

D'Œdipe à Narcisse. Une perspective historique et psychopathologique

Auteur(s) : Vassilis Kapsambelis

Mots clés : caractère (pathologies) - castration - culpabilité - dépressions - états-limite - honte - Narcisse - narcissiques (pathologies) - Œdipe - personnalité (troubles) - punition - société (changements)

Conférence d'introduction à la psychanalyse du 13 décembre 2012 sous le titre *L'organisation Œdipienne des états-limite*, donnée à partir de l'article *D'Œdipe à Narcisse. Une perspective historique et psychopathologique*, publié dans la revue *Confrontations psychiatriques*, n° 49, pp. 45-61, 2010.

Depuis trois ou quatre décennies, de nombreux cliniciens signalent une augmentation des pathologies de type état-limite, dans toutes les formes et variantes d'acceptation de ce terme, au détriment des pathologies névrotiques classiques ou « traditionnelles ». « *Il n'y a plus de névroses* », s'entend-on dire assez souvent, par les collègues aussi bien d'exercice public que privé, et cette conviction semble être partagée par de nombreux psychanalystes. En deux mots, il y aurait, au cours de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, comme un déplacement de masse « *d'Œdipe à Narcisse* ».

Il n'y a pas de raisons de réfuter d'emblée une telle affirmation. Les pathologies mentales ne forment pas des entités aussi fixes ou immuables que celles du reste de la médecine ; elles ne s'appuient pas sur des modèles biologiques établissant des étiopathogénies aussi limpides que celles d'une infection microbienne ou d'une anémie. Du reste, les entités nosographiques des pathologies somatiques sont-elles, de leur côté, aussi immuables qu'elles apparaissent de prime abord ? N'y a-t-il pas de nouveaux regroupements, issus de données de la recherche (par exemple, on a vu progressivement disparaître la différence entre « démence sénile » et « démences préséniles », lorsque les lésions de type Alzheimer se sont avérées globalement identiques dans ces deux catégories). Et même, n'y a-t-il pas découverte de nouvelles pathologies - par exemple de nouveaux virus ? Les pathologies mentales - du moins, les pathologies non psychotiques - sont à l'évidence en rapport avec les grands mouvements et changements sociétaux, de la même façon que la maladie mentale est à l'évidence le fruit de la conjonction d'un être biologique et d'un être de relation (la conjonction même qui a fondé un champ scientifique spécifique, celui du psychisme humain). Pourquoi les névroses ne seraient-elles pas le fruit d'une certaine organisation familiale, dont le modèle appartient à une certaine époque de l'évolution du monde occidental, ou même s'inscrit à une certaine classe sociale, comme certains ont pu le penser ? Pourquoi n'assisterait-on à des « mutations » psychopathologiques, en rapport avec des bouleversements sociologiques ?

Toutefois, avant de s'aventurer sur ces terrains qui ne sont pas du domaine de compétence de la psychopathologie, il convient d'étudier d'autres raisons, davantage internes à l'évolution de la pensée psychiatrique et psychopathologique, qui détermineraient

ce déplacement supposé « d'Œdipe à Narcisse ». Or, de telles raisons, il y en a ; il y en a toujours eu dans l'histoire des sciences, et ceci est d'autant plus valable pour la psychiatrie, qu'elle reste encore relativement « fluide », comme en témoignent les remaniements successifs, et toujours en cours, de ses systèmes nosographiques. De ces raisons, nous en examinerons trois : a) le changement du découpage nosographique, b) la modification du regard psychopathologique, c) l'effet épidémiologique, avant d'émettre en conclusion quelques prudentes hypothèses sur des changements sociologiques qui pourraient rendre compte de ce mouvement « d'Œdipe à Narcisse ».

Le changement du découpage nosographique : l'invention de la dépression

Par rapport à la psychiatrie de la fin du 19^{ème} siècle, celle qui a établi la nosographie des névroses à peu près telle que nous la connaissons aujourd'hui, celle du 20^{ème} est caractérisée par au moins un changement majeur : *l'invention de la dépression*. Le terme d'*invention* peut surprendre ; il est pourtant tout à fait approprié. Pour s'en convaincre, il suffit de consulter deux traités majeurs de psychiatrie de la fin du 19^{ème} siècle, appartenant aux deux langues principales qui construisent à l'époque la nosographie psychiatrique, l'allemand et le français.

Le Manuel de psychiatrie clinique pour médecins praticiens et étudiants de Richard von Krafft-Ebing a connu plusieurs éditions

depuis la première, en 1879. Sa 5^{ème} édition est parue en français en 1897, sous le titre de *Traité clinique de psychiatrie*. La notion de « dépression » en tant qu'entité clinique, en donc en tant que chapitre, ne figure pas dans cet ouvrage volumineux de plusieurs centaines de pages. Le terme de dépression lui-même en est pratiquement absent ; il n'y apparaît que deux fois, toujours en rapport avec la mélancolie (qui, elle, occupe une place importante). Krafft-Ebing ne nie pas l'existence de « cas de maladie légère et passagère » dans la mélancolie. Mais il précise un point très important (p. 65), sur lequel nous reviendrons : « La dépression morbide et douloureuse est en elle-même sans objet. Dans les cas de maladie légère et passagère, elle garde ce caractère et on la considère aussi comme morbide. À mesure que sa maladie progresse et que son esprit s'obscurcit davantage, le malade cherche à motiver sa dépression morale et, comme il en voit la cause partout ailleurs (monde extérieur, rapports sociaux antérieurs, etc.) plutôt que dans une affection de son système nerveux central, il en arrive à s'expliquer par de fausses raisons son état d'esprit ».

Le *Précis de psychiatrie* d'Emmanuel Régis a connu plusieurs éditions depuis 1887. En feuilletant sa troisième édition (1906), on rencontre peu le terme de « dépression » ; ici non plus, on ne retrouve pas d'entité nosographique ou chapitre portant ce nom. En revanche, le terme fait partie des chapitres introductifs du volume, ceux de la séméiologie, et y figure comme le contraire de *l'excitation*. L'auteur prend soin d'ôter toute valeur nosographique à ces deux termes (p. 114) : « La question de savoir si l'excitation et la dépression doivent désigner simplement les modes d'expression extérieure des états psychopathiques émotifs ou comprendre en même temps ces derniers, c'est-à-dire embrasser à

la fois l'action et la réaction, la cause et l'effet, ne saurait être douteuse pour nous. Nous ne pensons pas que ces termes doivent s'appliquer en bloc aux modifications psychiques et à leurs signes traducteurs ; ce serait leur donner une extension telle qu'ils engloberaient la symptomatologie à peu près entière de la maladie et deviendraient presque synonymes de manie et de mélancolie. Excitation et dépression doivent seulement exprimer, à notre sens, le type caractéristique des réactions émotives de la manie et de la mélancolie, en sous-entendant nécessairement l'état cénesthésique auquel elles se rattachent. »

Il est aisé de mesurer combien on est encore loin, à la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème}, de l'omniprésente « dépression » actuelle. En conjuguant les explications des deux auteurs, on comprend : premièrement, que le terme de dépression en tant que qualificatif d'un état clinique, d'une entité nosographique, est superflu, étant donné l'existence du terme de mélancolie ; deuxièmement, que ce dernier terme s'applique naturellement aux « dépressions sans objet », et que, si dépression avec objet il y a - si les événements de vie ou autres vicissitudes de l'existence conduisent à des affects ou réactions dépressives -, celles-ci ne font pas partie d'une nosographie ; troisièmement, que le terme de « mélancolie » désignant déjà ce dont il est question au plan nosographique, le terme de dépression pourrait exprimer ce qu'il signifie littéralement, à savoir un « abattement », un « affaissement », une « asthénie », manifestation générique « transnosographique », dont le sens est opposé de celui d'excitation.

Or, il se trouve que c'est bien ainsi que Freud l'entend aussi. Les *Études sur l'hystérie* qu'il publie avec Joseph Breuer en 1895

décrivent de façon détaillée plusieurs cas cliniques, qui ne manquent ni de manifestations de tristesse et d'abattement, ni de pleurs et de désespoir. La clinique « dépressive » y est donc omniprésente, et pourtant un tel diagnostic ne semble même pas traverser l'esprit des auteurs : dans la mesure où les jeunes femmes qui y sont décrites ne sont à l'évidence pas mélancoliques, leurs manifestations dépressives ne sont rien d'autre que, comme le dirait Régis, « les modes d'expression extérieure des états psychopathiques émotifs », et ne posent aucune question de diagnostic différentiel avec celui d'hystérie, qui est argumenté par les deux auteurs.

À partir de quel moment la « dépression » cesse d'être une manifestation symptomatique de valeur générique pour devenir une entité nosographique à part entière, c'est-à-dire pour être « inventée » telle que nous la connaissons aujourd'hui ? Il est probable que deux moments marquent cette progressive évolution. Le premier est la définition par Kraepelin de la « folie maniaque-dépressive » ; le second est la monographie de Freud sur le deuil et la mélancolie.

Kraepelin n'est pas celui qui a identifié la maladie maniaco-dépressive ; d'autres auteurs avaient décrit, avant lui, cette folie « à double forme » ou « circulaire ». Sa spécificité est autre : en établissant, d'un côté un grand groupe de pathologies dont le prototype est la démence précoce et l'épicentre le *trouble de la pensée*, de l'autre côté un groupe de pathologies dont le prototype est la maladie maniaco-dépressive, il désigne l'épicentre de ce deuxième groupe, à savoir le *trouble de l'humeur*. Cette tendance ne fera que se confirmer par la suite, dans l'évolution des systèmes nosographiques, qui aboutiront finalement à une

autonomisation des troubles thymiques par rapport, et aux pathologies névrotiques, et aux pathologies psychotiques. Cette autonomisation permettra pour la première fois à la dépression de se détacher de la mélancolie pour acquérir une place nosographique à part entière. Le terme utilisé par Kraepelin, « dépression » et non pas « mélancolie », est déjà évocateur. Mais Kraepelin formulera de façon encore plus explicite cette extension délibérée du champ de la psychopathologie des troubles thymiques. Dans le début du chapitre 11 du troisième volume de la huitième édition de son *Traité* (édition 1913), il précise bien qu'il range dans cette catégorie, d'une part la manie, la mélancolie et leur forme circulaire, d'autre part « certaines dispositions d'humeur plus ou moins accentuées, tantôt passagères, tantôt durables, qu'on peut regarder en un sens comme le premier degré de troubles plus graves et qui, d'un autre côté, se fondent sans limites tranchées avec l'ensemble des dispositions naturelles de l'individu » (p. 24). C'est parmi ces « dispositions d'humeur » aux limites mal définies que va se ranger cette nouvelle entité nosographique qu'est la « dépression », dans sa différence avec la classique mélancolie.

C'est pratiquement à la même époque, en 1915, que Freud rédige sa monographie sur *Deuil et mélancolie*. Certains ont pu considérer que, si Freud devait écrire aujourd'hui ce texte, il l'aurait sans doute intitulé : deuil, dépression et mélancolie. Rien n'est moins sûr : car, en fait, dans ce texte, le deuil est la dépression. Elle est cette dépression ordinaire, non mélancolique, ce trouble qui « se fond sans limites tranchées avec l'ensemble des dispositions naturelles de l'individu » (pour reprendre la formulation de Kraepelin), cet état de l'humeur qui, quelle que soit son intensité de souffrance, ne méritait pas encore, quelques

années auparavant, une place nosographique à part entière, car - Krafft-Ebing l'énonce avec clarté - il n'était pas « sans objet ». On mesure alors le chemin parcouru. La psychiatrie du 19^{ème} siècle demande aux nosographies d'homologuer seulement ces manifestations cliniques, dont l'absence d'objet identifiable range du côté de la pathologie et non pas du côté des aléas de la vie ; en vertu de quoi, les hystériques de Freud sont bien des hystériques, et non pas des « troubles de l'humeur ». Kraepelin étend le champ : toute manifestation qui s'écarte d'une normalité (qu'on devine chez lui sourcilleuse et restrictive) est pathologique, et du reste, la question de l'objet ne se pose pas : pour lui, toutes ces manifestations relèvent « d'un même processus pathologique » (l'argument même qui sera forgé, plusieurs décennies plus tard, à partir de l'expérience des effets des antidépresseurs). Freud fait le chemin inverse. Non pas qu'il s'intéresse particulièrement à la nosographie - bien qu'ayant contribué de façon décisive à celle des névroses. Mais il part d'une psychopathologie exclusivement basée sur le jeu des pulsions et des défenses contre elles, dans laquelle l'objet est « contingent », pour aboutir progressivement à l'idée que celui-ci peut jouer un rôle important, non seulement là où on l'attendait - dans le deuil, dans la dépression - mais aussi là où on ne l'attendait pas : dans la mélancolie. Et que, par conséquent, *toute* la psychopathologie pourrait potentiellement être reformulée à partir de la relation sujet - objet.

La modification du regard psychopathologique : la

« découverte » de l'objet

On se retrouve donc, au cours de la première moitié du 20^{ème} siècle, avec une clinique - celle des dépressions, dissociées du seul cas de figure de la mélancolie - qui se soutient d'un nouveau regard psychopathologique : celui qui inclut l'objet dans l'étude de la pathologie du sujet. Andrée Green, dans *La folie privée* (1990, p. 51) résume parfaitement cette nouvelle situation du regard clinique : « La logique [...] des processus primaires était d'une certaine manière fondée sur un couple d'opposés constitué par le désir d'une part et l'interdit de l'autre. Quant à l'objet du désir, il ne semblait pas que le sujet se posait des questions décisives à son endroit : on peut supposer que si l'interdit pouvait être levé, rien ne s'opposait à une union heureuse avec lui. En somme, il n'était concevable que l'objet puisse ne pas aimer le sujet et a fortiori qu'il puisse le haïr. Dans cette optique, la logique des processus primaires est une logique d'espoir qui fait triompher le désir. Il en va tout autrement dans ce que nous avons appelé la logique du désespoir. Dans ce cas, ce n'est pas l'interdit qui est au premier plan, c'est l'objet. Si une union heureuse avec lui est vécue comme impossible, c'est, dans l'esprit du sujet, parce que lui ne peut se sentir aimé de l'objet, ou aimer l'objet ».

Cette modification du regard psychopathologique entraîne deux conséquences majeures, et solidaires : d'une part, une expansion considérable des recherches portant sur les pathologies en rapport avec la relation sujet - objet, dont l'une des conséquences sera la constitution du champ des « *troubles de la personnalité* » ; d'autre part, une certaine *désérotisation* du regard clinique.

C'est à partir des années 1940 - 1950 que les travaux cliniques se

multiplient sur les pathologies de la relation sujet - objet. La liste est longue, il n'est possible que de la parcourir à grands traits, en rappelant l'introduction de termes qui restent toujours très utilisés dans le quotidien de la clinique. Les articles de René Spitz de 1945-1946 proposent les notions d'« hospitalisme », de « dépression anaclitique » et d'« anaclitisme » pour rendre compte d'une pathologie d'allure dépressive, liée à la carence affective d'un « objet anaclitique » : l'enfant se trouve privé de l'étayage, de l'« appui contre » (*anaclisis* en grec) nécessaires à la constitution du moi et au développement de la personnalité (Spitz, 1968). Le travail de Germaine Guex sur *La névrose d'abandon* (1950) popularisera des termes comme l'« abandonnisme » et la « personnalité abandonnique ». Dans les années 1950, Michael Balint (1968) développe ses idées sur le « défaut fondamental », une faille précoce dans la constitution de la personnalité, en rapport avec un environnement qui n'a pas su comprendre les besoins du bébé et s'y ajuster. À peu près à la même époque, Heinz Kohut commence ses travaux sur le traitement des « troubles de la personnalité narcissique » et développe sa conception du « soi » (*self*). Dans la même foulée se situent les recherches de Donald Winnicott, dont il est inutile de rappeler ici les travaux sur le « milieu facilitant », sur le « portage », sur l'« espace transitionnel » comme expérience de l'entre-deux (entre le bébé et l'objet) qui étayera pas la suite l'autonomie et la créativité du sujet, et sur les manifestations cliniques de l'échec de ces développements : le « faux self » comme façade protectrice et hyperadaptée d'une vie relationnelle peu affective et authentique, protégeant le « vrai moi » des menaces d'effondrement et de l'« agonie primitive » (Winnicott, 1974). Plusieurs auteurs contemporains (Otto Kernberg, André Green, René Roussillon...) prolongent, directement ou indirectement, ces

travaux.

Or, du point de vue de notre propos ici, cette modification du regard clinique s'accompagne d'un développement considérable d'une psychopathologie, et d'une clinique, qui étaient encore plutôt marginales dans la psychiatrie du 19^{ème} siècle : les *troubles de la personnalité*. En effet, peu d'auteurs avant Freud avaient étudié ce domaine. Freud l'a fait, comme on sait, à travers l'étude du développement pulsionnel et des *traits de caractère* qu'imprime sur la personnalité la défense contre la pulsion ; cette partie de sa théorie s'accompagne d'ailleurs d'une différenciation assez rigoureuse entre *symptôme*, manifestation d'un compromis entre forces antagonistes, et *trait de caractère*, formation réactionnelle ne comportant plus les qualités d'équilibre dynamique qui caractérisent le symptôme proprement dit.

En passant par la relation sujet - objet et en étendant les hypothèses et les recherches sur les premières relations, donc sur la genèse de la personnalité (sujet, moi, soi, selon les terminologies), ce nouveau regard clinique introduit en psychopathologie, non plus des « entités cliniques » (des « maladies »), mais des « *façons d'être* » dans le monde et dans les rapports avec soi-même et avec autrui. Tel est d'ailleurs le paradoxe de cette modification du regard clinique. En mettant l'accent sur l'objet (et sur la relation moi - objet), cette nouvelle approche pourrait sembler privilégier l'actuel et le « traumatique » ; ce qui est d'ailleurs exact, comme on le verra par la suite. Mais en étendant sa recherche sur les premières relations moi - objet, tout en maintenant toujours l'accent sur l'importance de l'objet, elle étudie la façon dont l'objet a *façonné* le sujet ; de ce fait, on passe d'un « trouble du caractère »

traduisant le travail de réaction face aux exigences pulsionnelles, à un « trouble de la personnalité » indiquant (et en un sens *dénonçant*) les errements et manquements de l'objet ayant la charge du sujet lors de ses premières années de formation psychique.

Quoi qu'il en soit, le déplacement du regard vers l'objet, et de l'objet vers la formation de la personnalité du sujet (et de l'influence de l'objet sur celle-ci), introduit imperceptiblement deux changements majeurs : d'une part, nous changeons d'échelle, d'autre part, nous changeons de paradigme thérapeutique. Nous changeons d'échelle, car sur une population donnée, à un moment donné, la maladie est l'exception, et la santé est la règle (un état dépressif, sauf accident, s'achemine vers sa résolution, même en l'absence de toute thérapeutique). Avec le concept de « personnalité pathologique », un nombre très important de sujets rejoint de facto le modèle médical de la maladie ; qui plus est, le référentiel naturel n'est plus en l'occurrence celui de la maladie en tant qu'*épisode*, mais celui de la maladie *chronique*. Mais nous changeons également de paradigme thérapeutique, car toute référence au retour à un état antérieur - socle plus ou moins idéal de tout traitement au sens médical du terme - s'avère ici inopérante : la « maladie », ici, n'est pas venue déséquilibrer et rompre l'existence ordinaire du sujet, elle est constitutive de cette existence. Nous reviendrons sur le point.

Enfin, l'autre conséquence de ces élaborations est une *désérotisation du regard clinique*. Cette évolution n'est pas sans rapports avec le passage du « symptôme » au « trait de personnalité ». Dans le cas des états dépressifs, ce point est

particulièrement sensible ; il conditionne deux lectures de la « perte d'objet », dont la seconde se trouvera désormais privilégiée. Selon la première, la perte d'objet s'analyse comme un désir non réalisé ; elle est donc comprise comme une pulsion à la recherche d'un objet et (ou) d'une nouvelle orientation de ses buts ; elle se comprend aussi, naturellement, en termes de castration. Mais selon la seconde lecture, la « perte d'objet » apparaît surtout comme une menace pour du moi : menace qui n'est pas, certes, toujours celle d'une désagrégation ou d'une aspiration du moi par le néant, mais qui, même dans les problématiques névrotiques, va colorer la lecture que le clinicien fera du matériel selon la perspective du défaut, de la défaillance, du « manque à être » plus que du « manque à avoir » : il s'agit de constater ce qui, du fait de l'objet tel qu'il est ou qu'il a été, conduit le moi à une dégradation de sa cohésion, ou de sa solidité dans l'adversité, ou de son estime de soi. Une brève vignette clinique illustrera ici le propos.

Une femme d'une trentaine d'années vient me voir pour demander une psychothérapie. Elle est mariée, elle exerce une profession présentée comme moyennement intéressante, elle a deux enfants en bas âge et sa vie de couple ne comporte pas de difficultés majeures. Elle se sent plutôt déprimée depuis quelques mois, elle ne souhaite pas prendre de médicaments comme son généraliste le lui a proposé, elle était déjà intéressée par l'analyse, elle se dit donc que c'est le moment d'y aller ; elle met le tout sur le compte de la séparation de ses parents, survenue trois ans auparavant, événement qui l'a surprise et « choquée », ayant toujours eu le sentiment qu'elle avait été élevée par un couple parental

harmonieux.

Le travail analytique se déroule de façon assez ordinaire, et au bout de quelques mois, un premier tableau général semble se dessiner. La patiente parle souvent de son métier, qu'elle n'aime pas beaucoup, et qu'elle a trouvé à la suite des études qui n'ont pas été très exaltantes, mais qu'elle a décidées après un baccalauréat pourtant obtenu avec mention. Elle parle aussi beaucoup de sa mère, pour laquelle la séparation s'avère plus difficile que prévu, ce qui est également une surprise, car la mère a toujours été une femme très séduisante et extravertie, pleine d'entrain et de vitalité, et généralement considérée capable de s'en sortir dans toute sorte de difficultés. Et puis elle dit qu'à l'âge de 18 ans elle aurait peut-être souhaité faire d'autres études, plus exigeantes intellectuellement et débouchant sur des métiers plus intéressants, mais que sa mère l'en avait dissuadée : il s'agissait d'études trop longues, trop difficiles... Peut-être sa mère pensait-elle qu'elle n'en avait pas les moyens intellectuels pour y parvenir ? Et d'ailleurs elle se demande bien comment sa mère pourrait-elle penser d'elle une chose pareille, puisqu'elle a toujours été une excellente élève. Et on assiste ainsi au déploiement, sur une série de séances, d'une problématique qui explore cette absence d'étayage de la part de la mère, d'une sorte de regret et de discrète récrimination face à une mère qui sans doute ne croyait pas tout à fait en elle (à sa fille), et qui, par son intervention, exprimait peut-être l'idée qu'elle ne la pensait pas capable d'être à la hauteur des ambitions qu'elle semblait avoir.

Il me revient alors à l'esprit que, quelques mois auparavant, lorsqu'elle racontait comment ses parents se sont rencontrés et mariés, très jeunes tous les deux, et comment son père avait été ébloui par la beauté de la mère, réputée dans tout leur cercle familial et amical, la patiente avait ajouté de façon tout à fait incidente que, lorsqu'elle avait 18 ans, la famille et les amis du couple disaient qu'elle était très belle et que surtout elle avait exactement le genre de beauté qu'avait sa mère lorsqu'elle était jeune, donc à peu près à l'époque où elle a rencontré son futur mari. Autrement dit, qu'au moment du baccalauréat, elle avait tout de la beauté et de l'attractivité de sa propre mère, vingt cinq ans auparavant. Je lui rappelle alors cette phrase, ce qui entraîne aussitôt l'association suivante : « Mon père a été déçu que je ne fasse pas les études que je voulais faire à l'époque ». C'est dans les séances qui suivront qu'apparaîtra ce qui semble bien être le véritable point de départ du mouvement dépressif qui a conduit à la demande de psychothérapie. En effet, la patiente a toujours pensé que ses sentiments dépressifs étaient en rapport avec la séparation de ses parents, qui avait eu lieu, comme on l'a vu, trois ans auparavant ; mais c'est seulement depuis quelques mois qu'elle était déprimé ; or, c'est effectivement depuis quelques mois qu'elle avait appris que son père, après deux ans de séparation, fréquentait une nouvelle femme.

Il n'est pas nécessaire de développer davantage cette courte évocation clinique pour apprécier le mouvement qui est en jeu. Le sujet, venu consulter pour des sentiments dépressifs, se trouve à reprocher à sa mère de ne pas l'avoir soutenue dans une certaine

direction de sa vie, de ses études, de ses propres objets narcissiques. On peut en rester là, on peut associer sur les raisons pour lesquelles cette mère ne semblait pas croire suffisamment en sa fille, et on peut aussi s'orienter, à partir de cette trace certes minime, vers une interrogation sur la nature de cette défaillance de l'objet primaire à soutenir le moi du sujet au moment de sa sortie d'adolescence et d'engagement dans la vie adulte. Néanmoins, le fait de proposer un lien avec un autre élément, également contenu dans le discours du sujet, mais néanmoins non présent dans sa conscience au moment où se déploie la problématique du soutien défaillant, permet d'ouvrir une association immédiate sur le troisième terme de la relation, et donc d'introduire la dimension de l'Œdipe, bien masquée jusqu'alors par celle de Narcisse. Pour dire quoi ? Pour dire que *le père a été déçu*. Et voilà comment ce qui peut apparaître à première vue comme une clinique de la déception narcissique et de la défaillance du premier objet se dévoile immédiatement comme une érotisation de ces études que la mère n'avait pas soutenues - ces études « qui auraient fait plaisir au père » - et montre toute la culpabilité œdipienne qui a conduit le sujet à y renoncer.

On peut observer ici, en quelques associations et propos formulés en séance, le point de bascule entre une pathologie, une problématique, une série d'associations qui nous entraîne du côté « narcissique », vers une autre série d'associations qui nous conduit au cœur de la problématique œdipienne. Ce qui permet de voir dans l'échec (relatif) de la vie professionnelle de cette patiente, non pas une « honte » (qui, selon les cas, deviendra problématique dépressive interminable, ou rumination rancunière à l'égard de la mère), mais une *punition* (et même en l'occurrence

une autopunition, au sens d'une autolimitation). Il s'agit bien de séduire le père, et donc il s'agit bien de l'angoisse devant l'idée que ceci est possible. C'est la raison pour laquelle il faut choisir des études qui ne sont pas tout à fait à la hauteur du sujet, ce qui lui permet d'apaiser l'angoisse au prix d'une « déception » du père (et d'elle-même). Ce qui lui permet aussi par ailleurs de dire que c'est à cause de la mère que ces études n'ont pas eu lieu, ce qui du reste est strictement vrai d'un certain point de vue, puisque c'est aussi pour ne pas entrer en concurrence avec elle que ce chemin a été évité. Il est possible que la clinique actuelle du « trouble de la personnalité » serve aussi à éliminer ce qui, dans la découverte freudienne, a été son élément le plus scandaleux, à savoir la sexualité : regarder du côté de Narcisse est *aussi* une façon d'éviter l'érotisme d'Œdipe.

L'effet épidémiologique : l'élargissement du champ clinique et l'accueil de « nouvelles » pathologies

Au paragraphe précédent, on avait remarqué que le passage du modèle de la maladie à celui du « trouble de la personnalité » signifie un changement d'échelle : entrent dans le champ clinique des plaintes et des souffrances qu'on n'y rencontrait pas il y a encore quelques décennies, sans que l'on puisse se prononcer, en toute rigueur, sur la question de savoir si elles existaient déjà mais n'étaient pas considérées comme du ressort de la pathologie mentale, ou si elles sont réellement « nouvelles ».

Pourquoi ce formidable *élargissement du champ clinique* est-il en rapport avec le concept de pathologie de la personnalité ? La raison en est la suivante. Tant que l'on restait sur un modèle de « maladie », et donc de symptôme en tant que compromis entre un mouvement pulsionnel et sa réalisation, la question de l'objet restait « contingente ». Que l'accès à l'objet du désir soit interdit, inopportun ou irréel, la question restait toujours celle de la façon dont le sujet élabore ses mouvements pulsionnels et ses désirs, les réprime, les aménage ou les détourne vers des objectifs plus accessibles. Au fond, on n'était pas loin du modèle médical le plus classique : le problème était toujours celui de ces « forces intérieures » plus ou moins obscures ou inconnues qui poussent l'organisme vers la déstabilisation et la maladie, et que médecin et malade sont appelés à combattre, à maîtriser, à utiliser peut-être aussi à de fins plus appropriées. À l'opposé, le « trouble de la personnalité » ne met pas un mouvement pulsionnel face à son objet ; il met une personnalité, telle qu'elle est, face à *tous* les objets.

L'élargissement du champ clinique qui en résulte est donc considérable. Il se fait en premier lieu dans le sens d'un énorme accroissement des pathologies réactionnelles et situationnelles. Une « personnalité pathologique » est telle dans la mesure où le commerce quotidien avec ses objets s'avère problématique, inopérant, insatisfaisant, source de déceptions et de frictions ; elle se caractérise précisément par le fait que les aléas de l'existence entraînent chez elle des réactions d'une ampleur émotionnelle et parfois autodestructrice qui déstabilisent le cours de son existence. C'est potentiellement *tous les jours* qu'elle est en nécessité potentielle de soins psychiatriques, ainsi définis. La pathologie est, pour ainsi dire, permanente, et le commerce

ordinaire avec les objets peut à tout instant la réactiver. Pour utiliser un modèle médical - et avec bien sûr toutes les approximations d'une telle métaphore - on pourrait dire que l'on passe du modèle de l'infection à celui de la déficience immunitaire. Les psychiatres des urgences ont inventé un terme, les « criseurs chroniques », pour qualifier ces patients qu'on voit souvent aux unités d'accueil et de crise, et rarement aux consultations régulières et dans un travail psychothérapique suivi, où ils arrivent en catastrophe, souvent avec des menaces suicidaires, qui semblent dans un état de détresse absolue suite à tel événement blessant, mais dont ils sortent au bout de quelques heures ou deux-trois jours, pour recommencer quelques semaines ou mois plus tard.

Cette introduction du réactionnel et du situationnel dans la psychopathologie, consécutif à la prise en compte du « trouble de la personnalité », représente un phénomène relativement nouveau. On se souvient de la bataille qu'Esquirol avait dû livrer pour que le suicide sorte du domaine de la faute morale et entre dans celui de la médecine mentale. Un siècle et demi plus tard, il paraîtrait incongru, sinon scandaleux, qu'une tentative de suicide, une scarification, une atteinte quelconque de soi ne soient pas considérées comme du ressort de la psychiatrie. Un très grand nombre de manifestations psychiques est entré entretemps dans le domaine de la psychiatrie en utilisant la voie ouverte par le « trouble de la personnalité » : désormais la psychiatrie peut être appelée à traiter pratiquement tout « trouble du comportement » (violences et passages à l'acte divers, traités il y a encore pas si longtemps par les instances sociales ou judiciaires, voire par la famille, les voisins ou les amis), ainsi que toute manifestation émotionnelle et de « mal-être » face aux

contrariétés et malheurs de la vie.

Plusieurs modifications, à plusieurs niveaux, sont perceptibles en rapport avec cet élargissement du champ clinique. La pratique psychiatrique s'est enrichie d'une dimension de « recours » pour les moments de défaillance, de détresse, de « traumatisme » individuel ou collectif. De nouvelles attitudes cliniques sont apparues : les notions d'accueil, de présence, d'accompagnement, de soutien, de réponse immédiate, sont incluses dans la terminologie des traitements psychiatriques et font l'objet de travaux et de recherches. Il est intéressant de remarquer que même l'acte le plus typiquement médical au sein de la thérapie psychiatrique, celui de la prescription, n'échappe pas à ces glissements : « ça ne va pas en ce moment, j'ai dû demander à mon médecin un traitement pour me soutenir », entend-on dire à propos d'une prescription d'antidépresseurs. Le cadre des traitements éclate : le dispositif naturel de la rencontre médecin-malade en psychiatrie - l'espace d'un bureau qui, à heure fixe, propose une parole libre et une écoute aussi attentive que bienveillante - se démultiplie en centres d'accueil et de crise, en consultations sans rendez-vous, en interventions en urgence, en rendez-vous téléphoniques ou même en numéros d'appel en cas de détresse.

Les modifications sont également perceptibles au niveau du vocabulaire utilisé, y compris par les professionnels. Ainsi, un terme très générique, celui de « *souffrance psychique* », s'est remarquablement généralisé, soutenu par une autre tendance « lourde » des sociétés contemporaines : l'idée que souffrir est inacceptable en toutes circonstances. De ce fait les frontières entre « normal » et « pathologique », plus ou moins mal définies,

mais néanmoins longtemps opérantes dans l'empirisme de la pratique médicale, ont tendance à s'estomper : quelle différence entre « stress » et angoisse, entre deuil et dépression, entre « être violent » et « aller mal », du moment qu'ils comportent tous une « souffrance », déclarée ou devinée ? Parallèlement, la nosographie suit ces évolutions et les enregistre : elle recueille la multiplicité des subjectivités qui s'adressent à elle, les catégorise, les soumet à un travail d'objectivation par le biais d'une critérogologie, leur donne droit de cité dans l'univers réputé impartial de la science (et droit de remboursement dans l'univers réputé suspicieux du financement des soins).

Dans quelle mesure ces pathologies sont « nouvelles », et connotent un glissement progressif d'Œdipe à Narcisse ? E toute rigueur, nous n'en savons rien. Toutefois, si l'on veut en extraire quelques traits plus généraux qui les différencient des pathologies aussi bien névrotiques que psychotiques, deux éléments semblent déterminants.

Premièrement, il semble que, dans ces configurations, *l'accès à un objet idéal (et idéalisé) devient l'enjeu majeur de la demande d'aide*. Les formes de ces « maladies d'idéalité » (Chasseguet-Smirgel, 1975) sont multiples. Tantôt, la relation à cet objet idéal prend la forme d'une dépendance passive, qui parfois se concrétise dans les diverses formes d'addictions. Dans d'autres cas, l'idéalité de l'objet est exigée de façon tyrannique, dans un « amour sans pitié » (Winnicott), conduisant à des existences complexes, faites de déchirements et de retrouvailles, ou encore de répétitions sans fin dans les mêmes schémas relationnels. Ailleurs, l'objet est d'autant plus idéal qu'il est perdu, et ces configurations épousent la clinique de la dépressivité, du deuil

impossible, de la dépression chronique. Dans d'autres cas encore, l'objet est déclaré vitalement indispensable pour l'intégrité du sujet, tant et si bien que l'éloignement, la rupture, ou même la moindre velléité d'autonomie de sa part entraîne l'effondrement du moi, ou encore des réactions de rage destructrice.

Dans tous les cas, le psychiatre est appelé à incarner ce nouvel objet de l'exigence transférentielle, et il semble aussi difficile d'y échapper que de ramener la rencontre dans son cadre classique, sous peine de ruptures, de suicides, de passages à l'acte plus ou moins violents - ou plus simplement d'amers reproches. Mais, dans de nombreux cas, il semble tout aussi difficile de s'y conformer. En effet, quand bien même les professionnels en santé mentale adaptent leurs modalités de travail et organisent leur disponibilité pour répondre aux besoins ainsi exprimés, il n'est pas rare de constater que l'objet qu'ils parviennent à incarner est attaqué, mis à l'épreuve, provoqué jusqu'à ce qu'il réalise ce que le sujet redoute le plus, à savoir le rejet et l'abandon.

Les raisons de cette séquence, trop fréquente pour ne pas être relevée, ne sont pas très claires. On peut les rechercher dans la désintrinsication pulsionnelle : un objet aussi idéal se constitue à l'écart de tout sentiment négatif et de haine, cette négativité finissant par être mise en œuvre dans le passage à l'acte, à défaut d'être intégrée dans une ambivalence ordinaire avec les sentiments positifs. Mais, plus généralement, il est possible que les sujets qui se constituent de tels objets supportent mal la dépendance qu'ils quêtent pourtant activement, tant et si bien qu'ils n'ont de cesse que de rechercher la rupture, tout en essayant de faire de sorte que celle-ci soit mise sur le compte de l'objet. Enfin, il ne faut pas sous-estimer une troisième raison de

rupture : souvent ces sujets se sont organisés à partir d'un roman familial d'abandon, de rejet, de désamour, d'indifférence vécus dans l'enfance (que des faits de la réalité extérieure peuvent parfois corroborer) ; il n'est sans doute pas facile d'accepter que des objets aimants, disponibles, attentifs, existent « réellement », car avoir la preuve de leur existence ne fait de raviver les blessures du passé.

Le deuxième élément est *la transformation de la castration en un enjeu essentiellement narcissique*. Ceci n'est que partiellement une nouveauté. La castration a toujours été *aussi* un enjeu narcissique : la déception amoureuse, par exemple, ne nous prive pas seulement de l'objet de notre convoitise, elle représente également une atteinte de notre estime de soi et heurte notre idéal du moi. Si la castration semble ici menacer le moi, plus directement que ne le font d'ordinaire les inévitables déceptions de l'existence, ceci semble tenir à deux raisons.

La première est que l'échec s'associe davantage à un sentiment de *honte* : le sujet n'a pas été « à la hauteur » de l'objet (personne, tâche, projet, ambition), il s'est avéré défaillant et indigne de lui ; d'où une clinique dépressive particulière, qui met en avant de douloureux sentiments de nullité, d'indignité, de médiocrité, sans être mélancolique au sens propre du terme. On comprend que cette clinique est en rapport avec le point précédent, celui de la nature de l'objet : c'est bien parce que l'objet est « idéal », que la non accession à lui renvoie le sujet davantage à sa propre infériorité, qu'à la simple douleur ou tristesse de la perte ou de la déception. Si maintenant on se pose la question de savoir quel autre sentiment aurait pu prévaloir ici, en lieu et place de la honte, force est de constater qu'il s'agirait de la culpabilité. De

façon générale, l'échec dans les organisations névrotiques suscite un sentiment de culpabilité. Si celle-ci est rationnellement rapportée à tels ou tels faits et gestes (« Je n'ai pas fait ce qu'il fallait... Je n'aurais pas dû faire ceci ou cela »), il n'est pas très difficile de mettre en évidence le fait que ce qui nous a empêché de faire ce que l'on « aurait dû » pour réussir était précisément ce sentiment même de culpabilité. En d'autres termes, le sentiment de culpabilité pointe en direction opposée par rapport à sa rationalité première : il y a culpabilité, non pas à échouer, mais bien à réussir, et c'est cette culpabilité que l'échec est venu éviter. C'est cette dimension en deux temps, et à double sens, qui fait défaut dans la « honte » : elle est moins prise dans un système de contradiction, de *conflit*, et davantage inscrite dans un rapport entre le sujet et le sujet (entre le moi et son idéal).

La deuxième raison de cette transformation de la castration en un enjeu narcissique est plus « maligne » et, lorsqu'elle domine, conduit à des cliniques difficiles à manier. Le refus de l'objet, loin d'être considéré comme relevant de sa part d'inconnu (cette part qui n'est pas constitué des projections du sujet, mais ressortit aux particularités propres de l'objet), est au contraire ressenti comme une volonté délibérée de sa part de nuire, de faire mal, d'attaquer le sujet : il s'agit d'un objet volontairement « méchant », « méprisant » ou « indifférent ». Cette problématique n'est pas totalement nouvelle, on peut faire remonter ses origines aux travaux d'Abraham sur la mélancolie, en particulier sa monographie sur le peintre Segantini (Abraham, 1911). Comme Ulrike May (2001) l'a finement montré, l'idée d'une « mauvaise mère » - d'une relation primaire de haine mère-enfant - y apparaît pour la première fois comme indépendante de toute problématique de rivalité œdipienne. La mère est « mauvaise » en

soi, non pas mauvaise parce que préférant le père, mais juste « mauvaise », indifférente ou cruelle face à un enfant qui n'occupe aucune place dans ses plans libidinaux.

On voit ici apparaître clairement ce que nous avons exposé au paragraphe précédent : la « découverte » de l'objet conduit à des « troubles de la personnalité » qui, eux, sont directement issus, dans leurs théorisations comme dans les discours des patients, d'hypothèses sur ce que le premier objet aurait fait, ou n'aurait pas fait, durant la période où il avait la charge d'accompagner la naissance psychique du sujet. Dès lors, la castration devient enjeu narcissique : le refus de l'objet n'est pas un manque à gagner en plaisir, mais attaque la constitution même du moi, à savoir ses assises narcissiques, en tant que répétition d'un manquement antérieur. Mais un autre élément semble également jouer un rôle décisif dans cette configuration ; il parcourt en filigrane une grande partie de ces nouvelles situations cliniques, et semble se résumer comme suit : *le drame se déroule entre un sujet et un objet, excluant tout tiers de leur commune aventure.*

Conclusion

Si les éléments que nous venons de dégager correspondent à de véritables mutations psychopathologiques, ce qui n'est pas impossible malgré le repérage d'autres facteurs (changements dans les découpages nosographiques, modifications du regard clinique, effets épidémiologiques), il est tentant d'essayer de les mettre en parallèle avec certaines grandes caractéristiques des sociétés occidentales postmodernes, telles qu'elles sont vues, non pas par un sociologue, mais par un psychopathe. De ce point de vue particulier, certains changements apparaissent plus

pertinents que d'autres, parce que davantage en lien possible avec les éventuelles mutations psychopathologiques.

Il est évident que nos sociétés contemporaines posent un problème de *fiabilité de l'objet*. On sait que ce terme est de Winnicott, et se rapporte à la relation première mère-enfant. Toutefois, dans les sociétés actuelles, il est possible de formuler une question plus générale par rapport à la fiabilité de l'objet. Il y a bien entendu, ceci a souvent été dit, les changements dans la façon d'élever les enfants. Les femmes dans nos sociétés ne sont plus les préposées exclusives au service de la maternité, et d'autres dispositifs (crèches, écoles nourrices, écoles maternelles...) ont pris largement le relais de ces tâches, permettant à la femme, pour la première fois sans doute dans l'histoire, d'occuper une place de citoyen à part entière. À quoi s'ajoutent des modifications significatives dans la structure familiale : la multiplication des divorces, des familles monoparentales, ou des familles recomposées, pose également, de son côté, de délicats problèmes de traitement des séparations plus ou moins précoces et de l'alternance des investissements et des désinvestissements.

Mais, de façon plus générale encore, une question de « fiabilité de l'objet » se pose de façon globale dans les sociétés occidentales d'aujourd'hui : on est beaucoup moins certain qu'autrefois de passer toute sa vie au même endroit, d'exercer le même métier, de travailler pour le même employeur, et ces changements (de lieux, de temporalités, de trajectoires...) influent bien sûr aussi sur la durée et la solidité des liens familiaux et amicaux, sur ce « périmètre libidinal » qui accompagne d'ordinaire notre vie ; d'où aussi, entre autres, un certain délitement des liens de solidarité,

qui malmène encore la fiabilité de l'objet. Il y a un climat d'« insécurité sociale », qui pose la question de la fiabilité de nos investissements (de leur qualité, de leur durée, de leur solidité) et conduit à faire d'une certaine idée de l'indépendance et de l'autonomie une véritable « valeur ». Or, on peut se demander quelle est la part défensive de cette idéologie de l'indépendance, c'est-à-dire dans quelle mesure cette « valeur » ne tente-t-elle pas de donner, comme par formation réactionnelle, une dimension exclusivement positive à une situation qui de toute façon est telle qu'elle est, de la crèche à la maison de retraite ; on ne peut pas la changer, et elle nous est plus ou moins imposée.

Dans ces conditions, la psychiatrie a trop souvent le sentiment d'être le refuge des « incapables à l'autonomie », des « handicapés de l'indépendance » - de cette partie de la population qui, outre sa souffrance propre, porte aussi de façon caricaturale le message muet d'une société qui, bien que sans doute fière de son autonomie et de son libre-arbitre, pense peut-être aussi qu'il n'est pas pour autant interdit ou honteux d'aspirer à un « prendre soin de l'autre » qui semble faire défaut.

Enfin, cette question débouche sur une autre : celle d'un certain affaiblissement de la *référence à un tiers dans les rapports des sujets à leurs objets*. Ici encore, les transformations familiales sont l'exemple le plus évident et immédiat : familles monoparentales, amenuisement du rôle traditionnel du père. Mais il y a aussi une plus grande tolérance, une plus grande difficulté à interdire, et cette évolution, qu'elle soit jugée souhaitable ou pas, diminue le poids relatif des instances relatives à la « punition », ce qui sans doute augmente d'autant le face-à-face du sujet avec soi-même : à savoir, l'importance de la honte par rapport à la culpabilité,

tendance qui est encore renforcée par un discours plus général de la responsabilité individuelle. Et puis, nos sociétés sont devenues moins homogènes, leur référentiel commun (ce tiers généralisé) est sans doute plus réduit qu'il y a quelques décennies ; cette évolution s'accompagne du développement de groupes ou de communautés revendiquant chacun son référentiel propre, et son respect par les autres, cultivant de ce fait leur propre « narcissisme » en désidentification avec celui, collectif, de l'ensemble du corps social ; ainsi, la problématique narcissique s'enrichit désormais d'une quête *identitaire*, qui rencontre naturellement et renforce les questions d'appartenance que lèguent à leurs enfants les familles compliquées d'aujourd'hui.

Ainsi, il est sans doute possible de supposer, en définitive, qu'il y a un certain mouvement « d'Œdipe à Narcisse ». Mais à la condition de ne pas oublier que la sexualité psychique est toujours présente, consubstantielle de la notion même de vie, et qu'il faut sans doute plus qu'une société en période de bouleversements pour qu'elle cesse de déterminer la vie des humains.

Bibliographie

Abraham K (1911) Giovanni Segantini. Essai psychanalytique. *Œuvres Complètes I* : 161-211. Paris, Payot, 1965.

Balint (1968) *Le défaut fondamental : aspects thérapeutiques de la régression*. Paris, Payot, 1971.

Chasseguet-Smirgel J (1975) *L'idéal du moi. Essai psychanalytique sur la « maladie d'idéalité »*. Paris, Editions Tchou.

Freud S (1915) *Deuil et mélancolie*. *Œuvres Complètes de Freud. Psychanalyse XIII* : 259-278. Paris, Presses Universitaires de France, 1988.

Freud S, Breuer J (1895) *Études sur l'hystérie*. Paris, Presses Universitaires de France,

1956.

Green A (1990) *La folie privée*. Paris, Éd. Gallimard.

Guex G (1950) *La névrose d'abandon*. Paris, Presses universitaires de France.

Kohut H (1971) *Le soi*. Paris, Paris, Presses Universitaires de France, 1974.

Kraepelin E (1913) *La folie maniaque-dépressive*. Éditions Jérôme Millon, 1993.

Krafft-Ebing von R (1897) *Traité clinique de psychiatrie*. Paris, Éd. A. Maloine.

May U (2001) Abraham's discovery of the « bad mother » : a contribution to the history of the theory of dépression. *International J of Psychoanalysis* 82 (2) : 283-305.

Régis E (1906) *Précis de psychiatrie*. Paris, Éd. Doin.

Spitz R (1965) *De la naissance à la parole*. Paris, Presses Universitaires de France, 1968.

Winnicott DW (1974) *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris, Gallimard, 2000.

Les états-limite : quel complexe de castration ?

Auteur(s) : Vassilis Kapsambelis

Mots clés : angoisse de castration - castration (angoisse/complexe de -) - complexe de castration - culpabilité - états-limite - honte - masochisme - moi idéal - narcissiques (pathologies) - surmoi

Ce contenu est réservé aux membres de la SPP et aux AEF. Vous devez vous identifier pour voir ce contenu.

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 psychothérapique 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 manèges scientifiques.

Cinquième question qui n'a pas été examinée : les manèges 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

La psychothérapie

psychanalytique corporelle (PPC) (issue de la relaxation Ajuriaguerra)

Auteur(s) : Marie-Lise Roux - Monique Dechaud-Ferbus

Mots clés : acting corporel - AEPPC (Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle) - Ajuriaguerra (Julian de -) - APEPR (l'Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation) - contre-transfert corporel - corps - dialogue tonico-émotionnel - états-limite - graphothérapie - médiation corporelle - métaphorisation - narcissiques (pathologies) - pare-excitations - perception - PPC (Psychothérapie Psychanalytique Corporelle) - psychosomatique - psychothérapie psychanalytique corporelle - relaxation - sensori-motricité

Origine de la méthode

C'est au premier congrès de psychosomatique de Vittel en 1960 que Julian de Ajuriaguerra fait se rencontrer le dialogue tonico-émotionnel et la psychanalyse. Il crée alors ce qu'il appelle la relaxation, bien différente des autres relaxations en ce qu'elle n'utilise ni induction, ni consigne, ni suggestion.

En 1972, Marianne Strauss et Marie-Lise Roux avec François Sacco et l'équipe de Sainte-Anne créent l'Association Pour l'Enseignement de la Psychothérapie de Relaxation (APEPR). La relaxation devient la psychothérapie de Relaxation, une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Dans la suite des

travaux des psychanalystes autour de la psychose, des états-limites et de la psychosomatique, la psychothérapie de relaxation s'inscrit alors dans le champ des extensions de la psychanalyse défini par la Société Psychanalytique de Paris (SPP) d'où ses membres fondateurs émanent. Ils poursuivent leurs recherches sur la théorie de la pratique, et en 2008, Monique Dechaud-Ferbus avec Marie-Lise Roux et leur équipe créent l'AEPPC, Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, qui se caractérise comme pratique psychanalytique utilisant plus particulièrement la perception et la sensori-motricité dans la médiation corporelle, le patient étant allongé sur le divan et l'analyste situé dans le champ de son regard. Ce travail psychanalytique spécifique des organisations non-névrotiques prend en compte les défaillances des relations archaïques et s'avère être un apport pour toute organisation psychique.

Approche théorique et technique de la méthode

Largement inspirée par les travaux psychanalytiques à partir de Freud, la recherche en Psychothérapie Psychanalytique Corporelle s'appuie essentiellement sur les travaux de psychanalystes qui se préoccupent de psychosomatique, des psychoses et des états-limites. A partir de la pratique psychanalytique, nous avons rencontré des patients dont la problématique principale n'était pas centrée sur l'Œdipe. Plus qu'avec les refoulements, nous avons appris à travailler avec des répressions, des régressions, des dénis et des clivages, des déformations du moi, des défauts de son organisation qui précèdent et s'associent à l'organisation de la psyché.

La **Psychothérapie Psychanalytique Corporelle (PPC)** est un aménagement du dispositif psychanalytique classique qui utilise la médiation corporelle pour reprendre les insuffisances et les distorsions des relations primaires. Sa spécificité est de privilégier dans la relation transféro-contre-transférentielle, les états du corps. Cela confronte le thérapeute à la vie émotionnelle dans ce qu'elle a de plus cru, et à tout ce qui n'a pu s'élaborer psychiquement. C'est pourquoi les membres de l'AEPPC ont une formation psychanalytique et ses membres formateurs sont membres de l'Association Psychanalytique Internationale (API).

La Psychothérapie Psychanalytique Corporelle (PPC) a été conçue il y a quarante ans dans le service où travaillait le Professeur Julian de Ajuriaguerra à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, avant qu'il ne parte à Genève où il a étendu le développement de la méthode de relaxation en Suisse et en Italie. En France, les recherches théorico-cliniques des psychanalystes de la Société Psychanalytique de Paris (SPP) ont soutenu son développement dans le cadre de l'APEPR, et ces recherches se poursuivent aujourd'hui dans le nouveau cadre de l'Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, l'AEPPC. Selon Julian de Ajuriaguerra, « dans les expériences primaires il n'existe aucune dichotomie entre le corps et le psychisme ... Dans l'habitable qui est son corps et qui lui est donné, l'enfant est habité. En lui ses besoins s'expriment, ses pulsions se manifestent, c'est lui qui subit les émotions ... Pendant une longue phase, le corps est récepteur et réceptacle, spectateur et acteur, il est lui même et l'autre par un transivisme qui suit les lois des mécanismes de projection et d'introjection. L'enfant vit un dialogue protopathique au cours duquel la communication affective se fait sous la forme d'un corps donnant et refusant ».

C'est dire l'importance que l'Association pour l'Enseignement de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, l'AEPPC, accorde au « dialogue tonico-émotionnel » dans la relation thérapeutique.

Ainsi que nous l'avons dit, la psychothérapie psychanalytique corporelle, la PPC, qui s'inscrit dans le champ des extensions de la pratique psychanalytique, propose un aménagement de la cure psychanalytique dite classique par l'introduction de la médiation "perceptivo-corporelle" entre le patient et le thérapeute ; celle-ci tient compte des défaillances psychiques du patient qui se manifestent par une insuffisance de la fonction médiatrice du langage verbal. Le travail de l'analyste s'oriente non seulement sur les rêves, les fantasmes et les associations du patient (qui sont souvent absents ou réduits dans les structures concernées), mais surtout sur les états du corps. Le corps du sujet prend alors son statut intermédiaire d'être à la fois objet de l'objet - c'est à dire de l'analyste - et objet du sujet. En ce sens il acquiert une fonction transitionnelle.

Les états du corps et leur expression verbalisée sont choisis préalablement par l'analyste comme matériaux de son travail thérapeutique. Le corps du sujet devient son corps propre à travers la conjugaison du regard de l'analyste et du sujet sur les manifestations sensori-motrices de ce dernier. Par conséquent, ce travail psychanalytique donne une grande importance à l'auto-observation et à l'expression verbale du vécu corporel dans une relation dite « de non dialogue » (F. Pasche). Dans cette relation de non-dialogue, rien n'est ajouté au matériel apporté par le patient. L'analyste s'appuie sur l'expression verbale du vécu corporel du patient pour renforcer son pare-excitations. Le pare-excitations désigne un ensemble de mécanismes psychiques qui

opposent un rempart aux puissantes excitations venues du monde extérieur ainsi qu'aux excitations internes, pulsionnelles, qui assaillent le sujet.

Le travail au cours du processus de la cure se déroule donc selon un trajet qui va du quantitatif au qualitatif, il évolue vers une métaphorisation progressive. La traduction des états du corps liée aux interventions de l'analyste dans la relation transféro-contre-transférentielle trouve à se figurer et, grâce à la mise en mots, se dirige vers la représentation.

Ce processus nécessite de l'analyste un travail sur son contre-transfert corporel qui est le signe de la relation.

Le dispositif proposé dans lequel le patient est allongé sous le regard de l'analyste et peut le voir sans difficulté, assure la dissymétrie fondamentale pour l'installation du transfert qui est, ainsi que le dit Freud, le levier de la cure. Mais ce faisant, il reconstitue les caractéristiques essentielles de l'environnement primaire dans lequel le patient s'est développé. La reconstitution des caractéristiques de ce milieu primordial a pour fonction de proposer un contenant et un soutien pour faciliter le renforcement des défenses du moi et l'approfondissement de l'insight. Le divan métaphorise le giron maternel et les genoux paternels (F. Pasche), et son utilisation vectorise la bisexualité psychique constitutionnelle selon Freud.

Ainsi, la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, PPC, sollicite à la fois le transfert maternel et paternel dans la recherche d'un transfert de base pour la dynamique du processus. On comprend alors que la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, PPC, est particulièrement indiquée pour les patients psychotiques non-

dissociés, pour les psychoses froides et ceux qui souffrent de pathologies du narcissisme comme les états limites qui ont tendance aux actings concernant leur corps (tentatives de suicide, auto-mutilation, prises de toxiques, divers recours à la violence, etc.). Elle constitue aussi une réponse thérapeutique efficace aux névroses de comportement, aux névroses actuelles, aux affections psychosomatiques et aux problématiques de deuil. Toutefois plus que la symptomatologie, c'est la référence au fonctionnement somato-psychique du patient et à ses failles qui oriente le praticien vers l'indication d'une psychothérapie psychanalytique corporelle, PPC.

En effet, chez ces sujets, les bases primaires de l'intégration sensori-motrice sont infiltrées de dysfonctionnements relationnels précoces qui empêchent les processus de symbolisation.

Le divan, un opérateur, mais un autre divan

Alors que dans la cure psychanalytique habituelle le divan est dans le dispositif une position de repos qui permet au patient comme dans le rêve de quitter la perception pour une introspection de son fonctionnement, dans la psychanalyse corporelle (PPC), le patient utilise le divan pour se ressentir dans la relation à l'analyste qu'il a dans le champ de son regard. La mandorle ainsi créée permet au patient de faire l'expérience des limites par la résistance du divan d'une part et la résistance de l'objet d'autre part, dont le regard et le corps en personne posent une autre limite.

On peut dire que le divan a une fonction et est un opérateur de la

cure. Dans la cure de PPC, le psychanalyste utilise un clivage fonctionnel (G.Bayle) de façon à tenir ensemble une écoute des états du corps dans le transfert et une écoute de ses propres états du corps. Il est donc confronté à la vie émotionnelle dans ce qu'elle a de plus primaire et à tout ce qui n'a pas pu s'élaborer psychiquement. C'est pourquoi, il est sollicité contre-transférentiellement, aux niveaux les plus inconscients et les plus corporels.

De cela, découle l'importance accordée au dispositif dans lequel le processus d'élaboration va s'inscrire, et rend impératif l'expérience personnelle de la cure de PPC, en plus d'une psychanalyse personnelle classique pour tout analyste qui souhaite pratiquer la PPC. Ce cadre vise à favoriser un étayage comprenant la fonction de pare-excitations et de contenant, pour qu'un processus d'élaboration puisse se dessiner. « Avoir un mode de pensée psychanalytique par rapport au corps », comme le soulignait J. de Ajuriaguerra. Dans ce travail psychanalytique à médiation corporelle et à partir de la métapsychologie freudienne, nous nous situons dans une autre écoute du fonctionnement psychique où le langage du corps avec ses sensations, les perceptions et la relation tonico-émotionnelle, permet de reprendre les défaillances d'origine primaire de différents dysfonctionnements.

Indications

Dans le champ d'extensions de la psychanalyse, la PPC s'adresse au patient par la médiation de son corps comme objet limite entre le « dedans » et le « dehors », comme corps psychique lié au tissu somatique. Elle permet de proposer un travail psychanalytique,

grâce à l'introduction de la médiation corporelle dans la relation transfert/contre-transfert, à certains patients.

Ceux qui souffrent de pathologies dans lesquelles la confusion des espaces psychiques est souvent importantes, de confusion liée à des failles dans les relations les plus précoces et que nous nommons primaires peuvent bénéficier de ce travail. Ces failles se présentent aussi chez des enfants et des adolescents dont les troubles relèvent d'entraves à la symbolisation, comme les désordres comportementaux, une hyperactivité, une inhibition des processus de pensée, une difficulté à se concentrer et à se repérer dans l'espace et le temps, un défaut de mentalisation qui fait le lit des décompensations somatiques, des réactions dites caractérielles, etc.

Ces troubles peuvent être isolés ou combinés et on observe fréquemment leur association à des difficultés dans le registre de l'écriture. Or, de nos jours, la « mauvaise écriture » est généralement négligée par l'entourage ou bien elle donne lieu à la prescription d'une rééducation qui reste bien souvent sans effet faute de prendre en compte l'existence d'un défaut fondamental chez ces sujets. Ces enfants et adultes présentent une défaillance du processus de symbolisation primaire qui engage le corps. C'est ici que la graphothérapie comme adaptation particulière de la Psychothérapie Psychanalytique Corporelle, prend tout son intérêt.

La graphothérapie a été inaugurée dans les années 1960 par Julian de Ajuriaguerra et René Diatkine avec Marianne Strauss, elle est enseignée par Marie-Alice Du Pasquier à l'hôpital Ste-Anne à Paris, dans le service de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent où se poursuit son élaboration. Entrant dans le

cadre plus général de la PPC, la graphothérapie donne la possibilité au moi de vivre une expérience et de se développer en direction d'une autonomisation.

Ainsi la PPC, permet, dans certains cas, d'accéder à une cure psychanalytique dite classique et, dans d'autres cas, la reprise d'un travail psychique qui avait été bloqué dans une cure psychanalytique classique. En résumé, la PPC, dite encore parfois de relaxation, est indiquée préférentiellement dans des états non-névrotiques, dans des états psychotiques non dissociés, des états limites et troubles narcissiques, voire narcissiques identitaires, des désordres du caractère et du comportement, c'est-à-dire dans des pathologies de l'excitation, mais aussi dans des affections psychosomatiques.

Mais bien sûr, elle peut profiter à quiconque souhaite engager un travail sur soi à partir du corps pour retrouver les traces mnémoniques non encore traduites qu'il est difficile de mobiliser en dehors des mouvements de régression corporo-psychique que ce dispositif permet et encadre.

C'est « un autre divan » qui offre un travail psychanalytique aux organisations psychiques qui semblaient en être exclues.