

L'émergence de la psychosexualité en psychosomatique

Auteur(s) : Diana Tabacof

Mots clés : censure de l'amante - excitation - fonctionnement mental - psychosexualité - psychosomatique - pulsionalisation/dépulsionalisation - relation d'objet allergique

Le chemin évolutif qui aboutit à la constitution de l'unité psychosomatique humaine est consubstantiel à celui qui aboutit à la mise en place de sa *psychosexualité*. Fait biologique avant tout, la sexualité est une fonction vitale parmi les autres, exceptionnelle néanmoins car d'elle dépendent la reproduction et la continuité de l'espèce. *L'affranchissement de la sexualité à son destin biologique* par l'infiltration des forces psychiques, fonde la spécificité de l'espèce humaine et de plus, singularise chacun de ses individus.

Dans l'œuvre de Freud, dès 1905 avec les Trois Essais, un élargissement décisif s'opère au sujet de la sexualité infantile, le sexuel n'est plus réductible au génital et les notions comme celles d'organisation sexuelle orale et anale voient le jour. Freud prend le modèle du suçotement du nourrisson et des sensations voluptueuses qui l'accompagnent pour affirmer leur détachement de toute finalité alimentaire relevant du besoin, et l'entrée en jeu d'une recherche de plaisir, déjà vécu et désormais remémoré, s'inscrivant dans l'ordre du désir. Dès lors, les théorisations à propos de *l'érogénéisation* des grandes fonctions somatiques et de

l'étayage du sexuel sur l'autoconservation se déploient, avec à la clé, *l'émergence du concept de pulsion*.

Concept-limite entre somatique et psychique, la définition de la pulsion a évolué au long de l'œuvre freudienne. Cependant, sa vocation de chaînon intermédiaire entre ces deux domaines a toujours été conservée.

La définition de 1932, dans les Nouvelles Conférences, éclaire de façon précise sa *trajectoire somato-psychique*. De la pulsion, on peut distinguer, dit Freud, la source, l'objet et le but : la source est un état d'excitation dans le corporel ; le but, la suppression de cette excitation. C'est sur la voie de la source au but que la pulsion devient psychiquement efficiente. En règle générale, sur ce trajet, précise-il, se trouve interposé un objet externe. *L'objet est donc situé à l'orée du montage pulsionnel*.

Le paradigme de la pulsion intéresse au plus haut point la théorie et la clinique psychosomatiques et on peut affirmer, avec Cl. Smadja, qu' « elle est en définitif ce par quoi se nouent et se dénouent les liens psychosomatiques ». Dans ses développements épistémologiques récents, Cl. Smadja note que dans la théorie mais aussi dans le développement du sujet, le passage du registre de l'excitation somatique au registre de la pulsion en tant que son représentant psychique, représente un saut qualitatif de nature évolutive : *l'organisation humaine se complexifie*. Nous pouvons ainsi observer que de la névrose actuelle avec ses symptômes fonctionnels somatiques, à la psychonévrose hystérique avec ses symptômes conversionnels symboliques, la structure psychique gagne en complexité.

Le modèle psychosomatique de l'École de Paris, fondé par P.

Marty, M. Fain, M. de M'Uzan et Ch. David et enrichi sans cesse par leurs successeurs, est un modèle éminemment évolutionniste. Basé sur le principe d'une dynamique hiérarchisée, on peut le concevoir sous forme pyramidale, s'étageant de niveaux en niveaux de plus en plus complexes, avec à la base le fonctionnement somatique traversé par les excitations sexuelles et à sa pointe évolutive supérieure, le fonctionnement mental traversé par la vie pulsionnelle. A partir d'une même source énergétique instinctuelle, *deux vectorisations* sont possibles : l'une, évolutive, « *pulsionalisante* », dans laquelle les systèmes se chargent de plus en plus de sens et de vie ; l'autre, régressive, « *dépulsionalisante* », dans laquelle l'énergie se dégrade, se déqualifie, et les systèmes qu'elle investit perdent le rapport au sens et à la vie. Ce modèle intègre, dans une synergie des registres dynamique et énergétique, les deux plans d'expression somatique et psychique, dont l'articulation est à rechercher dans l'histoire du sujet.

Le rôle de l'objet dans la construction du sujet est indiscutable. Selon A. Green, il est souhaitable de parler de « *couple pulsion-objet* », car l'objet est le révélateur de la pulsion. En psychosomatique, c'est dans l'exercice de la *fonction maternelle*, notion très féconde forgée par P. Marty et élargie par M. Fain, que l'objet intervient et que, en conditions optimales, le travail de pulsionalisation du corps du petit de l'homme se réalise. La fonction maternelle accomplit un large spectre d'opérations, toutes imbriquées les unes dans les autres, assurant dès le commencement le montage des pulsions d'autoconservation du moi jusqu'au montage des pulsions sexuelles.

Essayons d'apprécier les enjeux de l'exercice de la fonction

maternelle tout le long du cheminement évolutif de l'enfant. Sur le plan *économique*, le nouveau-né est sous un régime quasi-traumatique, où règne l'excès d'excitations émanant de toutes parts, notamment des grandes fonctions organiques, encore anarchiques. Elles s'expriment sur un mode impératif et non-ajournable basé sur l'alternance besoin-satiété et sont régies par un système du type « tout ou rien ». P. Marty a qualifié cet état de « mosaïque primaire », où l'inconscient est encore parcellaire et systèmes fonctionnels sont en voie de maturation. A ce stade, la fonction maternelle joue son rôle princeps de *pare-excitations*, opérant comme un filtre de l'afflux d'excitations exogènes (température, lumière, bruit et autres), puis endogènes (faim, soif, inconfort), fractionnant l'excitation en petites quantités et en lui attribuant des qualités. Cette régulation constante sera décisive pour la constitution de l'unité fonctionnelle psychosomatique et son corrélat métapsychologique : le *narcissisme primitivement secondaire* selon M. Fain, notion qui implique d'emblée la présence de l'objet dans le devenir du narcissisme. On conçoit ici l'importance conférée au système d'interprétation des signaux émanant du nourrisson et le choix des modes d'intervention, des rythmes introduits par rapport aux rythmes naturels, enfin, des multiples réponses apportées au sein de la fonction maternelle. En situation néoténique mais néanmoins à l'affût d'échanges, l'enfant interprète et répond aux mouvements de l'entourage à son égard.

La *qualité de l'investissement du corps* et des systèmes fonctionnels somatiques de l'enfant (alimentaire, d'excrétion, respiratoire, du sommeil et autres), sera sans doute déterminante dans les nouages psychosomatiques ultérieurs. Ces investissements procèdent selon une véritable effusion projective d'affects et de représentations provenant du psychisme de

l'adulte. Ceux-ci ont une fonction de *liaison* du flux d'excitations somatiques avec, à la clé, la dotation de sens des multiples expressions de l'enfant, qui le singulariseront au sein d'une famille, d'une culture, d'une ethnie, etc. Le cadre d'investissement maternel se doit d'être *discontinu*, car c'est l'alternance entre présence et retrait qui assure l'intériorisation de la fonction maternelle et l'autonomisation de l'enfant, notamment en ce qui concerne la gestion de ses besoins physiologiques et son autoconservation.

Cependant, l'essentiel de cet investissement, c'est l'apport en *libido*, l'énergie sexuelle psychique d'*Éros*. C'est l'irrigation des lieux du corps par la libido, au sein des dialogues tactiles, toniques, sonores, verbaux et infra-verbaux entre l'enfant et l'objet, qui rendra efficient le travail d'érogénéisation des excitations somatiques et l'entrée en jeu de la dimension, à proprement parler, psychosexuelle.

Ce capital libidinal et sa circulation entre le Moi et les objets, vont assurer les *mutations des quantum d'excitations sexuelles somatiques en motions pulsionnelles érotiques*. Ces transformations doivent être comprises à la lumière des apports freudiens post 1920, c'est à dire, de l'alliage constant d'*Éros* et de la destructivité. La fonctionnalité du *masochisme érogène primaire* (cf. Benno Rosenberg) jouera ici un rôle essentiel, en tant qu'opérateur de co-excitation de la libido et de la destructivité, nécessaire à la rétention des charges érotiques au sein du moi, notamment lors des situations d'attente douloureuse et de frustration.

La clinique des troubles somatiques est justement celle où ces processus d'alliage pulsionnel vont se trouver défailants. Les

frappes du *trauma* peuvent produire des effets ravageurs affectant le développement pulsionnel d'un individu dès ses origines et son équilibre psychosomatique tout au long de la vie. Ceci sera fonction des mouvements de liaison et de déliaison pulsionnelle, autrement dit, des gradients de libido, moiïque et objectale, disponibles et aptes à lier les excitations destructives en risque de débordement et potentiellement mortifères, lors des moments critiques de la vie.

Du point de vue psychosomatique, l'émergence de la psychosexualité et son achèvement, sont donc les garants de l'équilibre vital. Les travaux conjoints de Denise Braunschweig et Michel Fain apportent un grand éclairage à cette problématique de l'enracinement du psychique dans le biologique, par le sexuel.

La *libidinisation du sommeil* du bébé par la mère est pointée par ces auteurs comme étant l'étape inaugurale des processus hallucinatoires et d'ouverture à la vie fantasmatique et onirique du petit. L'investissement tendre maternel, issu de sa pulsion sexuelle inhibée quant au but, assure à l'enfant l'abaissement du tonus corporel et l'intégration progressive des *auto-érotismes*, lui donnant accès aux satisfactions passives, corrélées à une recherche fantasmatique de satisfactions venant d'un objet actif, auquel il s'identifie pour pouvoir en venir à « se faire plaisir ».

Dans les meilleures conditions, ce mouvement est porté par le désinvestissement de la mère qui se détourne de son enfant pour se tourner vers le père de l'enfant. La mère redevenant amante du père pose à l'enfant une censure, équivalant à un message de castration, désignée comme la « *censure de l'amante* ». *L'identification hystérique primaire* de l'enfant à sa mère, en d'autres termes, l'identification à la jouissance des acteurs de la

scène primitive de laquelle il est en même temps exclu, devient le prototype de la trace mnésique inconsciente et des premiers refoulements. Il s'agirait, dans cette configuration hautement chargée érotiquement, d'une double identification : au père, désigné par les auteurs comme le pénis désiré par la mère et à la mère, désirant ce pénis. D'après G. Szwec, dans ses développements personnels récents à propos de la censure de l'amante, le *statut du père*, à ce stade très précoce, c'est essentiellement une excitation sexuelle, un pénis en érection, un désir attracteur du désir de la mère.

Les passages du corps à corps de la mère avec son enfant à celui avec son amant, exigent de sa part un solide ancrage surmoïque et un *travail de déssexualisation et de resexualisation* constant au niveau de son préconscient. Est ainsi favorisée la chute dans l'inconscient de l'enfant de ce langage du désir, archaïque et bisexuel, au profit du développement d'une langue secondarisée, grevée par la censure et organisatrice de la pensée consciente. Les traces mnésiques inconscientes, dans cette perspective, sont donc un mixte de sensations corporelles somatiques et du langage érotique archaïque prononcé par la mère. Un écart érogène s'inscrit, suivant un passage de Serge Leclair cité par nos auteurs, en un point du corps qui a joui au contact d'une caresse de la mère, devenant alors *trace immatérielle*. C'est ainsi que nous pouvons concevoir la naissance de la pulsion : comme la sommation d'inscriptions successives des traces mnésiques constituées par divers ordres du langage et leur liaison au corps.

Deux grandes lignées pulsionnelles peuvent alors être définies : l'une, dont le destin poursuit l'évolution qui vient d'être décrite et qui inscrit l'enfant dans l'ordre œdipien, lui garantissant une vie

psychique bien fournie en représentations et affects, assurant un capital inconscient et une souplesse du préconscient aptes à transformer les excitations sexuelles et à bâtir une psychosexualité de bon aloi. L'autre, frappée par le *trauma* et caractérisée par des distorsions de la fonction maternelle plus ou moins graves, où la voie psychique ne suffit pas. Le *refoulement originare échoue* à asseoir les formations inconscientes et le préconscient n'est pas assez fonctionnel pour permettre l'écoulement et les mutations des excitations, laissant l'enfant démuné face à des masses d'excitations déliées et non symbolisables, inaptes à la fondation et à la consolidation de sa psychosexualité.

Dans cette perspective, les auto-érotismes sont d'une importance capitale et leur mise en place joue un rôle déterminant, voire différenciateur, des figures cliniques que nous rencontrons. *L'investissement libidinal du moi en tant qu'objet sexuel*, via les autoérotismes, assure l'alliage des pulsions au niveau même des ancrages somatiques des zones érogènes, c'est à dire, des grandes fonctions physiologiques. Rappelons-nous aussi de l'ajout au texte de 1905, où Freud étend la propriété d'érogénéité à tous les lieux du corps et à tous les organes internes. Dans « le moi et le ça », il affirme que l'antagonisme des pulsions règne « dans chaque morceau de substance vivante (...) dans une union aux proportions variables ». Nous pouvons alors estimer l'importance de la bonne régulation de l'économie pulsionnelle au sein du moi, considérée comme « avant tout un moi corporel », faute de quoi, la destructivité interne fait ravage, déclenchant les processus de régression somatique, ou de façon plus radicale, de désorganisation progressive, mettant en péril la conservation du sujet.

La clinique psychosomatique de l'enfant est un véritable terreau où nous voyons se déployer le « *spectre psychosomatique* », allant des expressions symptomatiques les plus somatiques jusqu'aux expressions symptomatiques les plus psychiques, ainsi que celles qui se déplacent entre ces deux pôles, notamment au cours des traitements psychanalytiques.

Dans cette clinique nous assistons en direct, pourrait-on dire, aux modalités interactionnelles et d'investissement de la fonction maternelle et ses retentissements sur l'évolution psychosexuelle de l'enfant. Les troubles fonctionnels, comme par ex., les troubles du sommeil, les reflux gastro-œsophagiens, les vomissements chroniques, les constipations, l'asthme et autres, qui constituent le lot quotidien de cette clinique, peuvent être compris comme des manifestations de la surcharge des systèmes fonctionnels organiques due aux achoppements du travail d'étayage et aux défaillances des auto-érotismes. Les appareils, fonctions et organes de l'enfant peuvent être surinvestis, pas assez investis, non investis, ou investis de façon discordante par l'environnement, favorisant des somatisations passagères qui pourront, ou pas, devenir chroniques.

Si le déclenchement d'un symptôme somatique signe pour nous une défaillance du travail de liaison pulsionnel, fût-il nécessaire à l'économie du fonctionnement psychique du sujet, son développement reste très variable. D. Braunschweig a développé l'idée très heuristique d'un deuxième temps, où une *hystérisation secondaire du symptôme somatique* se produit, au contact de l'enfant avec sa mère et l'entourage, colorant autrement le processus pathologique. Dans ces cas, les récurrences se produisent dans des contextes précis, l'enfant cherchant à retrouver, plus au

moins consciemment, certaines réactions connues. La mise en acte des réminiscences du traumatisme initial, manifeste l'activité érogène d'une trace ayant bien été inscrite dans l'inconscient refoulé. Ce mouvement peut être néanmoins enrôlé dans l'automatisme de répétition : ne perdons pas de vue qu'il s'agit des modes de fonctionnement où les liaisons pulsionnelles restent très précaires, souvent pas loin des états traumatiques.

Dans l'« *Enfant et son corps* », ouvrage de référence en psychosomatique de l'enfant, écrit par L.Kreisler, M. Fain et M. Soulé au début des années 70, nous trouvons des minutieuses descriptions cliniques des troubles fonctionnels graves, où l'enfant pris dans des *interactions pathogènes*, investit certaines fonctions dans un sens « contre nature » et utilise un dysfonctionnement physiologique parfois passager dans un auto-érotisme forcené qui rappelle la recherche orgasmique, et qui l'expose parfois à un risque mortel. Le « petit pervers polymorphe » va bien plus loin que dans les recherches de plaisir habituelles, pour trouver du plaisir à l'intérieur même de son corps. C'est le cas du mérycisme qui inverse la progression du bol alimentaire par l'onde péristaltique qui succède à la déglutition dans un mouvement de type ruminant, ou du mégacolon fonctionnel qui inverse le réflexe physiologique de la défécation. Dans le spasme du sanglot c'est une asphyxie qui est recherchée, accompagnée de mouvements de type convulsif, qui a été associée à la « petite mort » orgastique. *Les mécanismes physiologiques peuvent donc être pervers par la sexualité*, puis, là aussi, pris par l'automatisme de répétition. Ces troubles fonctionnels seraient compris, au cours des discussions des auteurs précités, comme des tentatives d'agir corporellement les fantasmes originaires, au lieu de les symboliser par les voies psychiques, au prix d'un passage à l'acte dangereux. Ceci suivrait

les vicissitudes d'une fonction maternelle où échouent les identifications hystériques primaires, le message de castration ainsi que les refoulements, responsables de l'instauration des interdits. *L'excitation sexuelle est ici déviée quant au but et sa liaison pulsionnelle pervertie.*

Une dimension essentielle de la sémiologie psychosomatique a été décrite les dernières années, dans le cadre des recherches sur les *procédés auto-calmands du moi*, menées par Cl.Smadja et G.Szwec, notamment ce dernier en ce que concerne la psychosomatique de l'enfant. Une antinomie est posée entre les auto-érotismes qui cherchent le plaisir et une autre gamme de comportements, les procédés auto-calmands, qui cherchent le calme. Pris dans l'automatisme de répétition, le but de ces procédés reste strictement la décharge d'excitations, notamment par la voie de la sensori-motricité. La liaison libidinale maternelle est ici bien entendu en échec et la voie érotique, barrée. L'enfant se construit avec une tendance aux comportements mécanisés et répétitifs ; il est souvent hyperactif et non-câlin. Pour G.Szwec, l'autobercement du petit insomniaque peut être considéré comme un procédé d'endormissement autocalmant. Il s'agit, pour ces enfants qui, d'après cet auteur, « *se passent de l'objet pour ne pas en faire le deuil* », de la mise en place d'un système de défense anti-traumatique, au-delà du principe de plaisir, qui vise le retour au niveau zéro d'excitation.

Pour illustrer ces propos théoriques, j'aimerais vous présenter une séquence de vignettes de la psychothérapie de K, dont le cheminement a été assez exemplaire de ce qu'on peut attendre d'un travail de remise en route du développement de la psychosexualité, chez une enfant présentant des troubles

somatiques.

K est une petite fille âgée de cinq ans, pleine de charme, avec une grande facilité de contact et très vive d'esprit. Son mode de fonctionnement en séance m'a immédiatement évoqué la *relation d'objet de type allergique* décrite par l'école de Paris. Dans ce type de fonctionnement, l'enfant semble fixé au premier point organisateur du développement décrit par Spitz, celui du sourire à tous les visages, faute d'avoir intégré le deuxième point organisateur, celui de l'angoisse devant l'étranger, qui marque le travail de séparation mère/non-mère et, a fortiori, de séparation mère/enfant. Les mouvements de type *adhésif* chez K étaient frappants comme, par exemple, vouloir écrire avec mon crayon, mettre mes lunettes, prendre mon téléphone ou s'asseoir sur mon fauteuil. Issue du croisement de quatre cultures, chaque grand parent venant d'un pays distinct, K a une beauté particulière et des yeux immenses. À partir de son cou et sur une bonne partie de son corps, on perçoit les tâches qui marquent la présence d'un *eczéma atopique* sévère et les séquelles des surinfections cutanées greffées dessus, déclenchés quand elle avait 15 mois. Les *troubles du sommeil* ont été présents depuis l'âge de six mois.

Avec le déclenchement de l'eczéma, un cycle infernal avait démarré avec des multiples réveils nocturnes, accompagnés de grattages et de la demande pressante de rejoindre le lit parental. Ils sont trois enfants d'âge très rapproché, K est la petite dernière. L'allaitement au sein a duré six mois et le sevrage a été très difficile pour la dyade, K ne voulait rien d'autre que le sein. K est venue au monde à un moment de grande crise familiale. Ses parents forment un beau couple, très investi dans leur vie familiale et se montrant aussi concerné par leur rôle parental que

par leur lien conjugal.

Cependant lors de la naissance de K, son grand-père paternel, frappé d'une grave maladie, est venu vivre dans leur foyer perturbant sérieusement l'équilibre familial. Un véritable climat de guerre s'est installé entre père et fils, lesquels, entre cris et coups, se sont déchirés, jusqu'à ce que K ait 15 mois, quand le grand-père fini par déménager et meurt peu de temps après. Aux dires de la mère, le grand-père était « un homme sans cœur », qui faisait frémir à son passage, d'une tyrannie unique. Le collage entre la mère et la fille a été incontestable. Face à la tempête qui emportait son père dans son drame *transgénérationnel* patrilinéaire, K a trouvé abri au sein maternel. Sa mère, dépiteuse, privée de son mari et amant, a trouvé auprès de son bébé les satisfactions libidinales manquantes et l'éponge à ses angoisses. Quant aux somatisations de K, le recoupement des dates était assez aisé : les troubles du sommeil se sont installés suite au sevrage et l'eczéma, autour de la période du décès du grand père.

Au moment où je commence la psychothérapie à l'Ipsa avec K, d'innombrables traitements avaient été tentés sans résultats durables. Aux dires du père « la gestion de la maladie » était exténuante, et de surcroît, K était devenue une petite fille colérique et exigeante. Des *allergies alimentaires* avaient été décelées et toute l'organisation familiale tournait autour des divers troubles de K.

La séquence qui sera présentée commence au début du suivi de K, se déploie pendant six mois de psychothérapie et concerne les événements de la nuit. J'apprends par ses parents que K ne se plaignait plus des *cauchemars* qui la réveillaient les derniers

temps, depuis qu'elle avait vu un pédopsychiatre comportementaliste qui lui avait proposé de dessiner ses cauchemars et de les jeter à la poubelle. Suite à cela elle ne faisait plus de cauchemars mais elle se réveillait la nuit, et formellement interdite d'aller dans la chambre des parents, elle déambulait dans la maison. Privée de la voie mentale onirique, considérée de plus comme un déchet à se débarrasser, K avait développé lors de ses réveils nocturnes, un système de décharge par la motricité, se levant du lit et marchant jusqu'à ce qu'un parent la gronde et qu'elle finisse par retourner dans son lit pour tenter de se rendormir.

Nous nous sommes alors intéressés, K et moi, au bout du premier trimestre de sa psychothérapie, à ce qui se passait chez elle la nuit : on en parlait à chaque séance. Le travail sur ses ballades nocturnes nous a appris l'intérêt de K sur les bruits de la maison : les bruits du frigo, rempli des choses interdites à son régime, qu'elle regardait sans pouvoir les manger, devant se contenter d'un verre d'eau. Penser ensemble ses frustrations dans la sphère des plaisirs de l'oralité a été ainsi favorisé. Cela se poursuit avec des conversations sur ce qu'elle pourrait faire toute seule dans son lit lors de ses réveils nocturnes, pour supporter cet état de passivité et y rester sans avoir à se lever. Des idées sont venues : imaginer des choses diverses, essayer de se souvenir d'une histoire ou des choses vécues dans la journée, inventer des chansons. K s'est mis à se chanter des berceuses pour s'endormir et a choisi un doudou préféré, puisque jusque là elle en avait plusieurs interchangeables. La démangeaison et le grattage présents la nuit ont été régulièrement travaillés et leur apparition pendant la séance a été traitée de façon ludique. K prenait conscience peu à peu du lien entre la montée d'une émotion ou

d'une angoisse et l'envie de se gratter.

Le temps est venu où nous avons évoqué les bruits présents la nuit venant du salon ou de la chambre des parents... à K de dire : non, elle n'était « même pas curieuse », K ne voulait pas parler de cela. Les allusions aux bisous des parents l'énervaient assez. Puis K, en installant ses mouvements identificatoires, a décidé d'inviter son amoureux de l'école à venir dormir à la maison. Il fallait qu'elle dorme bien, me dit-elle, pour ne pas le réveiller, comme elle faisait souvent avec son frère et sa sœur, les réveillant parfois et causant maints conflits le matin. Une nouvelle phase commence où K n'arrive pas à rester dans son lit car, quand elle se réveille, elle a très envie de faire pipi. Elle va aux toilettes, après elle retourne dans son lit mais « ça continue », « c'est comme une envie de faire pipi », m'explique-t-elle !

Voilà que l'excitation sexuelle s'enracine au niveau génital, en même temps que les pensées sexuelles sont présentes et les liens objectaux investis. Une différenciation entre la fonction urinaire et les sensations érogènes génitales peut se profiler. Puis un jeu s'installe dans lequel elle amène de la salle d'attente des dessins faits par son père, souvent des dessins d'animaux sauvages. Elle les cache sous son t-shirt et ne veut pas me les montrer ; je lui dis qu'elle « voulait avoir les dessins de papa que pour elle et me mettre en dehors du jeu; à la maison peut-être elle voulait faire pareil avec sa maman ». K me raconte un cauchemar. Papa tue tout monde : son frère, sa sœur, sa mère, tous, sauf elle. Nous parlons de sa peur quand papa se met en colère, son envie qu'il n'y est qu'elle qui soit épargnée. Nous évoquons le temps où elle était bébé et papy était chez eux. Mais elle ne veut pas en parler, « voilà, c'est tout, c'est comme ça ». K démarre une période où

elle ne veut plus beaucoup parler, elle arrête nette ce qu'elle est en train de dire et me dit « c'est secret ». Je lui dis qu'elle a le droit de garder ses pensées pour elle. K développe une forme d'hostilité envers moi. Son jeu préféré consiste à me demander d'écrire ou de dessiner quelque chose, puis elle se plait à effacer en rigolant à souhait ce que je venais de faire. Je dis à K « qu'elle m'en veut parce que j'étais une dame et je pouvais faire plein de choses qu'elle ne pouvait pas encore faire ».

Voilà qu'ainsi, peu à peu, ses réveils nocturnes se sont espacés et son sommeil s'est amélioré. Les poussées d'eczéma sont devenues moins importantes et les parents ont commencé à réintroduire certains aliments qui lui étaient interdits. Le *travail de qualification des montées d'excitations* chez K, dans ses multiples nuances affectives et en fonction des différents enjeux objectaux, a été le fil rouge de son traitement analytique. Nous avons tenté de montrer l'importance de cela pour la fondation et la consolidation de sa psychosexualité.

Progressivement les expressions du fonctionnement mental de cette petite patiente ont pris le pas sur les expressions somatiques et comportementales, jusque-là au premier plan. Le travail d'*autonomisation* psychique de K s'est remis en route avec ses ingrédients indispensables : triangulation, conflit, expression d'affects et de pensées. Ceci allant de pair avec la mise en place d'une capacité fondamentale : celle de *refouler*.

Conférence d'introduction à la psychanalyse, 9 juin 2010

Discussion du texte de Christo Joannidis

Auteur(s) : Aristéa Skoulika - Bernard Brusset - Christo Joannidis - Christophe Derrouch - Eléana Mylona - Marilia Aisenstein - Sotiris Manolopoulos

Mots clés : association/dissociation (des idées) - cadre - contre-transfert - déliaison - déni - dispositif - dualisme (pulsionnel) - figurabilité - fonctionnement mental - holding - indication (analyse) - indication (psychothérapie) - narcissiques (pathologies) - pratique psychanalytique - processus (psychique) - psychanalyse - psychothérapie (psychanalytique) - réalité (externe) - réalité (psychique/interne) - régrédience - régression - scène interne - transfert

Marilia Aisenstein

Introduction à la discussion

C'est un grand plaisir pour moi d'introduire une discussion à partir du texte de Christo Joannidis. La question « psychanalyse versus psychothérapie psychanalytique » a déjà fait couler beaucoup d'encre. Les articles, monographies, controverses, sont innombrables, sans compter les écrits en allemand et espagnol dont nous ne savons pas prendre connaissance. Il serait loisible de penser d'emblée que tout a été dit. Pourtant le texte de Joannidis est brillant et original.

L'auteur en effet se garde bien de s'attarder sur des différences

techniques, dont il pense qu'elles existent mais qu'il considère « périphériques », pour se centrer sur son expérience. Se référant à Jankélévitch et à la notion freudienne de « narcissisme des petites différences », il critique une position qu'il définit comme « totalisante » (la totalisation est un concept philosophique qui décrit la réduction de l'Autre au Même). Joannidis définit fort bien les principes fondamentaux communs aux deux méthodes mais il les oppose au travers du contre-transfert, ou plutôt d'une qualité subjective différente de la partie consciente du contre-transfert.

Mon propos, dans cette introduction, n'est ni de critiquer ni de débattre de cette position. Le commentaire très rigoureux d'Aristéa Skoulika le fait d'ailleurs très bien. Je souhaite par contre évoquer deux notions absentes du texte de Joannidis et pour moi centrales dans cette discussion.

La première est celle d'« irrégularité du fonctionnement mental », elle appartient au corpus théorique de l'École de Psychosomatique de Paris et souligne les discrets mais constants changements de régime au sein de l'économie psychique d'un seul sujet. Ceci pour dire que je n'ai jamais mené de cure classique qui ne m'ait, au moins quelques fois, amenée à intervenir « différemment ». J'utilise le mot différemment pour ne pas dire « de façon plus psychothérapeutique », ceci implique pour moi la mise en œuvre d'une créativité différente. A mon sens, ces changements de régime dans le fonctionnement mental affectent tout autant le psychanalyste et donc ses modalités interprétatives.

La seconde est la notion freudienne de « régression formelle ». Définie par Freud comme la troisième forme de régression, elle décrit les passages du fonctionnement selon l'identité de pensée à celui selon l'identité de perception. Lorsque la régression dans la

cure nous semble impossible à obtenir, soit dangereuse car risquant de devenir cataclysmique, la régression formelle reste en général accessible. La question de l'indication analyse de divan ou face à face est pour moi liée aux meilleures conditions pour la faire advenir. Lors d'un symposium très récent à Vienne, Mary Target a présenté un matériel remarquable d'analyse de patient borderline avec des moments opératoires. Il était sur le divan cinq séances par semaine, pourtant les interprétations et la présence très adéquate de Mary Target étaient parfaitement adaptées aux capacités de ce patient-là, à ce moment-là. Faudrait-il se demander s'il s'agit d'une psychanalyse non classique ou d'une psychothérapie psychanalytique sur divan ? Ce type de questionnement m'intéresse peu, j'estime par contre qu'affiner des différences dans la facture de nos interprétations selon l'organisation psychique du patient et selon le cadre choisi, est très enrichissant. C'est bien pourquoi il nous faut remercier Christo Joannidis de ce très intéressant texte introductif, comme Aristéa Skoulika de son commentaire, ils devraient susciter des débats passionnants.

25 mai 2007

Discussion par Aristéa Skoulika

Nous apprécions le choix de l'auteur de se référer à sa propre expérience pour le traitement d'un sujet suscitant tant de controverses, un choix qui s'appuie au fait que l'auteur a eu lui-même l'expérience des deux types d'enseignement, celui de psychothérapie analytique et d'analyse cure type. Nous pensons que sa référence à la théorie des groupes peut donner des repères utiles à la discussion. Par ailleurs, son idée qu'il y a participation

d'enjeux narcissiques dans les controverses concernant la relation entre Psychanalyse cure type - PSA - et Psychothérapie Psychanalytique (travail face à face, fréquence de rencontres basse) - PT PSA - mérite réflexion.

Première question : l'auteur postule que l'enseignement et la supervision dans le cas de la PT PSA aboutissent à une technique différente de celle de l'enseignement psychanalytique cure type. Il se réfère notamment au maniement du contact visuel, à la compréhension de la qualité du silence, à l'élaboration du thème des longs intervalles entre les rencontres, au fait qu'il y a un but thérapeutique. Notre point de vue se résumera dans la proposition suivante : bien que les aspects mentionnés ci-dessus différencient PSA et PT PSA, leur maniement ne saurait s'exclure des règles essentielles qui régissent le traitement de tout matériel analytique en général. Nous pensons que l'auteur sous-entend l'idée d'une spécificité du matériel psychothérapique. Nous posons la question si la notion de travail analytique spécifique pour des cas particuliers ne lui serait pas préférable.

L'auteur se confronte aux développements théoriques qui soutiennent que la psychothérapie psychanalytique n'existe pas (Aisenstein, 2003). Cette dernière position suggère que le travail thérapeutique avec les patients qui ne peuvent pas fonctionner dans une analyse classique n'est pas un travail de moindre valeur, mais quelque chose de différent, un travail qui demeure tout de même analytique à part entière et qui requiert un enseignement analytique complet pour le thérapeute qui en prend la charge. Nous ajouterons que selon certains auteurs (Kostoulas, 2003, Manolopoulos, 2003) le travail psychothérapique peut s'avérer plus difficile que celui de la cure type et c'est justement pour cette

raison qu'il exige de la part du praticien expertise et promptitude personnelle élevées.

Le contenu de l'autodescription de l'auteur pourrait être commenté en quelques points. D'un premier abord il donne l'impression qu'effectivement sa compréhension théorique en tant que psychothérapeute ainsi que son attitude à l'intérieur de la collaboration thérapeutique ne sont pas identiques avec celles qu'il réalise en tant qu'analyste.

L'auteur-psychothérapeute semble se préoccuper de l'objet « fonction psychique inconsciente » mais aussi et en même temps de la réalité externe du patient, en adoptant la tactique de passer en revue le cours du travail par l'examen des résultats au niveau de la réalité externe, ou bien en procédant à des interventions ne se référant pas à l'axe transférentiel ou aux contenus inconscients mais recherchant le maniement de la réalité du patient.

L'auteur-analyste s'y prend différemment. Il s'occupe uniquement et sans ambiguïtés de la scène interne. Ainsi, l'auteur suggère que l'enseignement en PT PSA cultive une attitude plus pragmatique à l'égard du patient, lorsque celle-ci est nécessaire. Ceci soulève une pléthore de questions. La discussion porterait sur la nécessité dans des cas difficiles, d'adapter la technique à un besoin particulier du patient et sur la technique même de cette adaptation. Y aurait-il des lignes conductrices utilisables dans ces circonstances ? On citera le paradigme de la pratique appelée « fonction vigile », décrite par Potamianou (2003). Elle constitue une écoute différente de l'écoute typique. Une attitude de vigilance coexiste avec la pratique de l'attention flottante. Sa différence avec ce qui est décrit par l'auteur comme adaptation aux besoins accrus d'un sujet dans le travail psychothérapeutique est

que, dans le cas de la « fonction vigile » l'adaptation se conformerait aux demandes de la réalité interne et se dirigerait vers cette seule réalité, comme d'ailleurs toute expression et pensée de l'analyste.

C'est peut-être cela la ligne conductrice. On comprend cette pratique comme une mise au jeu d'une partie du psychisme de l'analyste différenciée qui, se séparant du faisceau commun de ses investissements et de ses lignes de fonctionnement usuels, communique avec une partie du patient, archaïque et en détresse, peut être au-delà du symbolique verbal. Ceci ne se rapporte pas à la réalité externe. En fait, l'acte d'entremêler réalité interne et externe ne décèle-t-il pas plus qu'autre chose une perplexité relativement aux instances psychiques auxquelles nous nous adressons ?

Deuxième question : l'auteur semble suggérer que la psychanalyse a établi une technique qui n'a pas besoin d'être transformée, de s'efforcer de s'adapter aux conditions nouvelles, ou finalement d'être concernée par les nouvelles évolutions scientifiques. Selon notre compréhension, il avance que la psychanalyse peut se comporter ainsi parce qu'elle porte en elle une quantité suffisante de ressources, éventuellement encore inexplorées en tous leurs aspects. Nous noterons ici l'impossibilité et l'aveugle d'une telle claustration, la délimitation d'un terrain propre d'élaboration n'équivalant pas à un isolement. A ce point précis, l'auteur ajoute à la pratique analytique la qualité de « poétique ». Nous nous posons la question si la formulation heureuse de Pontalis, à laquelle se réfère l'auteur, et qui propose l'idée de l'analyste en position de « ούτις » c'est-à-dire de « personne », selon la réponse d'Ulysse au Cyclope, nous renvoie à un espace de poésie. Nous

comprendrions « ούτις » plutôt comme une formulation se tenant plus proche de la logique scientifique contemporaine qui admet l'incertitude de l'observateur et la complexité de la relation observateur/observé, ainsi que comme une expression réussie du fait que la réalité externe dans la relation analytique est une illusion et que l'analyste est pur écran, mais écran vivant.

Troisième question : l'auteur propose que si quelqu'un adopte la proposition de Bion que l'analyste procède à l'acte analytique sans désir ni pensée, il accepte comme pierre angulaire fondamentale de la psychanalyse son côté non intellectuel. Nous pensons que par « non intellectuel » il entend le mouvement régressif de l'analyste, dans la forme par exemple de la « figurabilité » (Botella, 2001). Bien entendu ici s'applique la différenciation entre intellectualisation, défense obscurcissant la compréhension et exploration rationnelle, qui, elle, est un processus non défensif mais nécessaire dans la démarche de la connaissance. Bion nous donne une idée sur la manière d'utiliser notre appareil intellectuel sans être intellectualisant pour autant.

Quatrième question : l'auteur propose que l'objet analytique acquière existence à travers un acte de croyance : la croyance en son existence. Nous pensons que Freud a formulé son hypothèse sur l'inconscient (1900, 1933) après uniquement évaluation de la réalité empirique. Il a été mobilisé par le besoin d'une notion et d'un objet d'investigation convenables aux énigmes qui se manifestaient lors du fonctionnement psychique. Il a supposé que l'espace conscient est un espace de projection et que les mouvements importants du sujet se perpétuent dans un espace hypothétique, que l'on décèle à travers uniquement ses résultats sur l'espace conscient et surtout à travers quelques inadvertances

de ses transformations. Ceci soulevant de grandes questions, nous le laisserons à part et resterons à ce qui est relatif à notre sujet. En fait, et c'est en cela que nous nous distancierons de l'auteur, ce qui distingue la psychanalyse des autres théories contemporaines du psychisme, ce n'est pas uniquement l'acceptation du fonctionnement inconscient - non pas en tant que croyance mais en tant que donnée empirique - mais aussi et surtout la théorie des pulsions, ainsi que la prise en considération de la base biologique de tout phénomène clinique, la biologie entendue en tant qu'instance génératrice des pulsions. Ce qui est relatif à notre sujet est enfin que Freud a attribué à l'inconscient des qualités qui seraient rationnellement explorables, même si elles ne sont pas susceptibles à notre ère de managements scientifiques.

Cinquième question qui n'a pas été examinée : les managements de tout analyste, peu importe le type de travail poursuivi, dépend de son contre-transfert, qui lui, dépend de la profondeur de sa propre analyse, ainsi que de ses qualités personnelles. On se demandera, comme il est déjà fait abondamment dans la littérature psychanalytique, si ce n'est pas la réalité de l'action de l'analyse personnelle sur l'analyste, quasi tangible et susceptible à une évaluation, qui détermine plus qu'autre chose l'envergure de sa recherche analytique, l'enseignement venant secondairement fixer et représenter clairement une identité analytique, sur un terrain déjà labouré. En fin de compte, et il nous semble que là-dessus nous sommes tous d'accord, toute PT PSA requiert d'un travail analytique (Potamianou, 2004) dont la portée dépend d'une multitude de facteurs, et dont la profondeur et la justesse déterminent l'étendue des régions psychiques chez l'analysant qui resteront finalement aveugles ou obscures.

mai 2007

Christophe Derrouch

Discussion autour du texte de Christo Joannidis, *Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique*

Monsieur,

Ces deux approches n'approcheraient-elles pas la même chose, par-delà les variations de cadre de contre-transfert ? N'y aurait-il pas seulement des différences d'actualisation (au sein de l'arène de transfert et de contre-transfert) d'une même réalité ?

Cette réalité psychique de l'analysant dont la présence latente en séance serait en partie fixée par les contraintes/libertés imposées/offertes par le cadre. Comme si l'espace de la rencontre organisait d'ores et déjà (en négatif de ladite arène, inscrite dedans) un champ néanmoins dynamique (pouvant toujours se modifier) des possibilités d'actualisation transférentielle de son psychisme.

La réalité ne peut-elle être extra-transférentielle et ressortir tout de même au psychisme de l'analysant ? Pouvant être, éventuellement, transférée plus tard. Une réalité finalement pas si externe que cela.

Dans ce(s) cadre(s) (psychanalyse et psychothérapie psychanalytique) mettant en présence, il est vrai, deux personnes

physiques, est-il clarifiant de discerner réalités interne et externe (à ces entités) ? Cette réalité psychique n'est-elle pas à la fois transversale par rapport à l'analysant et un de ses marqueurs les plus spécifiques ? Réalité transpersonnelle sans verticalité à connotation religieuse et spiritualiste ; elle transparait empiriquement au travers des médiations corporelles (ancrages de l'incontournable mythologie pulsionnelle) qui sont le support matériel de toute "constellation cognitive et affective (tant conscient qu'inconscient)", je vous cite.

Grâce aux qualités propres et partiellement variables du cadre, donner la possibilité à l'économie psychique du sujet de varier dans ses registres. Les régressions, quels que soient leur type et leur degré de profondeur, participent activement à cette « irrégularité du fonctionnement mental » éclairée de façon renouvelée par les développements sur la régrédience (régression formelle généralement accessible selon M. Aisenstein). Sujet processuel dans l'intersubjectivité mais déjà, au niveau intrapsychique, dans l'ouverture à l'altérité. Parfois clos dans une monade pour se défendre (les barrières autistiques, étanches) de l'angoisse suscitée par la symbiose (J. Bleger).

Pour une pratique travaillant avec le psychisme dont la transversalité relativise, sans les effacer, les entités, les frontières communément admises (tels la personne, l'individu), ne serait-il pas impossible de dire d'une différence centrale à un moment, qu'elle ne deviendra pas périphérique à un autre ? Ces différences ne prendraient-elles pas véritablement de sens et de consistance ad hoc que dans l'actualité de la séance et ne les perdraient-elles pas au moment de la réflexion théorique, hors séance, sur la technique ? Est-ce que le biais de l'implication de l'analyste dans

le processus a dès lors (en ce moment d'abstraction théorique) disparu ? Est-il redevenu simple observateur extérieur ? Est-il possible de discerner tout en étant concerné...?

Pour finir, je voudrais vous dire que je trouve ici matière à une réflexion qui nourrit ma pratique de la relation d'aide, bien qu'elle soit autre (en l'occurrence bénévole et ponctuelle, n'offrant pas un suivi).

Merci.

Eléana Mylona

Les lunettes de l'analyste

**Discussion autour du texte de
Christo Joannidis, *Psychanalyse et
psychothérapie psychanalytique***

La richesse du texte de Christo Joannidis et la pléthore de questions qu'il suscite m'incitent à lui proposer quelques réflexions. Je ne connais pas l'auteur, mais après avoir lu dans le commentaire de Madame Aristéa Skoulika qu'il a une formation à la fois d'analyste et de psychothérapeute, trois questions m'étaient imposées :

- Pourquoi un analyste ayant reçu une formation à la pratique des traitements analytiques dits psychothérapeutiques a le besoin de soutenir l'indépendance et l'autonomie de cet type de pratique au

point d'affirmer la nécessité de la différencier jusqu'à l'inscrire exclusivement aux sociétés de psychothérapeutes strictement formés à cette pratique ?

- Comment un analyste peut différencier à ce point son identité et sa pratique dans les traitements psychothérapeutiques de celles dans la cure-type où justement les principes psychanalytiques du fonctionnement psychique, quels qu'ils soient, trouvent leurs modalités d'existence ?

- Est-ce que le professionnel dont parle Christo Joannidis qui pratique des traitements thérapeutiques est formé à l'analyse cure-type ?

Le débat que l'auteur propose se désigne entre deux versants de la pratique analytique, entre la psychanalyse cure-type et la psychothérapie, examinés du point de vue du contre-transfert, deux termes d'origine grecque, et je propose d'y ajouter un troisième : l'éthique.

L'auteur en effet propose une différenciation rigoureuse entre les deux pratiques au nom d'une éthique professionnelle. Il dénonce, par exemple, la mauvaise conscience, voire la mauvaise foi, de celui qui « usurpe un titre qui ne lui est pas donné, à titre d'exemple un psychanalyste qui se fait appeler psychothérapeute ». A noter qu'avant d'arriver à l'utilisation du titre du psychothérapeute, il serait utile d'explicitier de quelle psychothérapie psychanalytique il est question. Comme lui-même le souligne, il y a plusieurs types de psychothérapie qui se réclament psychanalytiques, presque autant que des psychothérapeutes. Il s'avère donc nécessaire d'explicitier la pratique de la psychothérapie psychanalytique, même si une

définition est inaccessible.

Et cela parce qu'il y a plusieurs nuances qui dessinent le tableau de cette pratique. A ce titre rappelons-nous Freud et sa métaphore de la couleur des lunettes avec lesquelles nous regardons le monde. La couleur de nos lunettes peut apporter des nuances sur le paysage et ses éléments constitutants, alors que la cartographie reste intacte. Ainsi nous pouvons percevoir ces éléments, le cadre, le processus et le contre-transfert avec des différentes nuances. Permettre des nuances c'est approfondir ce qui se passe dans une analyse pour l'enrichir et la garder vivante.

Au préalable il semble nécessaire de souligner certains glissements sur lesquels nous n'allons pas cependant nous attarder, sauf pour signaler les ambiguïtés (la confusion voulue et fertile dit l'auteur) qui en résultent et risquent de dérouter et donc clore la discussion :

1. Dispositif, cadre et contre-transfert

L'auteur prend des distances avec les considérations d'ordre phénoménologique : ce n'est pas le dispositif matériel, ni le cadre concret, mais, le contre-transfert qui détermine le débat. Ce point est tout à fait essentiel, mais j'aimerais ajouter une autre tonalité. En effet, il est acquis, depuis longtemps maintenant, que le système référentiel de la psychanalyse est la pratique analytique régie par le repère contre-transfert. Au sujet donc des paramètres de technique évidente, le contre-transfert, plus que dispositif, serait au cœur du débat, et ainsi le centre de gravité se déplace sur l'analyste. Voici donc une nuance que je lui propose : selon M. Neyraut, « un paradoxe du contre-transfert » doit être envisagé, « que l'on puisse à la fois le concevoir comme précédant la situation

analytique proprement dite (analyse didactique préalable, formation, gauchissements ou orthodoxies de tout ordre) et ne prenant sa vraie dimension que d'être confronté aux sollicitations internes nées de la situation analytique ». Au même titre que la formation, l'école, la théorie et le style de l'analyste font partie de son contre-transfert, le dispositif et le cadre aussi.

Nous pouvons donc ne pas écarter tous ces éléments du débat, mais les envisager, pas comme éléments phénoménologiques bien sûr, mais comme partie intégrante du contre-transfert. A ce point on pourrait ajouter que la réflexion-même proposée par l'auteur serait infléchie par la conception de l'analyse d'une société déterminée, sa société, son analyse personnelle, sa formation etc.... De ce point de vue, la réflexion de l'analyste sur le contre-transfert, de tout analyste, la mienne aussi, constituerait une pièce montée par son expérience, aussi bien précédant la situation analytique que née dans celle-ci. Il serait peut-être plus facile de comprendre et accepter cela si on prend comme exemple la conception singulière du contre-transfert dans la pratique lacanienne. Ceci nous amènerait à penser même que le contre-transfert, c'est ce qui reste non analysé dans l'analyse personnelle de l'analyste puisqu'il le remet dans son rôle d'analysant.

2. La psychothérapie psychanalytique et le profil du professionnel

a) Il semble que l'auteur oppose le travail du psychanalyste à celui du professionnel qui fait des psychothérapies et de ce fait, il n'est pas psychanalyste ou ne l'est plus. Au fond, l'auteur fait une comparaison entre le profil de l'analyste et celui du professionnel qui pratique des psychothérapies, tous les deux profils étant

imaginaires. C'est à se demander s'il faut entendre le terme imaginaire dans le référentiel lacanien ! Or, avant de faire la comparaison entre la psychanalyse que nous sommes tous censés connaître et la psychothérapie analytique, une étape intermédiaire serait intéressante, celle de l'exposition de la psychothérapie. En effet, quand nous avons une pratique d'analyste avec des pathologies du registre névrotique, état-limite et psychotique, auprès des adultes et des enfants, nous avons du mal à comprendre la conception de la psychothérapie psychanalytique que Ch. Joannidis évoque.

Voilà donc les questions que je lui pose :

- A quel modèle de psychothérapie psychanalytique il se réfère ? Définir la psychothérapie dans ses rapports avec la définition de Freud n'est pas suffisant, si l'on se souvient du deuxième point de la définition de la psychanalyse selon Freud, « une méthode (basée sur cette investigation) en ce qui concerne le traitement de désordres névrotiques ».
- Encore plus, comment comprendre une liste des écoles de pensée où la psychothérapie psychanalytique aurait une existence autonome, au même titre que la psychanalyse ?
- Qu'est-ce que veut dire « partager avec le professionnel qui pratique des psychothérapies des principes fondamentaux communs » (théorie, croyance en l'existence de l'inconscient et du transfert, de l'utilité de la neutralité et de l'interprétation) ?
- Et comment partager avec un non-analyste des principes fondamentaux de la psychanalyse quand ces principes fondamentaux sont consubstantiels à la situation analytique

classique et trouvent dans la cure-type leurs modalités et conditions, par excellence, d'existence ? Cette confusion voulue se trouve couplée par celle de sa conception de la personne qui pratique des psychothérapies. Car cette ambiguïté laisse la porte ouverte à la confusion sur l'identité de la personne qui pratique la psychothérapie psychanalytique. Cette même ambiguïté pourrait donner la possibilité de la pratique des procédés analytiques par un professionnel non-analyste. L'auteur prend le soin de le nommer professionnel et de définir aussi bien l'analyste et le professionnel par une liste des positions en négatif.

Quant au psychanalyste, comment peut-on dire qu'il ne connaît pas les positions en négatif, comment peut-on connaître les positions analytiques sans prendre les mesures de leurs penchants négatifs ? Freud nous le dit « comment faut-il que l'analyste procède ? Il devra passer, suivant les besoins, d'une attitude psychique à une autre, éviter toute spéculation... ». L'analyste (le patient aussi) est et reste un être humain qui comme « chaque individu », dit fort bien Alain Prochiantz, « est non seulement unique, mais à chaque instant différent de ce qu'il fut l'instant précédent et de ce qu'il sera dans l'instant qui suit. A l'inverse d'une machine, il s'inscrit dans la durée d'une histoire, bref, il n'est jamais parfaitement défini en tant qu'objet [...] permanent »

b) Il s'avère que la polarisation se fait entre cure-type et fonctionnement psychique qui ne relève pas de ce dispositif. L'auteur ne nous dit pas, mais nous laisse entendre qu'il se réfère à l'opposition du fonctionnement névrotique et de celui non-névrotique sans préciser, or cela n'est pas sans importance. Mais, il y a plusieurs types de fonctionnement psychique-autiste, psychotique, schizophrène, état-limite, opératoire, est-ce que,

pour autant, il faut autant de professionnels et d'écoles de pensée ? Cela renvoie au vieux débat autour des traitements des hommes par des analystes-hommes, des femmes par des analystes-femmes, des homosexuels par des analystes-homosexuels et des enfants par des analystes-enfants ! Bien sûr, il est très important, et à ce point intervient l'éthique professionnelle, d'avoir eu une formation supplémentaire pour pouvoir intégrer les modalités de ces différents types de fonctionnement psychique dans la pratique analytique. La seule chose qu'un analyste, ayant une pratique exclusivement de cure-type, peut partager avec un collègue qui pratique des traitements analytiques dits psychothérapeutiques, c'est leur référence commune à la situation analytique classique. C'est la situation analytique et leur inscription dans cette expérience qui permet l'échange et non pas l'adhésion à des pratiques identiques. L'échange ne signifie pas tautologie, ni expérience analytique identique, ni pratique similaire. Mais l'échange, pour pouvoir avoir lieu nécessite un lieu circonscrit, un site analytique, une matrice commune, que Freud a désigné étant l'analyse cure-type.

L'auteur s'inquiète de la prédominance de la réalité extérieure dans une psychothérapie. Quid des traitements des états-limite pour qui la réalité extérieure ne pose pas de problème, si elle n'est pas frustrante, mais dès qu'elle le devient, ils n'hésitent pas un instant à la gommer pour s'installer exclusivement dans leur réalité interne ? Quid des traitements des psychotiques avec qui nous avons à faire principalement avec la réalité psychique ? Autrement dit, la question ne se pose pas en termes de prévalence de la réalité externe en psychothérapie contre la prédominance de la réalité interne en psychanalyse, mais en termes d'équilibre entre réalité externe et interne, équilibre garanti plus ou moins

par le fonctionnement névrotique qui supporte les oscillations entre mouvements régrédient et progrédient. C'est à ce propos que la notion de la régression devient déterminante.

Passer d'une attitude psychique à une autre□. Ainsi le débat se pose d'emblée au niveau d'un contre-transfert « d'une qualité subjective différente de la partie consciente du contre-transfert » comme le dit bien M. Aisenstein (est-ce que dans le cas d'un non-analyste nous conserverons le même terme ?), et laisse sans intérêt l'indication. C'est à déduire qu'un non-analyste posera une indication de psychothérapie alors qu'il ne pourra pas évaluer les possibilités et proposer une analyse. Et comment faire l'indication s'il n'a pas la formation et la fonction d'analyste pour examiner la potentialité d'un patient de faire une analyse ? C'est à déduire que le contre-transfert amplement développé pendant le processus de la psychothérapie viendrait confirmer l'indication. Quid des transformations durables du cadre ? A savoir passage d'un face à face au divan-fauteuil, et pourquoi pas du passage du divan sur le fauteuil ?

Au-delà des considérations théoriques pertinentes et en même temps laborieuses de l'auteur, deux points semblent interroger la position prise par lui. Historiquement Freud a créé le dispositif divan fauteuil non pas pour priver le patient du support visuel de la personne de l'analyste, mais pour s'éloigner lui-même de la réalité du patient. Pour ne pas occuper dans la réalité la place de l'objet du transfert du patient. Cette modification a visé l'installation des coordonnées psychiques de l'objet interne aussi bien pour le patient que pour lui-même.□ Si nous nous référons au dispositif face à face d'un autre point de vue que celui de l'indication initiale, mais celle de la modification du cadre en

cours d'analyse pour des raisons techniques, nous trouvons le même geste de Freud, dans son versant négatif.

Nous pouvons aborder la question de l'analyse cure-type dans ses rapports avec la psychothérapie psychanalytique du point de vue des modifications du dispositif. Ainsi la réaction thérapeutique négative s'avère être un concept intermédiaire de ces deux types de la pratique de l'analyste.

Depuis Freud, le problème de la RTN n'a pas cessé d'interroger et de causer des soucis majeurs aux analystes. Quelques-uns posent la question du côté du patient : les limites de son analysabilité, la présence des traumatismes psychiques précoces ou graves dans son histoire, le masochisme, le sentiment de culpabilité inconsciente etc. La solution trouvée est souvent le changement de dispositif, et d'ailleurs la plupart du temps, il est question de réaction thérapeutique négative dans le cadre de la cure-type. Quelques-uns autres, souvent quand ils récupèrent un patient suite à un naufrage avec un collègue, posent des questions du point de vue de l'analyste : les particularités de son organisation psychique, sa propre analyse, sa pratique, surtout quand il s'agit d'un analyste d'obédience différente, mais souvent, par culpabilité ou extrême honnêteté, se posent des questions sur leur propre fonctionnement. Entre les deux, d'autres articulent les deux protagonistes sous la rubrique transfert-contre-transfert, la responsabilité est partagée, même si elle est induite par le patient.

En tous cas, souvent, la solution est un changement : d'analyste, de dispositif, de cadre, etc.

Cette solution à la fois a été inspirée et a inspiré des travaux qui portent sur l'articulation du type d'organisation du patient, du

dispositif de la cure et donc de l'indication et du maniement du transfert et contre-transfert. Nous n'allons pas prendre partie à cause de l'unicité de chaque cas, mais nous allons examiner la question sous un angle qui nous paraît intéressant pour nos propos.

Si la question de la RTN est souvent envisagée et traitée à travers le changement de la position allongée par la position face à face ou encore par un dispositif groupal (psychodrame), la perception visuelle et la position de l'analyste est au centre de nos préoccupations. Autrement dit, la présence (et sa nature) de l'analyste sont au cœur de la problématique du fonctionnement du patient.

En même temps, nous savons depuis Freud que le dispositif face à face a des conséquences aussi sur le fonctionnement de l'analyste. Freud nous dit avoir procédé au dispositif divan-fauteuil à cause de sa gêne devant l'adoration des patients, donc sa gêne à fonctionner librement sous le regard du patient. Freud nous dit également que le nouveau dispositif -ne pas être perçu- lui a permis une régression nécessaire pour que son écoute devienne flottante. Pour le patient le dispositif divan-fauteuil, qui également supprime la perception et la motricité, facilite la régression, l'association libre - à l'abri du regard de l'analyste - et le transfert. Au contraire, l'indication face à face est posée quand l'analyste estime qu'un patient ne peut pas supporter l'absence visuelle de l'analyste, qu'il a besoin de sa perception. Christo Joannidis insiste sur ce point. La question de la perception de l'analyste est traitée du point de vue du patient. Même dans le cas du passage de la position allongée à la position face à face, il est question du besoin de la perception visuelle de l'analyste par le

patient. A. Green, suite à Winnicott, décrit la situation où l'analyste n'est pas vécu « comme la mère » dans le transfert, mais « il est la mère ». Dans le premier cas, il y a un équilibre entre réalité externe et interne, qui permet le « comme ». Dans le deuxième cas, nous avons affaire exclusivement avec la réalité interne, alors que la notion de transfert est anéantie, paradoxalement, puisque justement il s'agit d'un transfert excessif, et justement le passage au face à face permet le rétablissement de la différenciation entre « l'analyste objet du transfert » et « l'analyste objet de réalité ».

Et du point de vue, c'est le cas de le dire, de l'analyste ? Ce changement influence aussi, qu'on le veuille ou pas, son fonctionnement, mais comment ?

Même si le dispositif divan-fauteuil est utilisé pour faciliter le fonctionnement du patient, encore de nos jours quelques fois, à tort ou à raison, l'indication est posée à cause de la gêne de l'analyste à être adoré ou surveillé, bref, vu par le patient. C'est-à-dire que l'indication du divan est posée pour faciliter aussi le fonctionnement de l'analyste. Est-ce que l'indication face à face peut être pensée aussi par rapport à son fonctionnement ? Dans ce cas, cela exprimerait le besoin de l'analyste de percevoir ce patient-là. Si nous poussons cette hypothèse plus loin, le passage du divan au face à face serait aussi la conséquence du besoin de l'analyste de percevoir visuellement ce patient à ce moment précis du traitement.

Comment peut-on argumenter cela ? Par l'identification au fonctionnement du patient est une réponse noble. Par identification projective aussi. Mais, les deux types d'identification diffèrent justement par rapport au fait que dans le premier cas

l'analyste procède par identification - désidentification, alors que, dans le deuxième cas, l'identification projective consiste à faire « perdre de vue » et rendre impossible la désidentification, puisque ce type d'identification conduit à l'indifférenciation sujet-objet. Cette non-différenciation annule le processus d'identification du sujet à l'objet et donc ne permet pas à l'analyste de procéder à la désidentification. L'analyste n'existe plus pour le patient, le patient n'existe plus pour l'analyste. L'appareil à enregistrer de l'analyste est immobilisé, paralysé et dans l'incapacité de fonctionner à partir de ces impressions psychiques.

« Voyons » cela de plus près. Lors de la séance, le patient ne voyant pas l'analyste transfère sur lui l'imgo et s'adresse à l'objet psychique. L'analyste à travers son propre objet psychique et la palette d'identifications à sa disposition, s'identifie à son patient. Une patiente boulimique à un moment avancé de son traitement (c'était sa sixième rentrée) commence sa séance en disant qu'elle n'a rien à dire. Si...elle a pensé en venant à sa séance que quand elle ne ressent pas la faim, c'est comme si quelqu'un lui manque (sic). Elle associe à la séance précédente, (la première séance de cette rentrée où elle a par ailleurs exprimé de façon très obstinée le souhait d'arrêter son traitement à la façon de la RTN) au souvenir du départ de son père à la rentrée. « Arrêter, dit-elle, partir, serait inverser la passivité et ne pas subir, le départ, la perte de l'autre aimé ». Elle parle de la recherche de plaisir qui reste toujours insatisfaite lors de moments où elle se nourrit et elle associe à son enfance et les moments de plaisir en famille autour de la nourriture que son père avait l'habitude de préparer. Je suis surprise de l'abondance des représentations visuelles, olfactives, auditives, tactiles : tous les sens sont convoqués.

Ayant moi-même une mère considérée comme une cuisinière très appréciée et investie dans cet aspect, ayant un panel très riche de représentations allant dans ce sens, je suis très étonnée devant l'absence dans mon réseau associatif, activé à ce moment, des représentations correspondantes. Un souvenir seulement me vient, celui d'un plat grillé qui, par ailleurs, a suscité beaucoup de discussions à cause de son caractère exceptionnel. L'image d'une mère distraite qui désinvestit et fait griller le plat m'amène à penser que la mère de ma patiente est absente de ces souvenirs et je le lui fais remarquer. En effet, elle ne se souvient pas de sa mère faisant la cuisine. Nous allons donc être amenées à penser que le départ de son père l'a doublement affectée : en tant que perte de l'objet d'amour mais aussi en tant que perte de l'objet qui palliait les failles d'investissement maternel à son égard. Par la suite, elle parlera d'une mère déprimée, suite à la séparation du couple, et de sa propre culpabilité de continuer d'être aimée par ce père qui n'aimait plus sa mère.

Nous n'allons pas nous étendre davantage sur ce cas. Cependant, il nous semble important de rester un moment sur la convocation, faite par la patiente, du mauvais aspect de l'objet, de la mère distraite qui ne l'investit pas. Pour entendre et permettre que cette convocation soit positivement abordée, il a fallu que les mauvais aspects de la mère suffisamment bonne soient accessibles. Car au fond, un objet pour secourir psychiquement le sujet, doit être suffisamment bon, c'est-à-dire bon et mauvais, satisfaisant et frustrant. Que l'objet soit bon et mauvais signifie qu'il nous investit, qu'il nous apporte des satisfactions et des frustrations, en tout cas nous existons pour lui. Il n'y a pas plus mauvais objet que celui aux yeux de qui nous sommes indifférents. Quant à la psychanalyse, en tant qu'objet, elle peut

nous décevoir devant des situations où nous nous apercevons des failles, mais elle peut rester un objet aimé.

Merci beaucoup à Christo Joannidis qui avec sa proposition m'a rappelé à quel point il est vital de garder les nuances de l'investissement que nous portons à la psychanalyse et à la pratique qu'elle nous permet.

14 juin 2007

Réponse de Christo Joannidis aux interventions à propos de son texte *Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique*

J'ai eu le grand plaisir de lire les commentaires enrichissants de Mme Aisenstein, Mme Skoulika, Mme Mylona et M. Derrouch qui font avancer ce dialogue multiple.

Le but de mon article n'est pas de nier la multiplicité des phénomènes inconscients d'une psychothérapie, ni de négliger l'évolution de la technique, ni même l'utilisation d'autres éléments des sciences voisines, mais de souligner les changements cruciaux et innés de l'attitude-engagement contre-transférentiel (la profondeur de la régression formelle y compris) du thérapeute aux différents processus.

Strachey lui-même, depuis 1934 a mentionné l'attitude défensive du psychanalyste à éviter les interprétations du transfert dans le présent et avoir recours à l'intellectualisation, en se leurrant que

cela est dans le cadre d'une analyse « juste ». Les raisons pour lesquelles une société psychanalytique n'aurait pas accepté un candidat en analyse personnelle une fois par semaine ou face à face, ou bien un cas de contrôle deux fois par semaine, est dû au fait que nous ne croyons pas vraiment à cette équivalence-convergence (ou toute sorte d'attitude et réflexion de l'analyste est de la psychanalyse, indépendamment des différences de la technique). □ Ce serait dommage si le dialogue était restreint à l'utilisation simplement des appellations diverses pour ces déviations imposées au cadre classique que tous reconnaissent : ce que certains appellent une « analyse non classique » pour souligner cette différence, les autres l'appellent « psychothérapie psychanalytique » et d'autres encore (Otto Kernberg dans son article de 1999) désigne certaines thérapies aux « interventions différentes », comme « psychothérapies de soutien d'inspiration psychanalytique ».

En attendant la suite...

17 juin 2007