à l'analyste ce qu'il n'a pu vivre de son histoire, faire sentir à l'autre ce qu'il ne sent pas de soi. Il semble que dans ces conjonctures transférentielles nous soyons dans un autre registre qui s'étale dans notre clinique contemporaine. Les approches contemporaines plongeront dans le pourquoi et le comment de ces « infantiles » surchargés de traumatique, ce d'autant qu'ils rendent difficiles sinon impossible ses réactualisations dans une névrose de transfert qui n'advient pas.

Il y aurait, surtout dans *les états-limite*, comme une rétraction du

sujet sans la moindre conscience de ce retrait. Dans ces cures, cette fermeture serait aussi fermeture à la parole de l'analyste, une précarité de ce qu'il représente et qui ne s'accompagnerait d'aucune activité élaborative, affirmant ainsi les procédés de déni, de recouvrement des traumatismes précoces. Dans ce registre, suppose A. Green, « le travail analytique, laborieux, consisterait à transformer cette négativation de la perception des processus de pensées, en pensées latentes ; cette organisation des pensées latentes supposée par l'analyste serait ici, entendement par ce dernier, créateur de la difficile relation analytique. « C'est dire que dans ce registre l'écoute de l'analyste doit s'efforcer de saisir l'émergence projective traduisant l'initiation d'un embryon fantasmatique qui est beaucoup moins à prendre dans sa valeur de contenu que comme modalité inaugurale d'appropriation subjective adressée à un tiers ». La fonction de l'analyste serait d'éviter le renforcement du transfert de défenses, d'attendre que le transfert donne des indices suffisants de sa proximité, d'accepter une plus grande ouverture à des modes de pensée inhabituels. Ici l'empathie serait largement convoquée.

Dans certains contextes le travail de l'analyste en séance, son écoute, ses réactions, ses interventions, prennent une tournure particulière, voire paradoxale qui peuvent renseigner sur la nature et les conséquences des traumatismes, surtout des traumatismes précoces.

Ces occurrences particulières ont été conceptualisées dans des vertex différents, mais qui tous ramènent à la problématique de la « figurabilité chez l'analyste », figurabilité qui permettra l'approche des traumatismes précoces, si possible leur élaboration. Comment cette figurabilité vient à l'analyste ? Je ne peux que signaler certaines approches, d'autant qu'elles surviennent dans

des contextes différents : celles de W. Bion, de Piera Aulagnier par exemple. Dans le travail en séance, bien qu'il ne s'agisse pas particulièrement des traumatismes précoces, la notion de contre-transfert paradoxal de M de M'Uzan peut être convoquée. Il s'agirait de l'envahissement de l'appareil psychique de l'analyste, envahissement allant jusqu'à la dépersonnalisation transitoire, par la psyché du patient. Dans ce registre les capacités d'identification primaire seraient nécessaires.

Les Bottela, depuis des lustres et encore récemment, se sont penchés sur la notion de trauma précoce, surtout dans l'optique du trauma dit négatif, l'effet négatif étant lié à un effondrement de la topique et à la perte de la capacité de représentation. Ils ont mis en pièce maîtresse le travail de figurabilité. Pour eux, surtout dans les cures d'adultes et de borderlines, je cite : « C'est surtout face à certains aspects traumatiques de la pensée de l'analyste en séance que nous avons progressivement compris que la figurabilité ne peut être réduite à l'image [...] qui est le produit d'un travail devenu complexe, un travail de figurabilité ». Ce travail serait un processus psychique fondateur qui, se dévoilant sur la voie régrédiente, serait déterminé par la tendance à faire converger toutes les données du moment, stimuli internes et externes, en une seule unité intelligible visant à lier les éléments hétérogènes présents dans une simultanéité atemporelle, sous forme d'actualisation hallucinatoire, dont la forme originare la plus élémentaire serait la figurabilité. Les capacités de régression formelle de l'analyste sont convoquées.

Il y aurait donc simultanéité de champs multiples et variés : le discours ou l'agi de l'analysant, le transfert ainsi que le contre-transfert, mais aussi tout un matériel perceptif actuel allant de la

perception sensorielle et des impressions corporelles du moment, aux restes sensoriels des séances précédentes ; *un travail en double en quelque sorte*. Ce matériel pourrait bien s'avérer, résurgence de perceptions et d'émois de l'infantile, de l'enfance et contenir son poids de traumatique. La régression formelle de la pensée de l'analyste le mettrait, le soumettrait à l'inconnu, il ne serait pas loin alors de l'enfant face à son inconnu traumatique. Ainsi selon les Botella : la figurabilité de l'analyste représente à la fois le reflet et le complément du fonctionnement psychique de l'analysant, seuls capables de suppléer à la rupture, dans l'ordre du représentationnel, au négatif du trauma. On y retrouve la connotation d'une pensée animique partagée.

Ce travail de figurabilité comme seul moyen d'accéder et de révéler le négatif du trauma aurait une valeur anti-traumatique dans la cure. Par contre, si ce travail à deux n'accède pas à un vécu d'intelligibilité accessible au système de représentation, le moi de l'analysant continuera de le vivre comme traumatique, continueront d'exister des tensions évocatrices d'une actualisation potentiellement agie.

Claude Janin évoque aussi la construction à deux du trauma infantile, la difficulté de représentations d'événements qui n'ont pas été représentés, de mise en représentation de ce traumatique chez l'analyste, de ce traumatique non représenté qui tente cependant de se manifester, notamment dans la cure, de produire des rejetons par lesquels il s'agirait, en appui sur le cadre, de frayer les voies à la figurabilité. Je rappelle sa notion d'animisme à deux qui permettrait que le trauma devienne communicable, partageable, entrant dans l'histoire du sujet et non plus seulement « commémorable ». Pour cet auteur aussi, la cure, dans son

ensemble, deviendrait acte anti traumatique, à condition que l'adulte au cours de ce travail analytique parvienne à jouir de son aire personnelle, de son espace transitionnel, sans rien revendiquer. « Alors il ne serait pas exclu, écrit-il, que nous puissions y reconnaître nos propres aires intermédiaires correspondantes et constater un certain chevauchement, c'est-à-dire une expérience commune partageable, donc analysable » ; une approche bien différente de celle de l'analyse mutuelle de Ferenczi.

René Roussillon évoquant la solution bio-logique de certaines somatisations, fait intervenir un « hallucinatoire » issu de perceptions nociceptives précoces, qui infiltrerait les perceptions actuelles et dont l'analyste aurait l'intuition de par le contexte transférentiel et par l'auto-analyse de son contre-transfert. C'est là une élaboration particulière de traumatismes hyper précoces, un passage de la solution bio-logique à la solution psycho-logique ! Les traumatismes hyper-précoces dépendent donc de la déqualification de l'environnement primaire, font partie de l'infantile entrant, selon moi, dans un cadre hypothético-déductif qui en permettrait, éventuellement, l'élaboration. La réactivité traumatique ultérieure dépendra de l'assise narcissique et de la solidité du sujet.

Cette réactivité aura des incidences pathologiques dans des conduites répétitives qui alerteront le psychanalyste et lui permettront de remonter, hypothétiquement, jusqu'à la relation primaire en tenant compte des après-coups successifs. Pour de nombreux psychanalystes dont je fais partie, les vicissitudes dans l'oscillation transféro-contre transférentielle, en favorisent la compréhension ; ajoutons qu'elles ne sont pas les seules. Ainsi, les traces mnésiques, écrasées par le trauma, ne pourraient être

ravivées que par son élaboration dans la reprise transférentielle.

Si l'on dépasse le temps de l'infantile, de la préhistoire du sujet, on peut considérer que tout ce qui menace la sécurité interne de l'enfant peut constituer un trauma narcissique, à l'aune de la structuration de son moi. Ces traumas précoces ne sont d'ailleurs pas que narcissiques. Dans nos cures d'adultes reviennent les éléments traumatiques de l'enfance. La levée de l'amnésie infantile, le retour du refoulé secondaire sont les temps nécessaires du travail analytique, de l'élaboration à deux des souvenirs traumatiques, de l'élaboration de ce qui se répète sous diverses formes au fil du temps non linéaire des cures, voire d'une construction à deux du trauma infantile.

Cependant, le narratif, les contenus proposés à l'écoute de l'analyste, sont insuffisants, il faut aussi admettre et comprendre le flot processuel, la dimension du transfert et du contre-transfert, comme je viens de le signaler. C'est à partir de ces éléments que nous pouvons faire des constructions aptes à étayer l'élaboration de ces traumas.

Je terminerai en insistant encore sur le fait que les formulations à partir du primaire des traumas précocissimes restent, dans la plupart des cas, hypothético-déductifs. La relation à l'infantile, équivalent de l'inconscient inconnaissable fait intervenir le concept de refoulement originaire. Il semble que la violence du refoulement originaire, telle qu'elle se perpétue dans l'actualité du conflit et du trauma psychique, installe les différentes temporalités dans une incompatibilité radicale (A. Green). Si une homologie entre inconscient et infantile s'impose pour certains, c'est bien par ce que l'expérience infantile est une expérience authentique, mais sans sujet et donc sans vécu. La trace, entre

autres, des traumas liés à l'environnement primaire, ne s'est pas inscrite dans le moi, seul acteur d'une histoire et d'une temporalité subjective. De telles actions et processus postulés ont une position historique tout aussi mal définie que celles des désirs et fantasmes apparus, eux aussi à certains moments de la vie de l'enfant, même si l'on admet que certaines évocations puissent s'imposer avec une évidence quasi hallucinatoire, et par là se rapprocher de la quasi sensorialité onirique évoquée par Freud, tant chez l'analysant que chez l'analyste.

Conférences d'introduction à la psychanalyse,
mai 2002

2015 : Le silence et l'élaboration psychique

Auteur(s) :

Mots clés : élaboration - silence

Accueil

Le travail de contre-

transfert, persona non grata du débat sur l'empathie

Les premières « Rencontres de la SPP » ont eu lieu les 15 et 16 avril 2015 et ont été organisées par B. Brusset, P. Decourt et S. Lambertucci-Mann. Les présentations cliniques et leurs commentaires ne peuvent pas être publiées, mais on trouvera ici l'argument initialement envoyé à tous les participants et ici enrichi, par B. Brusset, l'introduction théorique revue par l'auteur, L. Danon-Boileau, un texte de F. Duparc suite à son commentaire du cas clinique présenté par J. Chambrier-Slama, un texte de celle-ci, enfin un texte de C. Bouchard, antérieurement publié dans la Revue Française de Psychanalyse de 2004, n° consacré à l'élaboration psychique. Il est au fondement de son intervention en commentaire du cas clinique présenté par Christine Saint-Paul Laffont.

La part du silence

Laurent Danon-Boileau

2015

Le silence, tant celui de l'analysant que celui de l'analyste, est une exigence, fragile et menacée, du processus psychique qui se déploie dans la cure. Reste que sa valeur comme symptôme et son incidence sur l'élaboration dépendent crucialement du statut

économique qui gouverne l'instant où il apparaît.

[Lire le texte](#)

Travail du négatif, silence et élaboration

[Josiane Chambrier-Slama](#)

[2015](#)

« Le silence n'a finalement de sens que s'il se met au service du processus analytique et, en définitive, de l'interprétation ». Dans toute cure, le développement du processus analytique est rythmé, tant du côté du patient que du côté de l'analyste, par des silences de qualités et de significations différentes. Soutenir la verbalisation et l'élaboration du patient, choisir des modalités...

[Lire le texte](#)

Le silence et l'élaboration psychique

[François Duparc](#)

[2015](#)

La question du silence et de sa valeur élaborative ou non, est un enjeu central pour la technique de la libre association en psychanalyse. Comme l'a écrit Josiane Chambrier-Slama (2015) dans son intervention sur le silence et l'élaboration, la clinique de

l'analyste est émaillée « de silences de nature différente, qui scandent le processus d'élaboration, tant du côté du patient, que...

[Lire le texte](#)

Le travail de contre-transfert, persona non grata du débat sur l'empathie

[Sylvie Reignier](#)

[2015](#)

Singulier débat que celui organisé à la SPP le 21 juin 2016 entre Stefano Bolognini (SPI) et Laurence Kahn (APF), modéré par Jean-Luc Donnet, sur le thème : « L'affect et ses liens avec l'empathie », où les thèses qui s'exposaient m'ont paru si éloignées qu'une rencontre sur certaines des questions posées m'a paru bien difficile.

[Lire le texte](#)

Place et valeur de la régression dans les

traitements analytiques

Auteur(s) : Bernard Chervet

Mots clés : après-coup - élaboration - étiologie - passivité - processus - psychanalyse (et psychiatrie) - psychanalyse (histoire) - psychiatrie - pulsion de mort - régrédience - régression - répétition - rêve

Le présent texte a été donné sous forme de conférence au Grepsy, à Lyon, le 14 décembre 2006.

Contrainte, régression et manque

Les protocoles et méthodes de soins que nous produisons et proposons à nos patients sont bâtis à la lumière de notre appréhension plus ou moins intuitive des achoppements et des faillites de leurs procès psychiques. Plus ces défaillances sont importantes, plus les solutions envisagées sont censées apporter une complémentarité apte à contrer les nécessités internes envers lesquelles les patients sont en désarroi. Nos méthodes répondent donc à ce qui, en eux, est dépourvu, et sont de ce point de vue des émanations d'un contre-transfert maternel secourable eu égard aux manques processuels. Ainsi nos techniques de soins sont-elles totalement déterminées par ces manques ainsi que par notre propre rapport au manque ; ce qui explique qu'une autre source de nos techniques est le contre-transfert par ressemblance, généralement imbriquée à la précédente, celle liée au contre-transfert par complémentarité. L'identification hystérique se combine alors à l'identification processuelle. Mais nous espérons aussi, ou du moins devrait-il en être ainsi, qu'en s'offrant comme

étayage, nos méthodes et par elles nos propres procès mentaux permettront l'abandon des défenses plus ou moins drastiques, des recours anti-détresse que ces faillites processuelles ont contraint les patients à confectionner.

La psychanalyse participe de cette même logique. Elle est née tout particulièrement des défauts du procès d'endeuilletment propre aux hystériques, et aux névrosés en général. Mais elle est née aussi des avatars d'un autre procès, régressif eu égard à celui engagé dans le travail de symptôme, le procès du travail de rêve. La construction du procès d'endeuilletment exige en effet le détour par un autre procès plus régressif, celui de déformation propre au travail de rêve. Une règle technique se dessine là : l'efficacité d'un procès participant à la progrédience ne peut être achevée qu'après un temps de travail préliminaire portant sur un autre procès, régressif, impliqué sur la voie régrédiente. Cette règle suit la logique en deux temps du fonctionnement psychique, celle dite de l'après-coup.

En fait ce sont l'oniromancie et les clefs des songes qui sont les héritières directes des avatars du travail de rêve. Ces techniques refoulantes se doivent de fournir un mode d'interprétation qui vient renforcer le travail de rêve défaillant, ce travail de déformation et de dissimulation, en apportant justement un surcroît de refoulement. La psychanalyse a repris à son compte cet héritage en introduisant dans la cité moderne un nouvel espace d'accueil et d'oubli des rêves et aussi un nouvel apport d'interprétations. Toutefois l'interprétation psychanalytique n'est pas seulement refoulante comme l'est l'interprétation traditionnelle recourant aux symboles ; elle se veut d'abord régrédiente, c'est-à-dire occupée à élaborer

langagièrement des souhaits et pensées régressifs, ceci afin de libérer les procès du penser diurne des attractions et captations dont il est l'objet de la part des motions pulsionnelles inconscientes. Ce détour est censé lui-même favoriser la réinstauration de l'endeulement manquant, car écarté.

Nous notons déjà là que toute régression conjugue une attraction régrédiente et une levée partielle de l'exigence progrédiente ; toute production régressive est la résultante de ces deux aspects, et est donc un compromis porteur de ces deux enjeux qui ne sont autres que ceux de la dynamique oedipienne pensée en termes processuels, un meurtre conjugué à une sexualisation. La phobie de la régression, voire les attaques dont elle est fréquemment l'objet via la dévalorisation de la méthode psychanalytique, trouve là son origine, dans ce côtoiement régression-castration (2) .

Les avatars régressifs du fonctionnement mental ont donc des effets sur l'organisation même de la cité qui se trouve alors contrainte à se doter de lieux d'accueil et d'interprétation, de lieux de soins s'opposant aux attractions régressives et palliant du dehors aux exigences internes manquantes. La contrainte à construire de tels lieux de soins prolonge, reprend sous une forme inversée, les contraintes actives au sein du travail de rêve, du travail de symptôme, du travail de toute psychopathologie. Ces contraintes sont des réponses à des nécessités pulsionnelles extinctives qui n'ont pu être travaillées, traitées par les divers modes d'activités psychiques, celles régressives en particulier, manque qui a obligé les patients à recourir, face à l'intensité de leur détresse, à des défenses plus ou moins mobilisables, plus ou moins chroniques. Nos outils de soins ont donc un rapport d'homologie inversée avec les procès psychiques manquant chez

nos patients. Ils agissent un renfort, voire un apport du dehors. De là peut naître un degré d'adéquation secourable et, dans le meilleur des cas aussi un degré de dissymétrie tensionnelle favorable à une élaboration des procès restés jusque-là en souffrance ; comme on le dit pour une lettre qui n'est pas retirée, avec le risque que le retrait soit forclos au-delà d'un certain délai.

Ce préambule a certes une valeur générale. Il nous confronte toutefois à un conflit fondamental, irréductible, propre à toute initiative et toute initiation de nouveaux protocoles de soins. Il nous rappelle que notre attention envers les manifestations tangibles de nos patients se complète toujours d'une perception implicite envers ce qui manque à leur fonctionnement mental ; et que c'est ce manque processuel qui est le plus contraignant et qui détermine le plus nos réponses, beaucoup plus que l'excès d'excitation, qui n'en est qu'une conséquence possible, tout comme, à l'opposé, l'inertie et les dépression et déprivation libidinales.

Cet abord nous permet de souligner certains caractères propres à toute démarche thérapeutique. Elle est mue par une aspiration régressive s'imposant à nous. Elle est donc définissable comme une démarche régrédiente qui doit se tourner vers les activités psychiques régressives sous jacentes à nos paroles et nos actions, activités de pensées dont nombre d'actes et de fonctionnements mentaux sont malheureusement privés et orphelins.

Cette contrainte infléchit notre intérêt et notre attention, elle dessine une méthode spécifique à nos métiers, méthode caractérisée par les termes d'écoute régrédiente et de travail régrédient. Une méthode incluant donc la passivité ; une méthode à suivre. Est reconnaissable là la classique attention en

égal suspens de la psychanalyse. Que l'on ne s'y trompe toutefois pas, il s'agit d'une méthode thérapeutique faisant du travail sur le régressif un détour, sa visée finale étant de permettre aux patients de vivre avec le monde, de pouvoir profiter des infinies nuances de la gamme de tous les plaisirs et déplaisirs ; un détour visant in fine l'objectalité.

Ces propos sur la méthode psychanalytique appellent certes un point de vue comparatif avec les autres méthodes de soins psychiques, qualifiées elles aussi de psychothérapeutiques, mais non psychanalytiques. En découle aussi la possibilité de repérer quelques points de contact entre la psychiatrie et la psychanalyse par le fait que l'existence de ces deux disciplines est déterminée de façon similaire par les avatars et les achoppements du fonctionnement mental, qu'elles sont censées y répondre et qu'elles en ont la charge du point de vue thérapeutique.

Pluralité et diversité : l'hétérogène et l'incompatible

Si le fait que les psychiatres et les psychanalystes puissent souhaiter se rencontrer peut paraître aller de soi eu égard à leur objet commun, la vie mentale de leurs patients, l'histoire des fluctuations de ces contacts montre que l'apparente évidence, censée promouvoir des moments féconds, est marquée de dialogues de sourds pouvant atteindre de puissantes querelles qui ne sont pas sans nous étonner. Accordement, complémentarité et convergence sont loin d'organiser les rapports entre ces deux disciplines. Les aspects de marketing et de mode, dont la définition même est de se démoder (Jean Cocteau), ne sont certes

pas à négliger, mais apparaissent, sinon secondaires, insuffisants à produire seuls les puissants facteurs affectifs impliqués dans ces discordes.

La différence entre le travail du psychiatre et celui du psychanalyste est certainement liée au fait que la psychiatrie a l'avantage et l'inconvénient de ne pas s'être pourvu de conception unique de la vie mentale, à la différence des psychanalystes qui, du fait de leur référence fondamentale à l'œuvre freudienne, pourraient au premier abord apparaître mieux nantis en la matière. La différence traduite en terme de nanti et de dépourvu laisse deviner là un des motifs les plus aptes à fomentier lesdites querelles. Mais il nous faut encore ajouter que nous avons un autre point en commun lié à notre objet partagé ; celui d'être justement soumis quotidiennement au dépourvu de nos patients, et que ce contact avec le traumatique exige beaucoup de nous, qu'il sollicite certes nos empressements à la réparation, nos esthétisations de la folie, mais aussi nos propensions à fuir nos patients. Ce contact avec le dépourvu a aussi donné lieu à de nombreuses théories étiologiques infantiles, telles celle de la dégénérescence, de la séduction, de l'anti-psychiatrie, du déficit, de la substitution biologique. Cette nécessité anti-traumatique de théoriser une causalité s'accompagne d'un appel à des registres de fonctionnement régressifs, tel celui envisagé ci-dessus, celui de la polémique et de la diatribe consistant à élire quelque ennemi, toujours déclaré plus noir que le précédent.

En effet, la vie mentale est ainsi faite qu'elle ne peut ressentir ou percevoir un manque sans se donner quelque théorie, généralement infantile, théorie causale soutenant plus ou moins

implicitement, l'existence d'un monde exempt de toute réalité traumatique. Métapsychologiquement, cette théorisation traduit le travail psychique rendu nécessaire par cette réalité de la castration. Elle réalise en même temps un désir de réussir un déni de ladite réalité. Sur le plan épistémologique, elle produit des théories d'attente. La nature a horreur du vide dit-on, la nature humaine certainement. Le comblement de ce vide, si l'on envisage que ce terme désigne le manque à élaborer un objet perdu, donc une place laissée vide alors qu'elle devrait être occupée par quelque représentation douloureuse, n'épuise toutefois pas la question d'une réalité d'un manque en soi, qu'il soit désigné du terme de néant, d'irreprésentable, de non-chose etc. En psychanalyse, nous disposons du terme de castration, terme qui a l'humour et le paradoxe, aux fins d'atténuation, de dire une condensation. Il renvoie à une théorie causale inconsciente, la castration par le père, théorie exigée par le fait que la castration n'est pas représentable en elle-même ; donc une théorie contre un manque de représentation ; il renvoie encore à un affect, celui de l'effroi ; à une réalité corporelle, l'absence de pénis sur le bas-ventre féminin ; à un ressenti d'angoisse se reconnaissant dans l'entendu de certains messages et dans le vu de certaines perceptions externes ; et in fine à un fonctionnement mental organisé en deux temps, le procès de l'après-coup faisant que la pensée est bivalente, bidirectionnelle selon les voies régrédiente et progrédiente.

Ainsi la psychiatrie se trouve-t-elle en fait plutôt située à un carrefour de théories qu'à une absence de théories. Nous pourrions même considérer que le principe de la psychiatrie consiste à réaliser un exercice délicat, d'équilibriste, celui de se maintenir en suspens d'adoption d'une théorie concernant le

fonctionnement mental des patients, position de laquelle aura pourtant à être déduit des techniques de soins. Ce carrefour est donc un carrefour de choix et de heurts. Et comme tout carrefour d'indécidabilité, il peut être investi subrepticement par toutes sortes de théories plus ou moins conscientes, de théories infantiles et de confort.

Les choses se complexifient encore si l'on envisage par ailleurs qu'une multiplicité de points de vue psychanalytiques s'est déployée durant le XXe siècle. Certes les conceptions freudiennes ont-elles été ainsi enrichies, mais les travaux se sont distribués selon deux pôles ; entre un approfondissement de certains aspects de la théorie de Freud, pouvant être intégrés à sa conception générale, considérée dès lors avoir un point de vue plus large et plus fondamental que tous les apports postérieurs, et un autre pôle assurant au contraire que Freud est dépassé, que son œuvre est à ranger dans le domaine de l'histoire des sciences, voire au musée des idées étranges et des idées bizarres. Les épigones d'un tel point de vue se ressentent heureusement libérés de la tutelle freudienne et autorisés à produire des théorisations, régressives dans la mesure où ils omettent de les confronter sérieusement à la conception et à l'exigence de la métapsychologie freudienne. Toutefois, toutes ces théories dissidentes rendent compte d'une part de vérité du psychisme, part qu'il convient de ne pas négliger, et donc d'examiner. Psychanalytiquement, il n'y a pas d'opinions, il y a des psychés qui soutiennent leur réalité du discours qu'elles énoncent.

Une fois cette qualité plurielle de la psychiatrie posée, et une fois faite la remarque portant sur la pluralité des théories au sein même de la psychanalyse, il nous faut reconnaître un autre degré

de similitude entre nos deux professions, au-delà même de leur objet commun, eu égard à ce débat entre unicité et pluralité.

Le débat se présente donc entre notre souhait d'avoir une référence uniciste et la réalité de la psyché agencée selon la diversité. Cette diversité relève idéalement de l'hétérogénéité des divers processus psychiques ainsi que des oscillations topiques habituelles progrédiences-régrédiences, telles la nuit-le jour, le labeur-l'érotisme, la solitude-le grégaire etc. Mais il existe une autre diversité de fonctionnement qui se superpose à la première et qui est faite de fonctionnements incompatibles les uns avec les autres. Cette question de l'incompatibilité est la véritable opposition à l'hétérogénéité des divers processus occupant la vie psychique ordinaire. Peuvent coexister à l'intérieur de la vie mentale ces deux diversités, par hétérogénéité et par incompatibilité ; diversités qui, de plus, ne sont pas plurielles par successivité, mais par concomitance et qui soulèvent de redoutables difficultés théoriques et techniques puisqu'elles vont induire des réponses thérapeutiques tout aussi incompatibles les unes avec les autres que ces fonctionnements eux-mêmes (3) . On ne s'adresse en effet pas au moi du patient de la même façon qu'à ses revendications pulsionnelles, qu'à ses systèmes de valeur, et plus encore qu'à ses tendances négativantes les plus térébrantes. Mais surtout on ne s'adresse pas de la même façon à un déni chronique de réalité qu'à un achoppement quant à pouvoir intégrer ladite réalité.

L'exemple le plus marquant dans l'histoire de la psychiatrie a été l'introduction des médicaments qui si, au premier abord, semblent s'opposer radicalement à l'instauration de procès psychiques riches pour la vie mentale, n'en ont pas moins permis, selon

l'usage qui en est fait, de rendre possible l'accès à la vie mentale de certains patients et de leur permettre d'instaurer, d'améliorer des procès mentaux en lieu et place, plus ou moins partiellement bien sûr, plus ou moins définitivement certes, des médicaments. Il convient donc de bien avoir à l'esprit que les aspects lénifiants, calmants, ou stimulants recherchés par les médicaments sont bel et bien des réponses aux avatars de certains procès psychiques, mais aussi qu'ils sont une fin en soi pour certaines modalités de fonctionnement psychique construites à partir de ces avatars et qui les réclament. L'usage de la chimie n'est plus alors une voie ouverte vers l'instauration des procès en souffrance. Certaines méthodes thérapeutiques s'avèrent en effet complices d'une éradication des processus de pensée ; elles tirent l'humain à sa simplification.

Vous savez mieux que moi les incompatibilités qui sont actuellement soutenues, au nom de l'efficacité, par les autorités de santé censées promouvoir des méthodes thérapeutiques. Certaines recommandations ne s'encombrent pas de la moindre intelligibilité de la morbidité, de la moindre significativité du visible comme aboutissement d'une complexe processualité qui n'a rien à envier ni à la physiologie, ni à la biologie. Il ne s'agit plus que d'assurer l'invisibilité.

Ces propos nous permettent d'insister sur un point essentiel : nous ne pouvons faire notre travail, aborder la vie mentale d'un autre, sans avoir en nous-mêmes quelque théorie plus ou moins officielle du fonctionnement mental idéal, mais surtout des théories implicites, régressives et inconscientes, que nous agissons à notre insu et qui donnent aux psychiatres et aux psychanalystes leurs profils, et plus encore que leur style, leur idéologie.

Ce référentiel, ce fonctionnement mental idéal, va soutenir une conception de la fonctionnalité de l'appareil psychique, soutenir en fait une téléologie, une finalité et une visée de la matière psychique. Cette référence va donc aussi dessiner une dynamique ayant pour but de réaliser cette téléologie, et aussi une topologie, un agencement d'instances rendu indispensable par les nécessités sous-jacentes mettant en danger à tout moment ce but même de la vie mentale.

La psychanalyse s'est dotée d'une formule et d'un outil exprimant et imposant une telle téléologie, sa règle fondamentale qui soutient la visée du devenir conscient, c'est-à-dire la liaison entre tout matériau régressif et la conscience. La psychiatrie a aussi ses visées, probablement plusieurs, tels que le soulagement, l'accueil, le soin, la sauvegarde, mais aussi parfois l'ordre public, en fait souvent la barrière à la dégradation négativante et à la désinsertion ; plus fondamentalement heureusement l'humanisme.

Régression, régrédience, régressivité

Une fois replacée dans ce contexte général, nous pouvons aborder plus strictement cette particularité du fonctionnement psychique dénommée régression, ainsi que les notions qui l'accompagnent, celles de régrédience et de régressivité, sans risquer de les cliver artificiellement du reste du fonctionnement.

Donc, la régression ; sa valeur dans le fonctionnement mental et par voie de conséquence la place que nous devons lui accorder au sein des traitements psychiques, en particulier bien sûr dans les tableaux où justement elle semble être contournée, suite à

quelques difficultés, au profit de la seule voie progrédiente, ou au profit d'une compulsion de répétition inscrite au sein de tableaux dits régressifs, de tableaux signalant non pas un retour en arrière, mais un arrêt dans le développement psychique, donc une distorsion de celui-ci.

Je vais tout d'abord préciser quelques aspects définissant la régression, ceci en m'étayant sur l'histoire de ce concept. Celui-ci en effet unit et sépare dès le début la psychiatrie, particulièrement la psychiatrie française et la psychanalyse. Nous verrons aussi que l'évolution du concept a aussi déterminé, par voie de conséquence, celle des méthodes de soin.

De la notion au concept

La notion de régression est née de l'observation d'une tendance spontanée des patientes hystériques à se remémorer et à répéter des événements anciens, sous hypnose et hors hypnose. Ces patientes étaient l'objet de la préoccupation des psychiatres de la fin du XIXe siècle en ce qu'elles venaient contredire leurs tentatives de différencier la psychiatrie et la neurologie. C'est en présentant des tableaux cliniques semblables à ceux neurologiques et en introduisant un degré de réversibilité là où justement ces derniers semblaient en être déprivés que l'hystérie venait contredire la différenciation recherchée. La plasticité des conversions et leur capacité à s'emparer par identification des formes alentours n'étaient pas alors reconnues, ni la contagion sur les médecins et l'exploitation qui les amenaient à présenter répétitivement en spectacle ces patientes, réalisant ainsi une scène, équivalente au rêve typique de nudité honteuse, où l'une jouit en exhibant son dépourvu, entourée qu'elle est de Messieurs

endimanchés, indifférents et nantis.

Ainsi la régression a-t-elle été repérée à partir du moment où a pu être envisagé un mécanisme spécifiquement hystérique. La régression a été décrite par Breuer et Freud en 1893-1895, comme le mécanisme pathognomonique de l'hystérie. Celles-ci, l'hystérie et la régression, étaient appréhendées alors par le biais d'une conception générale physiologique, celle de la dégénérescence. Un pas de plus fut franchi quand l'origine du trouble hystérique fut réinterrogée, la conception physiologique étant battue en brèche en grande partie du fait de la réversibilité, mais aussi du fait que ces patientes avaient une tendance spontanée à dire et redire, à réactualiser en parole, et non pas seulement en crises de conversion, des événements du passé qu'elles mettaient en lien avec leurs symptômes, propos donc spontanés s'accompagnant d'une conséquence tout aussi spontanée et remarquable, bien qu'éphémère et hautement réversible, la disparition momentanée desdits symptômes.

Cet attrait pour l'origine, pour la cause, donc aussi pour la fin, la finalité et le pourquoi, se trouve particulièrement impliqué dans la naissance de la psychanalyse. L'une des principales différences existant entre les démarches de Breuer et de Freud, perceptible dès les Etudes sur l'hystérie, puis rappelée par Freud lui-même dans tous ses textes dits d'histoire de la psychanalyse, est cette préoccupation pour l'origine des symptômes, pour l'étiologie. De façon plus spécifique encore, c'est la place accordée par Freud dans cette étiologie, à la sexualité puis à la sexualité infantile, donc à un déterminant régressif, qui a abouti à la consommation de la rupture entre les deux chercheurs et amis. La voie de la régression, en fait son refus ou l'arrêt de celle-ci par un

accrochage à quelque fonds sécurisant car tangible (la sensorialité perceptive originaire puis le narcissisme primaire absolu pour Freud, les archétypes de Jung, les Signifiants de Lacan, les pictogrammes de Piera Aulagnier, le conflit intra-narcissique de Mélanie Klein, le féminin pur de Winnicott, l'objet primaire de Balint, la relation d'objet de Fairbairn, la rêverie maternelle détoxiquante de Bion, etc.), n'a cessé depuis d'alimenter les querelles, les ruptures et les scissions.

Dès le début, Breuer, dans sa démarche, ferme cette investigation et sa théorisation en fabriquant un postulat, en fait en érigeant un élément clinique au statut de postulat explicatif, l'état second, l'état « hypnoïde ». Pour lui cet état est la condition nécessaire pour que certains événements et souvenirs s'avèrent traumatiques, au sens du choc traumatique de Charcot, et donnent lieu à une réaction sous la forme d'un prolongement morbide, d'un symptôme hystérique. Cette conception de Breuer repose sur une totémisation d'une représentation issue d'une perception empirique. Par sa théorie des états hypnoïdes il semble se différencier de la théorie ambiante du XIXe siècle, celle partagée par la psychiatrie française, et donc par Charcot lui-même, la théorie de la dégénérescence, responsable des dégradations, rétrécissements et dissociations des capacités mentales envisagées à la source de la morbidité ; mais en fait sa conception des états hypnoïdes reste implicitement physiologique, biologique. Breuer renonce à la dégénérescence irréversible, mais ne cherche toutefois pas à expliquer l'origine de ces états hypnoïdes. Il évite ainsi de les placer sous la houlette de quelque théorie connue. Il laisse cette question en suspens, mais surtout refuse de s'en préoccuper. Une théorie « privée », implicite, se laisse deviner sous un tel refus devenu postulat. Notons toutefois

que ce n'est pas seulement les contenus des découvertes de Freud qui éloignèrent et effrayèrent Breuer, c'est le fait qu'en n'y succombant pas, Freud transmettait une exigence d'élaboration et de travail psychique, de renoncement et de désenchantement envers lesquels la psyché ne fait que renâcler. Tous les éléments élaborés par Freud, du fait même de leur élaboration, contiennent un message, un impératif d'endeuilletment.

La totémisation était aussi en jeu dans la production même de la théorie de la dégénérescence. Mais dans celle-ci l'opération de totémisation est précédée d'un procès particulier, d'extension par déplacement d'une observation réalisée auprès de patients atteints de tableaux neurologiques et non pas hystériques. Cette étiologie se prolongea jusque dans les travaux de Janet qui, lui également, plaçait l'ensemble de la pathologie hystérique dans un tel contexte originel, de dissociation des fonctions psychiques. Notons encore que cette extension étiologique était aussi à l'œuvre au sein de la neurologie elle-même puisqu'il s'agissait de prêter à tous les syndromes la même origine que celle des tableaux syphilitiques. Cette extension contenait donc déjà une accusation de la sexualité, considérée responsable de tous les maux.

Ces façons d'ériger un élément d'un tableau clinique au statut de cause, ou de refuser de proposer de nouvelles conceptions tenant compte des nouveaux faits d'observation, découlent d'un besoin de poser un verrou envers cet attrait émanant de ladite quête des origines, en fait de cet attrait exercé et mu par la régressivité particulièrement active dans cette quête, du fait qu'elle s'ouvre aussi sur la traditionnelle rencontre du Diable.

Probablement qu'un des premiers mouvements d'indépendance de

Freud envers les conceptions de son époque, concerne cette théorie clôturant toute question avant même que celle-ci ne soit officiellement posée. « It begs the question » put écrire Freud en 1914 quand il évoqua ces théories qui posent une telle réponse a priori, un tel postulat originaire. Certes, les apports de Charcot, la possibilité de faire apparaître et disparaître la symptomatologie hystérique sous hypnose, ainsi que le fait de ne pas restreindre l'existence de l'hystérie au seul genre féminin, puis ceux de Breuer qui observa la possible disparition des symptômes par le recours à la verbalisation des hallucinations et souvenirs apparaissant sous hypnose, enfin ceux de Bernheim à Nancy qui obtint le récit des souvenirs par simple pression suggestive hors hypnose, étaient déjà toutes en décalage avec la fermeture radicale que proposait l'idéologie ambiante de la dégénérescence. La réversibilité vint pourfendre le consensus et révéler la croyance partagée dont cette théorie était investie.

Freud réalise un pas de plus quand il envisage que les états seconds sont des résultats symptomatiques plutôt que la condition de l'apparition du symptôme. Il défait alors la fausse liaison refoulante présente dans la théorisation de Breuer, fausse liaison construite sur une inversion de la cause et de l'effet. Comme tout novateur, son premier geste est iconoclaste envers la théorie ambiante et consensuelle. Il rouvre le verrou posé sur la pensée par la croyance collective en la dégénérescence héréditaire et congénitale. Cette théorie avait en fait en arrière-fond, des pensées concernant la vie sexuelle, pensées trouvant en la syphilis leur justification objective et leur rationalisation. La syphilis sert alors à dissimuler le complexe de castration des hommes envers le désir féminin ; confère l'image d'Épinal dissimulant sous le masque de la beauté féminine les traits d'une séductrice

cherchant à attirer les hommes dans le vice de la sexualité dans le but de leur être fatal ; une féminité agent du Diable et de la Mort. Beauté et perdition viennent masquer la phobie du désir féminin, les désirs inconscients que recèle cette phobie, le manque à construire un tel désir.

La dégénérescence, telle que utilisée au XIXe siècle par la psychiatrie officielle, a donc valeur de théorie sexuelle infantile, individuelle et transgénérationnelle, et de théorie anti-féminité, de réaction virile. Elle porte sur le complexe de castration et la culpabilité qui en est le ressort bien que présentée comme sa conséquence. Cause et conséquence tendent à nouveau à s'inverser. De plus cette culpabilité peut être empruntée, héritée, exhumée ; à l'image de celle que l'on retrouve dans la parabole biblique des fils ayant les gencives agacées du fait que leurs pères avaient pu consommer les raisins trop verts. La faute est sexuelle, ceux qui la commettent sont des dégénérés ; la damnation pèse sur les générations à venir.

Cette réouverture de Freud s'accompagne évidemment d'une nouvelle conception de sa part, d'abord implicite puis de plus en plus manifeste, des origines et de l'étiologie. Si l'indécidabilité du commencement, celle dans laquelle Breuer a tenté de se maintenir, peut être envisagée comme un principe fondamental assurant la poursuite de tout processus de théorisation, elle ne peut empêcher la psyché de se fournir des interprétations, d'établir des liaisons et relations entre les perceptions, les sensations, les affects et les représentations. Il existe en effet une nécessité intrapsychique, une contrainte à produire de telles liaisons de toutes sortes, la plupart s'avérant après coup des « fausses liaisons » et des théories d'attente. La construction de

ces fausses théories et théories d'attente, tout comme les théories sexuelles infantiles, assurent une fonction psychique, celle de contre-investir l'attraction régressive, tendant à la désorganisation quant elle n'est pas mentalisée. Et si le principe d'indécidabilité est une exigence favorable à la révision et au dénouement des théories de l'origine, nécessaires tant que celles-ci n'ont pas suffisamment fait leurs preuves, il est en même temps lui aussi une théorie des origines : « Pater incertus, mater certissima ». L'attraction négative exige un contre-investissement de ce qui, de la scène primitive, n'est pas représentable, la jouissance des parents, en laquelle l'enfant n'a aucune existence.

Freud va ainsi, lui aussi, proposer successivement un certain nombre de théories, défaisant ses anciennes conceptions au profit de nouvelles tenant compte d'un nombre croissant d'observations empiriques.

La première conception de Freud, de cette attraction régressive par un noyau originaire, nous pouvons la trouver sous sa plume, dans les Etudes sur l'hystérie, dans le dernier chapitre (chap. IV : Psychothérapie de l'hystérie), écrit par lui seul. Il s'agit de l'existence d'un « noyau pathogène » attracteur, imposant un cheminement à rebours, nommée d'abord par Breuer rétrogradation, rétrogression, puis par Freud régression. Breuer avait en effet, le premier, pu observer, au cours d'une tentative de traitement d'âme, cette propension consistant en un double mouvement de retour à une époque antérieure et de répétition chronologique de cette époque passée. Souvenons-nous de la reviviscence que vécut Anna O. au cours du traitement avec Breuer, des deux années 1881 et 1880, jour après jour, chaque jour répétant successivement le même jour des deux années

précédentes. Breuer, de plus, remarque avec perspicacité que cette verbalisation chronologique des souvenirs hallucinés se corrèle à un à rebours similaire des symptômes correspondants. Il n'envisage pas l'existence d'une attraction par un souvenir plus spécifique que les autres, autour duquel ceux-ci se seraient organisés.

Freud par contre, dans le chapitre IV, décrit avec précision ce cheminement à rebours. Il repère que la remémoration se fait selon un ordre inversé eu égard à l'apparition des symptômes. Et que le succès, la guérison, n'est obtenu qu'une fois les symptômes les plus anciens résolus. Cet à rebours s'effectue selon différentes modalités de strates, temporelles, associatives et formelles, au sein desquelles les souvenirs se frayent progressivement un tel cheminement régressif vers un « noyau pathogène ». Ce dernier, il envisage alors qu'il a pour contenu pathognomonique d'abord la sexualité, puis la sexualité infantile. Enfin il affirme que ce qui fait la pathogénie, c'est un rapport de séduction précoce caractérisé par un écart, un décalage d'âge, voire de générations, entre un « grand » et un « petit ».

Nous savons qu'il lui faudra des années pour réinscrire dans sa théorie de la vie pulsionnelle cette attraction régressive en tant que telle. Il en fera alors une caractéristique de la pulsion elle-même ; ceci après avoir montré que le rêve est une formation régressive et avoir reconnu que le narcissisme est aussi une organisation régressive. Les pathologies post-traumatiques l'obligent à reconnaître que l'attraction négativante est propre à la pulsion elle-même, que celle-ci est par nature régressive, qu'elle tend à un retour à un état antérieur, et cela jusqu'à l'inorganique. Le traumatique implique dès lors le pulsionnel

même, par la régressivité extinctive.

Chemin faisant, Freud nous propose un certain nombre de conceptions et de théories qui, après-coup, peuvent être considérées comme des théories d'attente. La première fut bien sûr cette théorie de la séduction événementielle qui, après que Freud ait pu y renoncer, laissera place à une théorie de la séduction intrapsychique qui donne lieu d'abord à la théorie du fantasme pathogène puis à celle des fantasmes originaires, en tant qu'ils représentent les rapports de tension et d'échanges, les articulations inter-instantielles de l'appareil psychique. Ainsi l'attraction du ça sur le moi naissant, le fait que les désirs inconscients tendent à s'emparer d'un moi ainsi séduit par cette attraction, devient la théorie qui remplace et libère la métapsychologie de l'événementialité simple d'une séduction d'un enfant par un adulte, mais aussi de l'accusation du fantasme lui-même en tant que porteur auto-érotique du désir. Il faudra encore des années pour que Freud conjugue à cette attraction régressive pulsionnelle la part revenant, dans ce qui fait la dimension traumatique, à l'éradication de l'impératif surmoïque.

Ainsi, la recherche étiologique de Freud, cette préoccupation qui fut à l'origine de la psychanalyse, a été progressivement remplacée par un objet métapsychologique, la conception de Freud de la régression dans laquelle la valeur traumatique du sexuel dépendra du contre-investissement constitué par la désexualisation organisant les soins parentaux. Ainsi ceux-ci ne pourront participer à la mise en place d'une topique intrapsychique de leur enfant qu'à condition qu'ils ne soient pas agis, en fait qu'ils ne soient pas transmis sans l'impératif de contre-investissement qui les maintient fantasmes inconscients,

mais aussi ainsi en modifie radicalement la nature et les effets.

Nous trouvons là la part de vérité présente dans toutes les théories accusatrices de la sexualité et qui, reprises en morale, se présentent sous la forme d'un complexe de castration, d'une théorie reliant étroitement le désir et la castration, faisant de la seconde la conséquence du premier. Ont donc été d'abord retenue, après les dégénérescences syphilitiques, un mésusage de la sexualité, usage régressif puisque auto-érotique ou marqué par l'abstinence ; une sexualité régressive, une sexualité orientée vers le passé, une sexualité infantile, un mésusage de la sexualité fixée aux objets de l'enfance, qualifiable alors d'incestueuse, puis plus précisément une sexualité tournée vers les grandes institutions du moi, vers le narcissisme, mettant l'appareil psychique en danger ; mais ce sera seulement tardivement que cette part de vérité sera reconnue comme étant une qualité propre à la pulsion, la qualité primordiale de la pulsion, celle d'être régressive dans son essence même. Un danger apparaît alors lié à la régressivité pulsionnelle ; mais ceci à la condition qu'elle soit livrée à elle-même, que l'autre pôle, celui qui retient, organise et oriente la pulsionnalité, qui la contraint à s'inscrire partiellement en contre-investissement narcissique, à renoncer pour une part à ce que sa satisfaction soit de l'ordre de l'extinction, « une fois pour toute », que cet autre pôle ne soit pas éliminé, liquidé, objet d'un « meurtre ». Le danger se complexifie alors puisqu'il inclut le rôle de ce qui est constitutif du travail psychique, les opérations impliquées dans les divers procès psychiques, la processualité à strictement parler, celle sous-jacente au déroulement des processus-activités psychiques. Se trouve donc impliqué un principe basal, l'impératif à réaliser les diverses modalités de travail psychique, tant ceux régressifs que ceux progressifs. Ainsi peut-on affirmer que la dimension

traumatique strictement psychique est constituée de cette régressivité pulsionnelle et du risque encouru par la processualité, et donc de la tendance à éliminer l'impératif processuel.

Ces propos compliquent particulièrement ce qui peut être appelé régression, et aussi origine psychique, puisque nous venons successivement de trouver et l'attraction extinctive, et l'exigence élaborative, c'est-à-dire l'entrée en scène d'un impératif processuel réclamant l'élaboration et la résolution.

Evolution de la méthode thérapeutique

Ces aspects d'histoire n'ont pas comme seul intérêt de cerner le déroulement de l'évolution qui a permis à la notion de régression en tant que phénomène descriptif d'accéder au statut de concept métapsychologique. Il trace en même temps une histoire de l'évolution des traitements psychanalytiques. En effet, rappelons l'isomorphie existant entre la tendance dite spontanée des patientes hystériques à suivre une associativité à rebours, à se remémorer, à frayer langagièrement des voies rétrogrades vers un dit noyau pathogène, avec la démarche de Freud occupé qu'il était par sa recherche de l'étiologie de l'hystérie. Cette recherche étiologique fut dès l'origine imbriquée à une démarche thérapeutique, et eut pour conséquence immédiate des modifications de celle-ci.

C'est en effet au cours de traitements psychiques que Freud a pu individualiser tout d'abord la régression comme mécanisme fondamental spécifique des névroses, puis comme mécanisme appartenant à l'ensemble du fonctionnement psychique, puis à

l'ensemble de la pensée, permettant alors d'aborder et de décrire un grand nombre de fonctionnements psychiques qualifiables d'activités psychiques régressives de la passivité dont le prototype est bien sûr le rêve. Cet élargissement a permis de sortir de la conception d'une régression symptôme pour en faire un mécanisme appartenant à la vie mentale ; puis de se rendre compte, de façon quasi inversée eu égard au point de départ, que ces activités psychiques régressives de la passivité participaient tout au contraire à promouvoir la bonne santé psychique. Du premier mouvement thérapeutique consistant à faire sortir les patients de la régression pourra advenir une seconde conception du travail thérapeutique consistant alors à améliorer, instaurer, promouvoir les activités régressives au sein du fonctionnement mental global. Nous sommes passés de la régression-signe pathognomonique de la névrose, donc à traiter, à un mécanisme tout au contraire utile aux fins thérapeutiques et à améliorer lui-même.

Les traitements analytiques visent donc l'instauration du travail régressif de la vie mentale, en même temps qu'ils utilisent la tendance régressive pour aboutir à cette fin. La régression est devenue progressivement l'outil royal de la répétition du passé tant par la remémoration que par la répétition, l'agieren de transfert. Il faudra encore des années pour qu'elle soit comprise comme un moment d'un procès beaucoup plus ample, moment indispensable à la réalisation d'une fonction précise, anti-traumatique, fonction ayant pour but de traiter la nécessité qui traverse la psyché sous la forme de la régressivité extinctive et qui par cette fonction pourra régénérer libidinalement l'ensemble de la psyché.

Chemin faisant ont pu être décrites des méthodes thérapeutiques qui, après coup, s'avèrent être des techniques privilégiant des moments partiels participant tous à un procès de plus grande envergure, celui de l'après-coup. Ce procès d'une rare complexité n'est intelligible que si nous prenons en considération la double polarité constituant le traumatique, déjà désignée plus haut, la régressivité extinctive et l'impératif d'élaboration. Cette fonction de l'après-coup, fonction économique, a pour but de ressourcer la psyché et de porter ainsi à la disposition de la conscience diurne des primes de libido disponibles aux multiples destins des actions volontaires.

Retraçons rapidement ce cheminement en soulignant ce qu'il nous apprend sur la constitution de la voie régrédiente.

Freud a donc successivement connu et pratiqué l'hypnose (Charcot), la méthode cathartique de Breuer, puis la suggestion de Bernheim. Il gardera de ces diverses méthodes la part de vérité qu'elles contiennent, tout en les articulant à une exigence d'élaboration, exigence à la base des modifications qu'il fit subir à ces méthodes jusqu'à la mise en place d'une nouvelle méthode, dite freudienne, nommée par lui psychanalyse.

En 1895, quand il aborde avec Breuer la régression par la rétrogradation et la remémoration, leur attention se porte vers ce qu'ils vont décrire comme un « blocage » des affects. Il s'agit donc d'obtenir par la répétition, voire même de force, les souvenirs des événements anciens porteurs de ces affects « bloqués », « coincés » et ainsi une catharsis de ceux-ci. Le but thérapeutique repose sur ce déblocage d'affects.

Puis le noyau traumatique s'enrichit d'un contenu précis, sexuel. Il s'agit de retrouver des souvenirs pathogènes sexuels, de

l'adolescence mais surtout de la petite enfance. La méthode thérapeutique consiste alors en une élaboration associative, en des retrouvailles d'évènements et l'effacement des effets de ceux-ci ; en une perlaboration de ces expériences anciennes dites de séduction précoce.

Puis, à partir de 1900, la régression, retrouvée dans le travail de rêve sous la modalité de la régression formelle et non plus de conversion, se fait pour Freud vers la sensorialité perceptive originaire (4). Il s'agit de retrouver l'expérience sensorielle originaire avec l'objet, expérience à partir de laquelle sont nées les représentations. Le but du traitement est de reconstituer les traces de l'enfance, de combler l'amnésie infantile, de reconstituer le puzzle de cette amnésie infantile, en particulier le puzzle de la sexualité polymorphe de l'enfant. Les notions de puzzle de l'amnésie, de complétude de la levée de l'amnésie, trouvent là leurs racines et poursuivent une visée d'intégralité.

En 1914, Freud ré-envisage la régression mais cette fois dans une conception globale d'un narcissisme primaire absolu attracteur. Le sujet serait dominé par la tentative de retrouver un état narcissique absolu connu originairement au sein de sa mère. Ceci amène, au niveau technique de la thérapeutique à porter particulièrement attention sur les conditions favorables au développement mental. La théorisation de Freud se porte sur ces conditions, et sur le couple mère-enfant. Se développent alors la théorie des identifications fondatrices du moi et une technique qui, par le biais du transfert, tente de retrouver, de modifier et de ré-instaurer des identifications plus favorables au fonctionnement mental.

Cette position de Freud, même s'il ne la récuse pas, est réouverte

par lui très rapidement, deux ans plus tard. En effet, il remet en cause son socle du narcissisme primaire absolu et réintroduit la dimension traumatique comme mise en cause de la capacité d'un système narcissique à se maintenir. Certes, Freud va-t-il hésiter quant à l'origine de ce traumatique, entre la puissance des excitations venant de la réalité extérieure et une tendance intrinsèque aux sources pulsionnelles, à la pulsion elle-même. Il va alors introduire la troisième qualité de la pulsion, sa régressivité, sa tendance au retour à un état antérieur jusqu'à l'inorganique, et à travers ces notions, la pulsion de mort. Dès lors, le traumatique est à envisager comme endo-pulsionnel, comme la tendance propre à la pulsion à s'éteindre elle-même, et non pas seulement à se décharger mais à empêcher sa constitution même. Cet aspect va être traumatique tant pour Freud que pour tous les psychanalystes puisqu'il n'y aura plus aucun moyen assuré pour se défendre radicalement de la tendance traumatique ; la psyché se trouve dès lors condamnée à exécuter un travail psychique, de jour comme de nuit ; plus de répit. L'idéalisation de l'être humain en prend encore un coup. Bien sûr, en contre-mouvement de cette âpre réalité, toutes les idéalizations vont venir en renfort.

Toutefois, dès lors, le travail thérapeutique va se centrer sur les procès psychiques, les processus engagés dans les différentes instances, le déroulement de ces différents procès, leurs articulations avec comme référence idéale en arrière-fond la mise en place d'un fonctionnement discontinu en deux temps, celui de l'après-coup. La thérapeutique est devenue processuelle. Chemin faisant Freud précise la métapsychologie de la régression, c'est-à-dire qu'il aborde celle-ci sous les points de vue topique, dynamique et économique. Sont désormais distinguées au sein même de toute formation régressive les participations respectives

des régressions, temporelle, celle connue depuis Breuer ; topique, c'est à dire celle engagée dans l'oscillation entre le système sommeil-rêve et le système de pensée diurne, donc l'oscillation système narcissique-système objectal ; puis celles conséquentes, libidinale, objectale, etc.

La relecture globale de l'œuvre de Freud, nous permet, riche que nous sommes de la dynamique intégrale de sa théorisation, de percevoir que la conception de la régression de l'interprétation du rêve, envisagée à cette époque comme un retour à l'image sensorielle première, comparée à la conception solipsiste proposée en 1914 d'un narcissisme primaire absolu, a la valeur d'une fixation au représentable. De même, ces deux propositions, celle d'une régression au représentable et celle aux conditions d'instauration de la psyché, apparaissent elles-mêmes être des fixations défensives anti-traumatiques, eu égard à celle au masochisme primaire exigée par la régressivité extinctive de la pulsion de mort, telle que abordée par Freud en 1920 et 1924. Ces conceptions constituent donc des solutions symptomatiques, hallucinatoires et d'attente, dissimulées dans des théories scientifiques.

Ceci dit, de cette longue évolution, Freud et les psychanalystes après lui, auront à garder la part de vérité de chacune des étapes et à reconnaître ces dernières en leur articulation en le procès d'ensemble qu'est l'après-coup. Ainsi, ce travail sur la processualité psychique ne peut-il se faire sans les contenus de remémoration, sans la répétition nécessaire à l'instauration des identifications, sans la possibilité de réanimer les affects « coincés », et surtout sans la prise en compte finale d'une tendance propre à la psyché à nier elle-même, au nom de toute

théorie idéalisante, le fait qu'elle soit occupée par une tendance qualifiable de destructrice, en fait tendance annihilatrice, s'opposant à son existence même. La dimension de réaction thérapeutique négative passe au premier plan du souci thérapeutique, ainsi que le travail sur les procès psychiques et sur les points de fixation régressifs ayant pour but de maintenir déniée l'irréductible réalité de cette opposition à la vie mentale. La castration, affirmée par Freud comme ayant un rôle fondamental très tôt dans son œuvre, devient en effet absolument centrale et se trouve étroitement associée aux procès psychiques qui ont comme fonction de la traiter plutôt que de la reconnaître, traitement qui toutefois aboutit à sa reconnaissance.

Notons encore que cette évolution de Freud sera reprise par lui-même quand il examinera une logique regroupant et différenciant, du point de vue technique, remémoration et répétition (1914). Il poursuivra cette démarche plus avant en envisageant que toute la psychopathologie peut être placée sous la houlette de sa célèbre formule comme quoi les patients « souffrent de réminiscence » (1895 ; 1937). Remémorations, répétitions, compulsions et constructions appartiennent donc toutes à la catégorie des réminiscences, doivent faire l'objet d'une investigation, et ainsi servir la visée thérapeutique. Tous les traitements psychanalytiques ont à suivre cette réalité de la réminiscence selon les divers modes par lesquels elle se présente, la remémoration, la répétition, les compulsions, la construction, et tous doivent apprendre à suivre ces procès et à les rendre utiles au fonctionnement psychique général (5) .

Les activités psychiques régressives

Revenons à la valeur de la régression, donc aux visées de ce travail thérapeutique, de cette construction de la voie régrédiente, de cette mentalisation de la régressivité en activités psychiques régressives ordinaires. Celles-ci exigent toutes un certain degré de passivité, donc une mise en latence plus ou moins importante du pôle actif.

Nous avons déjà souligné que c'est par son étude du rêve que Freud va pouvoir sortir la régression de sa première identité de mécanisme psychopathologique, qu'il va amorcer le schéma d'un fonctionnement psychique idéal incluant le travail particulier de la voie régrédiente et donc rendre possible l'appréhension de ces activités psychiques régressives banales par le biais de la description de l'une de ces occurrences, la régression formelle. Succinctement, celle-ci articule un déni temporaire et réversible de la réalité objectale, une désobjectalisation, une mise en latence d'une partie du pôle actif, le pôle de la secondarisation, et une transformation de l'encodement des pensées verbales en un autre code, celui du rébus fait d'images. Ces images vont avoir plusieurs identités : celle de maintenir un lien avec le code langagier bien sûr, celle d'être des figures de la sensorialité érogène sous-jacente, celle de représentant-représentations de la pulsion, celle de matériau présentable sur l'écran interne de la conscience. Elles participent ainsi aux trois buts du travail de rêve, réaliser hallucinatoirement un désir, maintenir le sommeil et produire un perceptif saturant la conscience et soutenant le déni inaugural, tous trois reflétant la fonction fondamentale du travail de rêve, sa

fonction anti-traumatique consistant à régénérer libidinalement l'ensemble de la psyché, à restaurer le narcissisme et à promouvoir une prime de désir, disponible au réveil à l'objectalité.

Cette modalité de régression ne couvre pas toutes celles que nous avons à vivre bien sûr, mais elle offre un modèle pour comprendre les autres. Ainsi en particulier la régression sensorielle, celle que le travail de rêve a pour but de limiter au cours du sommeil afin d'éviter le réveil, et qui a à s'inscrire dans une autre scène qui lui est spécifique, la scène érotique. C'est elle qui est cultivée, par les préliminaires, dans cette autre scène, érotique.

D'autres modes de régression doivent encore retenir notre attention. Freud a examiné celle engagée dans les symptômes de la vie quotidienne, cette régression de compromis, agie dans nos lapsus, oublis, actes manqués etc. Elle nous ouvre à celle qui a lieu au cours des séances d'analyse, et qui est favorisée par le protocole divan-fauteuil. La libre association de séance, cette parole spécifique des séances d'analyse, peut en effet être appréhendée et décrite comme une régression langagière, une régression d'incidence, une parole d'incidence productrice de doubles sens (6) .

Est encore possible de décrire une régression animique, celle typique du jeu des enfants au cours desquels l'enfant utilise des matériaux externes en tant que supports de ses représentations préconscientes, ceci afin de construire en lui les procès nécessaires à sa vie psychique. La répétition est alors l'outil même de cette mutation d'une potentialité en efficience.

Ce qui réunit toutes ces activités, c'est leur rapport et leur façon de traiter fort différemment la dimension traumatique liée à la

régressivité pulsionnelle et à l'impératif élaboratif. Elles utiliseront à cette fin soit des matériaux mnésiques, représentatifs, soit des conversions corporelles, soit des objets matériels externes ayant en même temps valeur de représentation pour la psyché, soit encore le code langagier, comme dans les séances. Il s'agit dans tous ces cas de régression mentalisée. C'est par un travail utilisant l'une de ces modalités d'activités régressives, la parole d'incidence, modalité produite artificiellement par la méthode psychanalytique, qu'il est possible d'obtenir la mutation de la régressivité extinctive en une pensée régrédiente constitutive de la voie régrédiente, permettant la confection d'une multitude de productions et d'activités régressives. Cette mutation a aussi des conséquences sur notre rapport au pôle actif, sur les activités qui lui sont propres et qui sont elles aussi prometteuses de satisfactions, autres.

La conjugaison des deux voies est certainement ce qui promeut au mieux la qualité, les nuances des satisfactions auxquelles nous pouvons prétendre, leur diversité, leur subtilité, ainsi que leur imprévisibilité.

Bibliographie

Chervet B. (1992), Régression et castration, RFP n°4.

Chervet B. (2006), L'exercice de la psychanalyse in Unité et diversité des pratiques du psychanalyste, André Green (dir.), PUF.

Chervet B. (2006), Les réminiscences de l'infantile in Les avancées de la psychanalyse, P. Denis, Chervet B., S. Dreyfus-Asséo (dir.), PUF, à paraître.

Chervet B. (2006), La lumière du rêve et la parole d'incidence in Rêve et séance, Débats de Psychanalyse, PUF, 2007.