

Particularités de la première consultation au CEJK. De l'idéalisation à l'« expertise »

Auteur(s) : Vassilis Kapsambelis

Mots clés : destructivité - états-limite - idéalisation - investissement (transférentiel) - Kestemberg (Évelyne) - personnage tiers - psychanalyse (et psychiatrie) - psychanalyse (service public) - psychiatrie et psychanalyse - psychose(s) - psychothérapie (des psychoses) - séduction - tiercéité - transfert (psychotique)

La première consultation au Centre de psychanalyse Évelyne et Jean Kestemberg a une particularité quasi unique dans l'ensemble des centres psychanalytiques publics ou privés en France et même, historiquement, à l'étranger. Le CEJK est totalement intégré dans un organisme de soins plus vaste, l'Association de Santé Mentale dans le 13^e arrondissement de Paris, et les patients qui y sont reçus font partie de la population soignée dans cet organisme, et en proviennent dans leur grande majorité. De ce fait, les mouvements transférentiels et contre-transférentiels que l'on peut noter lors de cette première rencontre sont en partie déterminés par cette particularité, et en un sens préexistent à la rencontre.

Le premier élément qui rend compte de cette situation est que le patient est annoncé par ceux qui s'occupent de lui avant qu'il ne

soit dirigé vers un traitement analytique, soit sous la forme d'une lettre souvent détaillée, soit encore sous la forme d'une discussion entre le directeur du Centre et l'équipe soignante, voire même, à certaines périodes, sous la forme d'un « recrutement direct », si l'on peut dire, par le directeur du Centre au niveau des autres lieux de soins. En effet, dans les années 1980 et 1990, il n'était pas rare qu'Évelyne Kestemberg, première directrice du Centre, puis Jean Gillibert, deuxième directeur, mais aussi René Diatkine, se rendent à l'hôpital de l'Eau Vive (du département de psychiatrie de l'adulte de l'ASM 13) et y rencontrent des patients, sur proposition des psychiatres et des équipes soignantes, soit seuls, soit en public (avec un système de retransmission en direct de l'entretien pour l'ensemble des équipes). Ces rencontres pouvaient déboucher, ou pas, sur une proposition de traitement au Centre de psychanalyse, parallèlement à la poursuite des autres traitements psychiatriques proposés.

Quelles étaient les caractéristiques de ces premières consultations, telles qu'elles apparaissent aujourd'hui, à posteriori, en consultant des bandes magnétoscopiques de l'époque et en discutant avec des témoins directs (et telles qu'elles se perpétuent, dans une certaine mesure, dans la pratique actuelle de la première consultation au CEJK) ? J'en isole trois.

Le souci (« concern ») pour la destructivité

La première caractéristique est l'accent mis sur la destructivité, et notamment l'autodestructivité. Il est vrai que les patients choisis par les psychiatres et les équipes soignantes pour la consultation

psychanalytique ne sont pas pris au hasard, mais font partie de ceux dont le traitement s'avère le plus difficile, voire se trouve dans une impasse, alors même que le patient donne le sentiment d'une dynamique qui reste inexploitable ; la consultation psychanalytique apparaît comme une ouverture potentielle dans le traitement déjà très compliqué d'un patient dit « difficile ». Une phrase me revient à l'esprit, prononcée plus d'une fois par Évelyne Kestemberg en cours d'entretien : « ...pour que vous découvriez peut-être que la vie mérite d'être vécue ». Ainsi, du moins dans l'esprit des psychiatres et des équipes soignantes de l'époque, le traitement psychanalytique est apparu parfois comme celui de la « dernière chance », ou en tout cas celui qui permettra de débloquent l'inefficacité des traitements médicamenteux et institutionnels utilisés jusqu'alors ; et peut-être plus fondamentalement - on le sait davantage aujourd'hui -, d'interpréter de façon mutative les *réactions thérapeutiques négatives* manifestées par rapport à ces traitements psychiatriques).

Ce souci constant pour la destructivité conditionne en grande partie les attitudes des psychanalystes du Centre par rapport aux *acting* des patients, et notamment par rapport au principal parmi eux, à savoir les velléités d'interruption de traitement, qu'elle soient verbalement exprimées ou qu'elles se manifestent par un absentéisme inopiné et tenace. Il est d'usage que l'analyste interpelle avec insistance le patient qui s'absente, par lettre, voire par téléphone, et c'est de façon systématique qu'il lui est proposé de revoir le directeur du Centre lorsqu'il manque ses séances de façon prolongée ou lorsqu'il exprime l'intention d'arrêter son traitement.

En fait, interrompre le traitement constitue l'une des rares incidences totalement prévisibles dans le traitement d'un patient psychotique, on pourrait presque dire que, si une telle intention ne se manifeste pas à un moment ou un autre, c'est que le traitement n'a pas réellement été instauré. Il s'agit de la manifestation la plus courante de la compulsion de répétition chez les patients psychotiques, qui semblent longtemps évoluer dans une succession interrompue de séquences répétitives évoquant un éternel recommencement.

Je pense ici à un jeune patient schizophrène qui, au bout de deux ans de psychodrame, a demandé la fin du traitement. Au plan clinique il allait très nettement mieux, et même bien, en ce sens que les symptômes qu'il nous avait décrits au départ avaient disparu, il avait trouvé un travail, il vivait de façon autonome, avait des activités et des loisirs ; son psychiatre lui-même, ainsi qu'une partie des psychodramatistes, ne trouvaient pas cette demande infondée. Pourtant le directeur du psychodrame a refusé ; il a constamment, calmement, répété à la fin de chaque séance, « à la semaine prochaine », laissant le patient dans la perplexité et l'embarras... La suite a été très instructive : le patient a présenté un bref épisode psychotique, faisant suite à un rêve d'explosion nucléaire et de fin du monde, il a été hospitalisé pendant quelques jours dans l'un de nos établissements - où, le hasard s'en mêlant, il a été soigné par un psychiatre qui faisait par ailleurs partie de l'équipe de psychodrame - et, lorsqu'il a repris ses sciences, il n'était plus question d'interruption. Les années qui ont suivi ont montré une évolution favorable qu'était totalement inimaginable pour ce patient non seulement au moment du début de son traitement, mais aussi au moment où il a voulu le terminer.

Il y a ici un élément qui a été mis en évidence par Winnicott, et qui est particulièrement développé dans *Jeu et réalité* (1971), et en partie annoncé dans *La haine dans le contre-transfert* (1947) : la destructivité, lorsqu'elle se manifeste, se situe du côté de l'objet. Autrement dit, l'enjeu n'est pas tellement de faire de sorte que cette destructivité disparaisse - nous ne savons que trop bien que, lorsque nous la croyons disparue, elle réapparaît tournée contre le patient lui-même, comme on peut le constater chez les patients psychotiques qui restent hospitalisés à vie -, mais que l'objet à qui elle s'adresse lui « survive ». « Hé ! l'objet, je t'ai détruit. Je t'aime. Tu comptes pour moi parce que tu survies à ma destruction de toi », écrit Winnicott (*Jeu et réalité, op. cit.*, p. 125) dans une apostrophe personnifiant les enjeux des échanges.

La tiercéisation et le personnage tiers

La deuxième caractéristique est l'inscription de la première consultation, et du traitement analytique qui éventuellement s'ensuit, dans un dispositif qui apparaît d'emblée comme composé de trois termes : le patient, la psychiatrie (le psychiatre, l'équipe soignante, l'institution, le traitement médicamenteux) et l'analyste (le Centre de psychanalyse). Cette configuration, qui est imposée évidemment par la particularité du CEJK en tant que dispositif de soins d'un organisme de soins psychiatriques plus vaste, évoque les traitements psychanalytiques décrits par Herbert Rosenfeld dans les années 1950 et 1960 en clinique privée, où il se rendait expressément pour rencontrer le patient plusieurs fois par semaine avec l'accord de sa famille et des psychiatres de la clinique, ou encore les traitements proposés à la même époque à

la clinique de Chestnut Lodge près de Washington.

Il est remarquable que ce dispositif matérialisant concrètement une *tiércisation* de base, préalable à tout traitement analytique, n'a jamais fait l'objet d'élaboration théorique particulière dans les textes de cette période, ni en France, ni à l'étranger. D'autant plus que Racamier (1982), qui serait tout aussi bien placé pour le faire, a préféré pour sa part prendre un autre axe de compréhension, en mettant l'accent sur la distinction entre « soins » et « traitement », les premiers étant les psychiatriques (médicamenteux comme institutionnels), le second le travail analytique.

On peut toutefois remarquer la chose suivante. Lorsque le Centre de psychanalyse commence à accueillir des patients qui correspondent à ce que l'on pourrait appeler des états-limite graves (les « psychoses froides »), Évelyne Kestemberg (1981) élabore sa théorisation du « personnage tiers » qui explore la place particulière qu'occupe le directeur du Centre (et consultant initial du patient) dans le traitement analytique entrepris. Mon impression est que cette théorisation doit beaucoup à la rencontre avec des patients qui, tout en présentant des pathologies non névrotiques sévères, ne font pas partie des psychoses au sens classique du terme, à savoir des pathologies désorganisées, hallucinatoires et délirantes pour lesquelles le Centre avec était initialement créé, et où il y avait de facto un tiers en la personne du psychiatre, de l'équipe psychiatrique et des traitements médicamenteux et institutionnels nécessaires à ces pathologies. Ces patients « états-limite graves » ou « psychose froides » tirent des bénéfices limités des traitements médicamenteux et institutionnels de la psychiatrie (en dehors de quelques périodes

critiques), et la mise en place d'un traitement psychanalytique s'accompagne souvent d'une prise de distance par rapport au suivi psychiatrique initial (et initiateur de la rencontre psychanalytique). Cette remarque ne signifie pas que le « personnage tiers » pour ce qui concerne le travail au Centre de psychanalyse n'a de valeur et de pertinence que pour ce type de patients ; il signifie surtout que c'est à l'occasion de la rencontre avec cette catégorie de patients qu'a émergée, et s'est imposée, une théorisation de ce type.

La « demande » et l'intérêt pour le fonctionnement mental

Enfin, la troisième caractéristique est l'équilibre subtil que l'exploration psychanalytique, puis la proposition éventuelle de traitement, essayent de maintenir entre « prescription » et « demande ». D'un côté, nous sommes dans une ambiance fortement médicalisée : on est à l'hôpital, ou en tout cas dans un organisme de soins, c'est le psychiatre et l'équipe soignante qui ont décidé que le patient va rencontrer un psychanalyste, et le patient le rencontre alors qu'il reçoit déjà, plus ou moins passivement, d'autres types de traitement, dont évidemment les médicaments, sans parler du fait qu'il peut dans certains cas faire l'objet d'un régime d'internement. Le patient a rarement sollicité cette rencontre, le plus souvent il y a été fortement encouragé par son psychiatre et son équipe soignante. Signalons dès à présent que les refus sont très rares. Effet de suggestion, voire de soumission ? Sûrement, en partie. Il faut toutefois noter que l'expérience montre que, même les patients les plus désorganisés, ont confusément conscience de l'impasse dans laquelle il se

trouvent, et il y a une part de leur moi qui cherche une issue. René Diatkine disait, suite à un entretien public à l'hôpital de l'Eau Vive : « Vous pouvez prendre n'importe quel patient schizophrène fortement désorganisé et dissocié : au fur et à mesure que l'entretien avance, il s'organise et retrouve sa cohérence ».

C'est précisément cette part du moi, qui n'est pas sans évoquer certaines élaborations de Faimberg et de Bion sur les parties « psychotique » et « non psychotique » du moi, qui sera constamment sollicitée au cours de l'entretien, même face à l'idée délirante la plus enracinée ou le syndrome hallucinatoire le plus incontestable, pour le patient, dans sa réalité. Il est intéressant de noter ici que ces notions (« parties psychotique et non psychotique du moi ») issues des développements de la psychanalyse de langue anglaise des psychoses ne sont que rarement mentionnées dans le travail de théorisation produit par le Centre. Toutefois, la technique de l'entretien recherche constamment l'alliance et le dialogue avec cet « observateur désintéressé » qui, pour Freud (1938, *Abrégé*), reste présent même dans les conditions de la plus grande des organisations psychotiques.

Ce souci s'accorde avec l'intérêt plus général, et je crois assez spécifique au Centre de psychanalyse, pour le fonctionnement mental des patients qui lui sont adressés. Ici, le travail d'Évelyne Kestemberg (1986) sur la « phobie du fonctionnement mental » jouera un rôle non négligeable, car il donnera une sorte d'orientation générale au travail d'exploration du premier entretien, mais aussi à une dimension centrale du travail analytique qui peut s'ensuivre. Il s'agit avant tout d'« intéresser le patient à son fonctionnement mental », faisant passer au deuxième plan le travail interprétatif proprement dit, et c'est cet

intérêt pour le fonctionnement mental, lorsque nous parvenons qu'il soit partagé, qui semble constituer l'équivalent d'une « demande » pour le type de patients dont il est question ici.

Une patiente âgée actuellement de plus de 70 ans, qui avait présenté une schizophrénie assez sévère au cours des deux premières décennies de sa vie d'adulte, qui a bénéficié d'une longue psychothérapie au Centre dans les années 1980, et que je reçois de temps à autre en consultation à sa demande, me disait récemment : « Ce qui m'est resté de tout ça, c'est que chaque fois que quelque chose ne va pas, je me pose la question : comment se fait-il que tu penses, que tu sens, cette chose-là, à ce moment précis ? ».

L'idéalisation et ses effets

On comprend aisément que divers éléments de ce qui vient d'être exposé concourent à ce que l'orientation vers le Centre de psychanalyse, et la première consultation, soient accompagnés d'une dimension non négligeable d'idéalisation. À vrai dire, celle-ci est déjà présente dès le départ, puisqu'un organisme comme celui de l'ASM 13 s'est construit sur la base d'une forte alliance entre psychiatrie communautaire la psychanalyse, alliance motrice de la réforme de la psychiatrie dans les années 1950 et 1960. Cette idéalisation est nourrie de tous côtés : du côté de l'équipe psychiatrique, convaincue que la démarche entamée pourrait constituer un tournant décisif dans la trajectoire thérapeutique du patient, et qui attend avec impatience et espoir le premier entretien ; du côté du Centre de psychanalyse qui accepte d'entreprendre des aventures thérapeutiques avec des patients « impossibles » - avec une part de mégalomanie, sœur jumelle de

l'idéalisation, mais qui parfois n'est pas inutile lorsqu'on s'occupe de patients psychotiques, et traduit ce que l'on pourrait appeler la « foi du psychanalyste ».

Quelle est l'incidence de ces circonstances sur ce que l'on peut appeler le « pré-transfert » du patient qui se présente à la première consultation ?

— La première est une disposition psychique particulière qui peut parfois conduire à des révélations tout à fait inattendues concernant l'histoire du patient, et que celui-ci a probablement gardé par devers lui tout au long de ces années de traitement psychiatrique, pour en faire état dans les conditions exceptionnelles du premier entretien. Il n'est pas rare que l'équipe soignante, qui peut assister au premier entretien lorsque celui-ci est retransmis en vidéo, ou qui reçoit la lettre qui lui est adressée à la suite du premier entretien, fasse état de sa stupéfaction devant la révélation de tel ou tel élément biographique dont elle n'a jamais eu connaissance. « Je suis là pour dire la vérité », dit parfois le patient, comme si, non seulement il était plus ou moins admis qu'on ne dise pas forcément « la vérité » dans les conditions des entretiens avec les psychiatres et l'équipe soignante, mais aussi que ce premier entretien était en soi un lieu de vérité, une « épreuve de vérité », si l'on peut dire : entre confession et question, cette première consultation ainsi conçue et préparée révèle des pouvoirs suggestifs non négligeables. De ce fait, d'une part auto-alimente son idéalisation, d'autre part peut devenir le moment privilégié de remaniements parfois spectaculaires de clivages anciens et tenaces.

— La deuxième incidence de ce type de premier entretien est la

mise à l'écart de toute motion agressive, de tout mouvement transférentiel négatif. Certes, personne ne s'attend à ce que cette composante soit immédiatement lisible lors d'un premier entretien, en général. Toutefois, dans le cas particulier des patients à fonctionnement psychotique, le premier entretien demande un certain travail pour mettre en évidence la part d'ambivalence qui peut se cacher derrière cette demande de thérapie, attendue depuis longtemps et portée conjointement par l'équipe psychiatrique et par le patient - sans compter qu'un tel travail de mise en évidence n'est pas toujours, ni souhaitable, ni même possible ; les interruptions rapides des traitements qui s'ensuivent viennent alors rappeler ce qui est passé sous silence lors du premier entretien. Dans d'autres situations en revanche - et ceci est plus fréquent avec des patients états-limite graves - l'agressivité peut exploser sous la forme de la « rage de l'abandon » ou « de rejet » si le consultant a le malheur d'exprimer ses réticences par rapport à une éventuelle psychothérapie, voire de proposer au patient de l'adresser dans le secteur privé ; on mesure alors le revers de toute idéalisation.

— Une troisième incidence est en rapport avec le contre-transfert du consultant : le voici face à un patient qui a attendu longtemps cette première consultation, et qui est porté par une équipe très désireuse de voir ce même patient accueilli au Centre de psychanalyse et y entamer une psychothérapie. On peut se demander quel est sa marge de liberté psychique de ne pas poser d'indication..., d'autant plus qu'il représente, au moment de cette première rencontre, un Centre spécialisé dans le travail avec des patients qui ne correspondent pas aux indications classiques. Ainsi, il est très rare qu'une première consultation aboutisse à une réponse négative, et on peut plutôt être frappé de constater que le

consultant a spontanément tendance à chercher des arguments pour *justifier* l'admission du patient pour l'un des traitements pratiqués au Centre.

— On se retrouve donc avec un patient dont la demande est principalement portée par son équipe psychiatrique, face à un consultant dont la tendance spontanée est de l'accepter, et même de lui montrer l'intérêt de cette démarche pour lui - de le « séduire », en quelque sorte... On pourrait dire que la relation ainsi mise en place évoque la formule de base de la relation érotomaniaque (« *c'est l'autre qui est venu me chercher, qui s'est intéressé à moi* »), et on se souvient que, pour Jean Kestemberg, la relation érotomaniaque constitue en quelque sorte la matrice de la relation psychotique à l'objet (« tout délire n'est que la transposition d'une relation amoureuse qui pourrait être considérée, au sens strict du terme, comme érotomaniaque », Kestemberg, 1962). Ainsi, en définitive, le traitement du patient psychotique au Centre de psychanalyse aurait tendance à s'engager à partir d'une « position érotomaniaque » (Kapsambelis, 2011), qui constitue probablement la version psychotique du « transfert de base » selon l'expression de Catherine Parat (1976).

L'expertise

Un peu à contre-courant de l'évolution de la psychiatrie de ces vingt dernières années qui ont vu la progressive mise à l'écart de la psychanalyse, cette dimension d'idéalisation a relativement peu diminué dans l'ASM 13 au fil des décennies. Il est vrai que le recrutement du personnel médical continue d'accorder une place importante à la formation analytique ; il est vrai aussi que le Centre de psychanalyse a su prévenir tous les travers et les pièges

observés dans d'autres institutions de ce type : il s'est montré souple dans ses indications et dans ses échanges avec les équipes psychiatriques, il est resté proche d'elles et à leur écoute, il les a intégrées dans son travail sous de formes diverses (supervisions de cas confiés pour des psychothérapies, participation aux équipes de psychodrame), il a su éviter l'enfermement dans un « entre-soi », institutionnel et langagier, qui a tellement nuit à d'autres entreprises du même type dans d'autres établissements de psychiatrie de secteur.

C'est donc par un chemin plutôt inattendu que cette idéalisation a commencé à se modifier, et ce chemin pourrait être qualifié de « rançon du succès ». Je m'explique.

Entre 1980 et la fin des années 2000, le secteur du 13^e arrondissement, comme la grande majorité des secteurs psychiatriques en France, a vu tripler la population qui s'adresse à lui, sans que les moyens d'accueil mis à disposition évoluent dans les mêmes proportions, dans un contexte de crise du système de financement de la santé publique. De ce fait, les demandes adressées au Centre de psychanalyse ont augmenté aussi, la liste d'attente et les délais pour une première consultation se sont progressivement allongés ; on en était arrivé à plus d'un an et demi entre la demande initiale et la première consultation.

Cette situation devenait préjudiciable à plusieurs titres : elle posait un problème déontologique, encore plus aigu avec le type de patients que le Centre a l'habitude d'accueillir ; elle aboutissait à une déperdition considérable des demandes, patients comme équipes se lassant au bout de plusieurs mois, et finalement désinvestissant le projet ; elle mettait de ce fait en péril la relation

entre le Centre de psychanalyse et les équipes psychiatriques, alors même que cette relation avait su résister à la désaffection pour la psychanalyse de ces dernières décennies ; elle rendait encore plus difficile la non-acceptation d'un patient, même si l'indication apparaissait peu fondée (mais comment dire « non » à quelqu'un qui a attendu depuis si longtemps ?).

C'est dans ce contexte qu'est apparu, au sein du département de psychiatrie de l'adulte de l'ASM 13, la nécessité d'introduire d'autres types de professionnels, et d'autres modalités de travail psychothérapique, indépendamment du Centre de psychanalyse. Ainsi, des consultations thérapeutiques ont été instaurées et des psychologues ont été recrutés au sein, non pas du Centre de psychanalyse, mais des différentes équipes psychiatriques. Il s'agissait d'une petite révolution ; René Diatkine avait l'habitude de dire, en plaisantant : « Ici, le mot "psychologue" est un gros mot ; nous n'avons ici que des psychiatres et des psychanalystes ».

Ces psychologues, évidemment tous d'orientation psychanalytique et se trouvant à différents stades de leur formation, ont comme mission de proposer des entretiens à visée psychothérapique sans instaurer un cadre de travail analytique en face-à-face ; entretiens donc qui peuvent être hebdomadaires, voir bihebdomadaires pendant une période de crise, ou dans d'autres cas bimensuels ou mensuels, et qui peuvent aussi déboucher, ou pas, en tout cas dans un deuxième temps, sur une orientation vers le Centre de psychanalyse. Il est possible aussi que ce travail de type psychothérapique avait déjà lieu auparavant, dans les années 1960 à 1980, mais qu'il était effectué tout simplement par les psychiatres consultants ; qu'il faisait partie de ce qui était considéré à l'époque comme un bon « travail psychiatrique »

ordinaire, lequel ne se résumait pas à la prescription médicamenteuse. Dans cette hypothèse, il aurait progressivement disparu du fait de l'augmentation de la demande et de la diminution de moyens (et aussi sans doute de la moindre sensibilisation de psychiatres à la dimension psychothérapique de leur travail de consultation).

L'introduction de cette nouvelle modalité de travail et de ce nouveau corps de professionnels a considérablement modifié la nature des premières consultations au Centre de psychanalyse et ses relations avec son environnement professionnel. La « demande de psychothérapie » (on sait que cette appellation généraliste et ambiguë est devenue pressante ces dernières années à tous les niveaux : public, autorités de tutelle, professionnels de santé) trouve une issue dans des délais raisonnables au niveau même des équipes psychiatriques, sans forcément le poids de l'idéalisation qui accompagne l'envoi vers le Centre de psychanalyse (et l'attente). La pression de la demande a diminué, les délais d'attente aussi.

Mais surtout, un changement s'est produit dans la *demande* elle-même. Le Centre de psychanalyste était progressivement devenu le lieu de réponse à une question à laquelle sa réponse à lui n'était pas forcément la plus adéquate, mais à laquelle il se sentait tenu de répondre. Désormais, il est possible de ne pas fonctionner à partir de la réponse, mais à partir de la question : un psychanalyste est sans doute le mieux placé pour évaluer le fonctionnement mental du patient qu'il a face à lui, et pour donner une *indication* sur les modalités de *travail psychique partagé* qui correspondraient le mieux à son fonctionnement. C'est donc quelque chose dans la *qualité* de la demande, aussi bien des uns

(les patients) que des autres (l'équipe psychiatrique) qui est en train de se modifier. Au traditionnel : « Merci de bien vouloir accueillir au Centre de psychanalyse M. X..., Mme Y..., qui... », etc., commence à se substituer une formulation quelque peu différente : « Nous aimerions avoir votre avis sur M. X..., Mme Y..., suivi(e) depuis quelque temps dans notre équipe, et pour lequel... », etc. D'une certaine façon, *le consultant du Centre de psychanalyse se trouve en position « expertale »*. Il lui est demandé de contribuer au débat sur la meilleure approche thérapeutique pour un patient donné, et la possibilité de ce « pas de côté » semble élargir sa liberté de penser lors de ce premier entretien. Le poids spécifique de la part d'*évaluation*, toujours présente de toute façon lors d'une première consultation, s'en trouve augmenté.

Ce processus de transformation est encore en cours. Le premier entretien psychanalytique se déroule toujours comme d'habitude. Toutefois, quelque chose se modifie insensiblement dans le poids de l'idéalisation, aussi bien du côté du patient que du côté du consultant. Dans cette ambiance plus allégée, un *moment* de l'échange - un souvenir qui revient brutalement, un lapsus, une association d'idées particulière, un arrêt ou un blanc - émerge plus facilement ou, pour être plus précis : son émergence devient plus facilement perceptible, et peut davantage servir d'amorçage à une mobilisation psychique du patient et à l'éventuel engagement d'un travail analytique.

Les années à venir permettront de mieux apprécier les conséquences de cette modification sur la nature, la fonction, les modalités de première consultation dans notre Centre de psychanalyse.

Conclusion

J'ai voulu dans cette communication décrire la particularité de la première consultation dans un Centre de Psychanalyse comme celui de l'ASM 13. Je me rends compte que j'ai développé deux particularités relativement indépendantes, car de niveaux différents, l'une en rapport avec le type de patients reçus, l'autre avec la place du Centre de psychanalyse dans un organisme de soins psychiatriques. Il est certain – je l'ai déjà dit – que la place de la psychanalyse n'est plus ce qu'elle était au sein de la psychiatrie, en France et encore davantage l'étranger. Nous espérons que notre travail, désormais au sein du Pôle psychanalytique du 13^e arrondissement, contribuera à un changement de cette situation.

Vassilis Kapsambelis
membre de la SPP,
Directeur du CEJK

Références bibliographiques

1. Freud S. (1938) Abrégé de psychanalyse. *Œuvres Complètes de Freud. Psychanalyse XX* : 225-305. Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
2. Kapsambelis V. (2011) La position érotomaniaque. *Revue française de psychanalyse* 75 (3) : 783-796.
3. Kestemberg E. (1986) De la « phobie du fonctionnement mental ». *Revue française de psychanalyse* 50 (5) : 1339-1344. Reproduit in : E. Kestemberg, *La psychose froide*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001 : 215-221.
4. Kestemberg E. (1981) Le personnage tiers. Sa nature – sa fonction. Les cahiers

du centre de psychanalyse et de psychothérapie 3 : 1-55. Reproduit in : E. Kestemberg, *La psychose froide*. Paris, Presses Universitaires de France, 2001, pp. 145-177.

5. Kestemberg J. (1962) À propos de la relation érotomaniaque. *Revue française de psychanalyse* 26 (5) : 533-603, 1962.
6. Parat C. (1976) À propos du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse* 40 (3) : 545-560. Reproduit in : C. Parat, *L'affect partagé*, pp. 162-179, Paris, PUF, 1995.
7. Racamier P.-C. (1982) Le traitement de la psychose et l'accompagnement du psychotique : le point de vue psychanalytique. *Psychiatrie Française* 13(4) : 129-142 (575-588).
8. Winnicott D. W. (1947) La haine dans le contre-transfert. In : D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, pp. 48-58. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1969.
9. Winnicott D. W. (1971) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard, 1975.

Une rencontre atypique

Auteur(s) : Clarisse Baruch

Mots clés : Kestemberg (Évelyne) - psychanalyse (et psychiatrie) - psychanalyse (service public) - psychiatrie et psychanalyse - psychose(s) - rencontre (psychanalytique) - tiercéité - tiers (personnage)

Si les analystes du CEJK peuvent y recevoir toutes sortes de patients, quelle que soit leur organisation psychique, pourvu qu'il

soit acquis que la prise en charge institutionnelle en gratuité est préférable à l'adressage « en ville », la spécificité de la recherche qui y est menée concerne l'abord psychanalytique de ceux dont le psychisme s'est organisé sur un mode d'être psychotique. Le Centre, autonome dans son fonctionnement au sein d'une vaste structure psychiatrique couvrant tout le champ des pathologies psychiques, a été conçue en une articulation avec la théorie psychanalytique ; l'espace physique dans lequel il est situé, à un étage différent mais dans le même bâtiment que le secteur psychiatrique, offre d'emblée aux patients, aux analystes et aux soignants de psychiatrie, une possibilité d'étayage : La représentation externe d'un espace topique solide permet d'accrocher des psychismes à la topique justement mal délimitée.

La consultation est le deuxième point de contact des patients avec le Centre, après celui qui a permis l'organisation du rendez-vous. Le dispositif, mis en place principalement pour ces patients non névrotiques, rend tangible la continuité de la présence du Consultant tout au long de la cure, ce « personnage-tiers » si brillamment modélisé par Evelyne Kestemberg : « Tantôt je me situe dans l'aire de l'Idéal du Moi narcissique et constitue un référent-fétiche, tantôt dans le règne du Surmoi confinant aux rivages de l'Œdipe au sein de relations objectales friables mais maintenues » [...] « l'utilité voire la fécondité - du personnage-tiers, donc - n'intervient que pour des malades à organisations psychotiques complexes ». J'ai récemment proposé de prendre en compte l'existence d'un autre représentant majeur de la solidité de l'appareil de contenance que j'ai appelé « le personnage-pivot », par lequel s'effectue le tout premier acte de la Rencontre, la secrétaire du Centre. Personnage pivot, parce que c'est la bonne lubrification de cette articulation entre le patient, le

consultant, l'analyste et l'institution toute entière que dépendra la fluidité des échanges, externes, mais surtout topiques et transférentiels.

Consultation, donc : Une rencontre par définition unique, souvent la première expérience de l'écoute analytique pour des patients qui parfois ont une longue pratique des différentes rencontres psychiatriques. Parfois, à l'inverse, une énième tentative de dépasser des résistances qui ont amenées à des ruptures à répétition. Plus rarement encore, une reprise de travail analytique déjà traversé puis terminé, à l'occasion d'un nouveau cycle de vie. Lors de ces moments toujours particuliers, dans nos dispositifs, le Consultant sait qu'il ne sera en aucun cas l'analyste du patient ; son ouverture psychique à l'inattendu du psychisme, ses affects contre-transférentiels, la construction dynamique de ses hypothèses métapsychologiques, toute la richesse de ce moment de vie se clôturera lors de la poignée de main marquant la séparation.

Nous partageons avec les autres entités de ce « pôle » ce marquage particulier de la tiercéité et nous proposons aux patients des consultations vidéo en première réponse à leur demande de prise en charge ; la situation clinique peut-être alors être reprise en temps réel par le groupe d'observateurs, avant qu'une restitution ne soit discutée avec le patient ; en cas de refus, naturellement, l'entretien a lieu dans l'intimité de la relation duelle. Nous suivons ainsi la trace de nos prédécesseurs, de P. Marty à E. Kestemberg, de R. Diatkine à J. Gillibert, en passant par M. de M'Uzan qui a laissé son empreinte aussi bien à l'Ecole de Paris qu'à la SPP et à l'ASM13.

Mais la spécificité du CEJK réside, comme je l'ai dit plus haut,

dans sa situation particulière, à la fois hors et dans une structure psychiatrique, et dans son objet de recherche, le travail psychanalytique de la psychose. Évelyne Kestemberg, comme René Diatkine, ou Jean Gillibert, avait coutume d'aller dans les services d'hospitalisation, et d'y avoir des entretiens psychanalytiques ponctuels avec certains patients, à la demande des équipes soignantes (Kestemberg, *op. cit.*). Loin de l'unité de lieu du bâtiment des consultations psychiatriques de secteur et du travail psychanalytique, avaient donc lieu des « transfèvements » de psychanalystes vers l'hôpital psychiatrique. C'est ce qui est retenté depuis quelque temps à la Policlinique de l'ASM13. La policlinique accueille des patients en situation de crise, hospitalisés à la suite de décompensations délirantes ou d'actings mettant leur vie ou celle des autres en danger. Ils sont parfois suivis au long cours en psychothérapie psychanalytique au Centre ; les moments de décompensation sont alors repris dans les séances comme un mouvement significatif de leur évolution, dans le travail transfero-contretransférentiel qui pourra permettre leur perlaboration. Mais la plupart des patients hospitalisés ne sont pas en mesure de mettre au travail analytique leur monde interne. Les équipes psychiatriques sont alors seules, en présence de l' « effrayante étrangeté » de la psychose. La possibilité de recourir alors à une personne tierce, extérieure mais analyste, permet alors de bien heureuses rencontres.

C'est une situation de ce type que j'ai été amenée à vivre il y a quelques mois.

J'ai donc rencontré Mme X, dont je ne savais rien, sauf qu'elle était hospitalisée, dans une salle de réunion dans laquelle se trouvait déjà une vingtaine de personnes, tous impliqués dans la

structure de soin, de l'auxiliaire de vie au psychiatre chef de service, en passant par les internes, infirmiers, psychologues, assistantes sociales... Expérience nouvelle et qui m'interrogeait, de mener un entretien psychanalytique en présence physique de tout ce monde, et non dans une relation protégée par la pseudo-intimité d'une pièce munie d'une caméra ou, mieux encore, dans un setting classique. Je redoutais d'avoir à me confronter à un Moi-idéal écrasant, observée, jugée même par tout ce monde, ce qui m'aurait coupée d'une véritable rencontre avec la patiente. Ou qu'elle soit elle-même intimidée, inhibée, qu'elle sente une intrusion dans son intimité ou une tentative de séduction excitante, qui effracterait son parexcitation... c'était oublier qu'elle n'était pas névrosée, et qu'elle fonctionnait alors sur un mode psychotique.

Je vois arriver une dame d'âge incertain un peu hésitante, qui jette un regard sur l'assistance. Nous nous présentons, nous nous asseyons, nous nous regardons. Je lui propose la parole, et elle commence à me dérouler les raisons de son hospitalisation, son angoisse, son histoire psychiatrique chronique. En me jetant de rapides coups d'œil mi-interrogatifs mi-scrutateurs, elle commence à évoquer des ondes qui la traversent. Je ne dis rien, sauf des « ah ?, oui ? mmh ? », et je me sens la porter par le regard. Et une sorte de bulle, transparente, se crée autour de nos deux chaises, nous isolant du reste de la pièce, il n'y a plus qu'elle et moi au monde. Était-ce une chimère au sens de Michel de M'Uzan, cette représentation fantasmatique d'une co-crédation de nos deux inconscients, proposée au conscient de l'analyste et lui proposant une énigme renvoyant à l'in-su, à l'in-nommé du patient ? Ou bien était-ce un dispositif différent, protégeant la rencontre de nos deux psychismes, comme le rêve préserve le

sommeil ? en tous les cas, au moment même, je ressens pleinement cette curieuse matrice, cette chimère simplissime, cette bulle de savon, à l'intérieur de laquelle peut se vivre l'intimité partagée de son discours. Comme elle ne reçoit pas de démenti de la véracité de ce dont elle me parle, elle s'enhardit petit à petit, jusqu'à décrire des éprouvés délirants d'effraction corporelle. Lors de plusieurs hospitalisations précédentes, sa chambre d'hôpital lui servait de refuge, heureusement elle pouvait trouver un peu de repos. Et voilà que cette fois, lors de la présente hospitalisation, cela ne fonctionne plus. Elle ne sait plus comment faire pour se protéger, elle se sent touchée par ces ondes parfois même sous la douche. Je lui demande au bout d'un moment comment cela se passe ici avec moi, si elle se sent menacée. Non, me dit-elle, ici ça va, avec vous ; ce qui, contre transférentiellement, me confirme la présence psychique de cette bulle protectrice, et de ce que je peux représenter pour elle d'une matrice imperméable aux attaques à l'intérieur de laquelle la parole retrouve sa place.

Par petites touches apparaissent alors des fragments de son histoire, dont je ne retiens pas grand-chose excepté un père, bien trop proche, bien trop sexuel, des attouchements, un inceste peut-être ? une mère, des sœurs, indifférenciées, un milieu non protecteur, une enfance dans un univers bien trop chaud, si excitant... Elle passe du père aux ondes, des ondes au père... quand enfin je me décide à avancer prudemment que peut-être, ce qu'elle ressent pourrait être lié à ce qui se passait dans son enfance, à sa relation à son père, il me semble qu'un soulagement immédiat la délivre momentanément de cette tension diffuse qui émanait d'elle, et qu'elle me regarde avec reconnaissance. Fantasme ? Illusion de lui avoir procuré cette parole qui n'avait

pas pu advenir, que sa mère ne lui avait pas permis, dans un moment de séduction narcissique tel qu'en décrivait Racamier ? Ou soulagement réel qu'une compréhension puisse lui être accordée, par-delà la grossière dissimulation du délire ? En tous les cas, les participants présents m'ont confirmé dans l'après-coup qu'ils avaient eux aussi ressenti qu'un tournant avait été pris là, à ce moment de la rencontre. Sa confiance m'avait été accordée.

Le reste de l'entretien se passa dans un climat serein, une forme de tranquillité. À la fin, elle me remercia de ne pas lui avoir dit, comme tous les autres, que je ne la croyais pas, qu'elle se faisait des idées. Et elle repartit, raccompagnée par un membre de l'équipe, comme si - c'est l'expression qui me vient dans l'après-coup - elle revenait du marché, son cabas de légumes à la main.

La dernière partie de la réunion, la discussion avec l'équipe, ne fut pas la moins riche : après tout, c'était avant tout eux qui avaient été demandeurs, dans l'espoir que quelque chose, peut-être, pourrait se passer qui les sortirait, la patiente et eux, de la sorte d'impasse dans laquelle ils se sentaient. Le départ de la patiente a instantanément dissous la bulle, et je me retrouvais dans cette société humaine bienveillante, intéressée et intéressante. Un échange dynamique s'instaura, chacun intervenant de sa place, de psychiatre, de psychologue, d'assistante sociale, d'infirmière. Le bouillonnement vital du processus associatif des uns et des autres me sembla être le signe de la relance du processus soignant de l'équipe. Une intervention m'est particulièrement restée en mémoire : un membre de l'équipe rapportait que l'entretien l'avait beaucoup fait penser, en particulier à ce qui s'était passé récemment avec elle lorsqu'il voulait l'emmener à la douche ; il fallait être là pour qu'elle accepte, et encore pas toujours. Mais

maintenant qu'il l'avait entendu parler des ondes, et de la douche, il comprenait soudain pourquoi à certains moments elle se mettait à hurler et à refuser d'y entrer. Il n'y avait jamais pensé jusque-là mais les jets d'eau de la douche pouvaient évidemment la renvoyer à son délire. Il serait bien plus attentif, dorénavant, à son état psychique lorsqu'il lui proposerait d'aller se laver.

La finesse de cette remarque, tout comme les associations qui ont fusé de toute part, constitue pour moi une démonstration de l'intérêt de ces « visites » un peu particulière. Une autre approche, une autre rencontre que celles qui sont d'usage en psychiatrie, pour des patients qui a priori ne sont pas des « clients » des analystes. C'est l'occasion de tenter avec ces patients-là l'expérience de l'ouverture vers leur monde interne, vers une possibilité de mise en sens, et de regarder ce qui en advient. En même temps, cette ouverture du champ de l'écoute à un spectre qui habituellement sort du registre de l'audible, réinjecte de la libido dans l'investissement de l'équipe soignante, tout en assurant un gain narcissique non négligeable au patient.

Il est clair pour tous dès le départ que ce moment restera unique, que ce qui s'est noué entre Mme X et moi n'est pas du registre du transfert au sens restreint du terme. Cependant, pendant une petite heure, cette patiente s'est trouvée une assez bonne analysante, suffisamment pour que dans nos échanges avec l'équipe, l'hypothèse de lui proposer une thérapie au Centre ait été évoquée, sans que l'on s'y arrête.

Mais de fait, quelques semaines plus tard, la secrétaire du CEJK m'informa que Mme X avait appelé pour savoir si une prise en charge psychothérapique pouvait lui être proposée. Elle a rempli la demande de prise en charge et se trouve aujourd'hui sur liste

d'attente. Qui peut dire ce qu'il en adviendra ? Mais déjà, incontestablement, une rencontre s'est produite, entre nos psychismes, entre nos inconscients, et cela est déjà une belle aventure.

Clarisse Baruch
Membre titulaire de la SPP,
professeur des universités,
directrice de rédaction de la revue « Psychanalyse et Psychose »
du CEJK

Références

1. Baruch C. (2018) Espace topique, espace physique. In : Actes du colloque La consultation psychanalytique en institution : quels transferts ? *Le Carnet psy*, 218 : 45-49 (juillet-août 2018)
2. Kestemberg E. Le personnage tiers. Sa nature - sa fonction. *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie* 3 : 1-55, 1981. Reproduit in : E. Kestemberg, *La psychose froide*. Paris, PUF, 2001, pp. 145-177.
3. Baruch C. (2018) Le personnage-pivot. *Psychanalyse et Psychose* 18 (Le tiers institutionnel) : 121-140. Paris, ASM13.
4. De M'Uzan M. (1994) *La bouche de l'inconscient*. Paris, Gallimard.

La psychanalyse et la

nouvelle psychiatrie. Chimiothérapie et psychothérapie

Auteur(s) : Gilbert Diatkine

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

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

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

preuve » dans laquelle l'action des praticiens découle d'une recherche soumise à sept critères :

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

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

Mais peut-on vraiment dire qu'une statistique prouve quoi que ce soit ? J'ai plus de chance de mourir d'un cancer bronchique si je fume que si je ne fume pas, mais il n'est pas prouvé que je n'aurai pas un cancer bronchique si je n'ai jamais fumé de ma vie. Imagine-t-on une justice qui se contenterait de statistiques en matière de preuves, et qui condamnerait un inculpé pour vol parce qu'il est pauvre, sous prétexte que les vols sont plus souvent commis par les pauvres ? Comme les juges, les cliniciens, médecins, et surtout chirurgiens, sont habitués à être bien plus exigeants. Ils interrogent avec soin leurs malades, les examinent en suivant des procédures systématiques, et à partir d'un faisceau

d'éléments disparates construisent une ou plusieurs hypothèses cliniques. Ils demandent alors des examens complémentaires, comme des radiographies, des dosages dans le sang ou des examens bactériologiques qui leur apportent la preuve que leur hypothèse est vérifiée ou infirmée. La recherche médicale ne procède pas autrement que les cliniciens, mais son rythme de progression est bien plus lent. Pendant une première étape, son approche est en effet purement statistique : pendant des siècles, les médecins ont broyé des écorces de saule et les ont administrées à des malades fiévreux. Le plus souvent, leur température diminuait. Puis au XIXe siècle, on a isolé le principe actif de ce remède, l'acide acetyl-salicylique, et on l'a commercialisé sous le nom d' « aspirine ». Mais on n'a pu démontrer le mode d'action biochimique de l'aspirine qu'au milieu du XXe siècle. Les statistiques peuvent indiquer une direction de recherche, mais on ne peut leur demander d'administrer des preuves.

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

un effet sur la schizophrénie, et comment le fait de vivre à peu près normalement changeait la nature des psychoses chroniques.

La nouvelle psychiatrie cherche donc à satisfaire aux exigences de la médecine fondée sur la preuve : les chefs de service et les professeurs d'université s'efforcent d'être éclectiques et d'avoir dans leurs équipes aussi bien des cognitivistes que des biochimistes et parfois des psychanalystes. Leurs recherches sont publiées en Anglais par les revues médicales les plus réputées, comme *The Lancet*, le *New England Journal of Medicine*, et les grandes revues psychiatriques, comme le *Journal of the American Journal of Psychiatry* ou les *Archives of Psychiatry*, les seules qui comptent pour le recrutement et le classement des universitaires. Chaque année, nos collègues psychiatres reviennent de congrès où avec des milliers d'entre eux, venus du monde entier, ils ont entendu des universitaires et des chercheurs de renom leur apprendre les dernières découvertes. Des associations de patients, une pour chaque nouvelle maladie, soutiennent leurs médecins et les progrès de la nouvelle science.

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

Les progrès de cette nouvelle psychiatrie sont rapides, comme en témoignent les éditions successives du *Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie* (« *DSM IV* »), qui s'est substitué pour la psychiatrie nouvelle aux manuels

et aux traités de la psychiatrie classique. Par exemple, dans le DSM IV, les « Désordres Dépressifs Majeurs » regroupent ce qui était autrefois la mélancolie comme maladie, et la dépression comme symptôme. De même, le *THADA* se substitue à l'Hyperactivité isolée qui figurait dans les éditions précédentes, jusqu'à la troisième, révisée, nommée « *DSM III R* ». La Phobie Sociale, qui figurait dans le DSM III après avoir été d'abord décrite au Japon, est devenue le « Désordre d'Anxiété Sociale » dans le DSM IV.

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

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

I. Le Trouble des Conduites

Malgré la bénignité de cette expression, le « Trouble des

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

Tempérament et caractère

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

Génétique

Ce renouveau d'intérêt pour le « tempérament » est lié aux

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

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

Les traumatismes

Il est tout à fait possible qu'un facteur génétique à découvrir soit responsable de l'intensité particulière de l'hyperactivité habituelle du jeune enfant. Pour les psychanalystes, le rôle de l'environnement est toujours déterminant. Deux facteurs doivent

être distingués. D'une part les carences affectives précoces, sous la forme de séparations du milieu familial dans les premières années de la vie pour des raisons sociales ou médicales. D'autre part l'investissement particulier de l'hyperactivité par les parents, qui l'interprètent comme un signe de la ressemblance de l'enfant avec un personnage agressif qui a joué un rôle important dans leur vie. Les deux mécanismes se combinent souvent, par exemple quand une jeune mère abandonnée par un conjoint brutal interprète l'agitation de l'enfant comme le signe qu'il est tout le portrait de son père.

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

Biochimie

On s'attendrait à ce que l'essentiel des travaux biochimiques rapportés soient consacrés à l'attention, puisque c'est en corrigeant le déficit de l'attention que l'on espère prévenir le Trouble des Conduites. Mais il n'en est rien. Toutes les recherches biochimiques rapportées envisagent l'action directe des amphétamines sur la motricité, et non sur l'attention. Le méthylphénidate (la *ritaline*) bloque le transporteur de la dopamine, ce qui augmente la dopamine présente dans la synapse.

Certaines recherches montrent que les concentrations des métabolites de la dopamine dans le liquide céphalo-rachidien des sujets impulsifs et agressifs sont très basses. D'autres montrent qu'elles sont au contraire très élevées. Quelques contradictoires que soient les résultats de ces recherches, elles reposent toutes sur l'hypothèse que l'action de la *Ritaline* sur l'hyperactivité serait liée d'une façon ou d'une autre au contrôle qu'exerce la dopamine sur l'activité motrice.

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

La prévention du Trouble des Conduites

C'est pourtant bien sur la guérison précoce du trouble de l'attention que reposent les espoirs d'une prévention du Troubles des Conduites. Le précurseur du Trouble des Conduites, le Trouble d'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention, est en effet, comme son nom l'indique dû à un déficit de l'attention. C'est le maillon faible d'une chaîne causale qui conduit du banal « Trouble d'Opposition Provocation » (T.O.P.) de la petite enfance, au grave

« Trouble des Conduites » de l'adolescence. Si le Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention s'associe à un Trouble de l'Opposition Provocation, il risque de devenir à l'adolescence un Trouble des Conduites, et donc d'aboutir à une violence et à une délinquance fixées. Le rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale y insiste : le Trouble d'Hyperactivité Avec Déficit de l'Attention est « la première marche dans la progression vers le trouble des conduites ». C'est un trouble neurocognitif qui « semblerait jouer un rôle clé dans la transition entre un TOP et le trouble de la conduite. 28% des garçons hyperactifs chroniques sont « sur une trajectoire d'agression physique chronique », mais 72% des garçons sur une trajectoire d'agression physique chronique sont sur une trajectoire d'hyperactivité chronique .

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

Les amphétamines augmentent l'attention et font donc cesser l'hyperactivité. L'existence de molécules efficaces contre le THADA a fait naître l'espoir d'une prévention précoce de la délinquance. Cependant l'idée d'un dépistage de la future criminalité dès la crèche, ainsi que la perspective de l'administration massive d'amphétamines aux jeunes enfants a

suscité de grandes inquiétudes, dont a témoigné la polémique qui a accompagnée la publication du rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale de 2006. D'ailleurs, ce *Rapport* précisait bien qu'on ne dispose pas encore des études longitudinales sérieuses qui auraient pu démontrer l'efficacité de cette prophylaxie éventuelle. Le même rapport déplorait aussi le manque de programme « fondé sur la preuve » pour le trouble des conduites.

En montrant avec minutie tout ce que la génétique, la biochimie et l'anatomie des comportements agressifs nous apportent aujourd'hui, le *Rapport* nous montre aussi l'étendue de nos ignorances. Dans chaque domaine, les chercheurs éclairent une portion minuscule d'un continent noir qui reste encore à explorer pour sa plus grande partie.

II) Les syndromes dépressifs modérés

Les circonstances qui ont conduit à découvrir des Syndromes Dépressifs « Modérés » à côté des Syndromes Dépressifs Majeurs, jusque-là seuls retenus par la nouvelle psychiatrie, ont bien été décrites par David Healy, longtemps Secrétaire de l'Association Britannique de Psychopharmacologie. En 1950, on avait découvert par hasard un nouveau médicament qui avait une action puissante contre les états dépressifs, l'imipramine ou *Tofranil*. Plusieurs médicaments de la même famille ont alors été commercialisés. Malheureusement, ces antidépresseurs poussaient certains patients au suicide, ce qui a obligé à limiter l'emploi de ces médicaments à des patients sous surveillance étroite en milieu

hospitalier. Comme son action antidépressive, l'effet suicidaire de l'imipramine restait de l'ordre statistique : la plupart des patients déprimés qui en prenaient allaient mieux, et une faible partie d'entre eux faisaient des tentatives de suicide. Ces médicaments avaient un mystérieux pouvoir « activateur », qui dans certains cas allait trop loin, mais on ne disposait pas d'hypothèses sur la nature de ce pouvoir.

Le mode d'action des médicaments antidépresseurs

À partir de 1961, les chercheurs sont sortis de l'univers de la statistique pour entrer dans le domaine de la recherche proprement dite, c'est-à-dire des hypothèses et des vérifications expérimentales. On a découvert on que les anti-dépresseurs agissent sur la transmission de l'influx nerveux au niveau de la synapse entre deux neurones. Normalement la transmission de l'influx nerveux depuis le neurone pré-synaptique est assurée par deux médiateurs chimiques, la sérotonine et la noradrénaline. Ces neurotransmetteurs sont transportés, « capturés », dans le neurone pré-synaptique par des protéines. Ils sont libérés de cette protéine pour déclencher la transmission de l'influx dans la synapse, puis sont « recapturés » par cette protéine. Les antidépresseurs inhibent cette « recapture » et élèvent donc le taux des neuromédiateurs dans le liquide céphalo-rachidien. L'exploration de l'univers complexe du neurone présynaptique n'a pas encore permis d'expliquer comment cette élévation du taux des neuromédiateurs dans le liquide céphalo-rachidien corrige la dépression. Par exemple, on n'a jamais démontré qu'il existe une diminution de la sérotonine dans le cerveau des déprimés.

On ne sait pas non plus quel est le neuromédiateur en cause dans l'effet du médicament. Les pharmacologues européens pensaient

plutôt que la dépression était causée par une baisse du taux cérébral de sérotonine. Les Américains pensaient au contraire que c'était plutôt la baisse de la noradrénaline qui était déterminante.

Les chercheurs ont proposé une hypothèse sur ce qui rendait si dangereux certains médicaments anti-dépresseurs. Peut-être que l'un des deux neuromédiateurs en cause, la noradrénaline, était seul responsable du risque suicidaire. On a alors eu l'idée d'avoir recours à des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (« SSRI » pour *Selective Serotonin Recapture Inhibitors*), dont on espérait qu'ils lèveraient la dépression sans pousser les patients au suicide. De tels médicaments existaient depuis longtemps, mais ils n'étaient pas très efficaces, et leur commercialisation avait été abandonnée. On ne pouvait donc pas les employer dans les Syndromes Dépressifs Sévères. En revanche, ils pouvaient être prescrits, même par des médecins généralistes, au vaste public qui souffre de « Syndromes Dépressifs Modérés », et même à des sujets qui allaient bien, mais qui auraient souhaité aller encore mieux. La fluoxétine (*Prozac*), un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, fut lancé massivement avec le slogan que ses consommateurs allaient se sentir « mieux que bien ». C'est ici que la méthode statistique trouve sa limite en matière d'administration de preuves : les essais cliniques sur des centaines de cas avaient bien montré que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine comme la fluoxétine causaient moins de suicides. Mais quand les médecins se mettent à la prescrire à des centaines de milliers de personnes, on commença à enregistrer des cas de suicide. L'étude épidémiologique de Jick et coll. sur le suicide chez des patients hospitalisés traités par d'autres antidépresseurs pour dépression graves, donne 600 suicides pour 100 000 années de patients traités (en

épidémiologie, on calcule par 100 000 années de patient traité) et 30 suicides pour 100 000 années de patients traités, chez des patients prenant d'autres antidépresseurs pour des dépressions légères. Avec le Prozac, on a 272/100 000 suicides, donc dix fois plus . Mais le taux de suicide tombe à 0% chez des patients légèrement déprimés non traités. Conclusion épidémiologique paradoxale : une légère dépression protège donc contre le suicide !. Depuis, de nombreuses autres études épidémiologiques ont donné des résultats convergents de 189 suicides pour 100000 années de patients traités par le Prozac. Comme 40 millions de personnes ont pris du Prozac depuis son lancement, on peut évaluer à 40 000 le nombre de suicides sous Prozac depuis qu'on l'emploie. L'épidémiologie n'apporte pas de preuve quant au rôle de la noradrénaline sur ce qui pousse au suicide les patients sous antidépresseurs, mais elle incite quand même à penser que l'élimination de la recapture de la noradrénaline n'avait pas supprimé le risque de suicide causé par les antidépresseurs.

III. Autres maladies mentales nouvelles

Healy, qui est par ailleurs un adversaire de la psychanalyse, et un partisan résolu de l'usage exclusif des médicaments en psychiatrie, soutient que beaucoup des maladies créées par la nouvelle psychiatrie l'ont été, comme les Syndromes Dépressifs Mineurs, pour promouvoir des médicaments découverts avant qu'on sache à quoi ils pourraient bien servir. C'est ainsi que les premiers neuroleptiques, la réserpine et la chlorpromazine, ont d'abord été présentés comme des tranquillisants. Les patients qui prenaient de la réserpine se sentaient souvent « mieux que bien »,

mais les laboratoires voyaient dans cet effet antidépresseur plutôt un inconvénient qu'un avantage. De même, la fluoxétine (*Prozac*) a été utilisée comme un anorexigène avant qu'on redécouvre ses et médiocres propriétés antidépressives.

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

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

IV. La psychanalyse et la nouvelle psychiatrie

Face à la nouvelle psychiatrie, la psychanalyse s'avère incapable de satisfaire aux exigences de la médecine fondée sur la preuve. Si elle multiplie bien les théories de référence, ses manuels ne fournissent aucune instruction sur les interprétations que les analystes doivent donner. Pire, toutes les Sociétés de

Psychanalyse rejetteraient sûrement un analyste qui se conformerait aux instructions d'un manuel pour formuler une interprétation. Ses publications scientifiques, de moins en moins nombreuses, paraissent dans des revues qui ne comptent pas pour le classement des spécialistes. Certes, il existe de nombreuses études comparant l'efficacité des psychothérapies « psychodynamiques » (fondées sur l'interprétation des résistances et du transfert, donc d'inspiration psychanalytique) aux autres psychothérapies. Dans une vaste « métarecherche », Leichsering et Rabung ont rassemblé les résultats de 23 de ces études comparatives qui leur semblaient offrir toutes les garanties d'une recherche sérieuse, rassemblant au total 1053 patients.

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

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

Les troubles de l'attention

En octobre 2006, Jacques Decourt avait organisé à Montpellier une table ronde sur les troubles de l'attention avec hyperactivité.

Jacques Decourt et moi-même étions les seuls psychanalystes, face à de nombreux praticiens de la nouvelle psychiatrie. Olivier Revol, de Lyon avait montré comment les nouvelles machines permettaient de distinguer facilement les « vrais THADA » des autres formes d'activité. Mme Getin, Présidente de l'Association des « parents HyperSupers » avait montré comment la *Ritaline* avait profondément amélioré la vie de son fils, jusqu'alors constamment renvoyé de l'école à cause de son instabilité. Mais dans le courant de la discussion, elle avait précisé que son fils maintenant devenu calme, se plaignait d'une tension intérieure très pénible. Et elle avait ajouté : « Heureusement qu'il a une psychothérapie, parce que sinon, je ne sais pas ce qu'il deviendrait ! ».

Je m'étais dit en l'écoutant que sans doute les amphétamines calment paradoxalement les enfants agités en les obligeant à prêter attention à des choses qu'ils n'ont pas envie de voir. La psychanalyse dispose d'une théorie de l'attention qui lie étroitement l'action et l'attention. Il est possible d'ailleurs que cette théorie soit un emprunt fait par Freud à Pierre Janet, qui contrairement aux psychiatres allemands, faisait de l'abaissement de l'attention (la « psychasthénie »), un concept central de sa théorie des psychoses. Peut-être influencé par sa connaissance de la psychiatrie Française, Freud assigne une place importante à l'attention dans le processus du devenir conscient. Il décrit le refoulement comme un détournement de l'attention vers d'autres voies de l'investissement. La représentation concernée cesse alors d'être consciente, par exemple parce que la « critique » s'y oppose. La pensée peut alors continuer son chemin de façon inconsciente, après un « rejet initial par le jugement ». Mais l'attention se détourne aussi de la représentation si l'appareil

psychique est parvenu à son but qui est l'action. Dans sa première conception de l'appareil psychique, Freud montre que normalement, l'excitation se décharge par une action appropriée conformément au principe de plaisir. Lorsqu'une représentation déplaisante apparaît, l'appareil psychique trouve de nouvelles sources de satisfaction dans le monde extérieur, et supprime la cause du déplaisir. Une fois l'action effectuée, la représentation pénible disparaît donc du champ de la conscience. L'investissement d'attention dont elle était l'objet est reporté sur le monde extérieur. Agir nécessite de faire attention à ce que l'on fait, mais permet en même temps de ne plus prêter attention à ce qui était une représentation déplaisante. Inversement, la privation de la décharge motrice au cours du sommeil favorise les représentations dans le rêve. De même, la position allongée sur le divan dans la situation analytique favorise l'attention que le patient doit prêter à ce qui lui vient à l'esprit. L'hyperactivité pourrait donc être comprise comme un moyen très efficace d'écartier des représentations pénibles de la conscience. En élevant le niveau de vigilance des enfants, les amphétamines les obligent à faire attention à ce qu'ils voudraient chasser de leur esprit.

Le mois suivant, en novembre 2006, le hasard m'avait amené à poursuivre cette hypothèse. Au cours d'un colloque organisé en Israël par l'association pour les Conférences de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent de Langue Française en Israël (C.O.P.E.L.F.I.), mon collègue Sam Tyano m'avait fait visiter le Centre Jabotinski de Tel Aviv, où les enfants sont traités à la fois par les amphétamines et par la psychothérapie. Comme Didier Revol à Montpellier, il m'avait montré le fonctionnement des ordinateurs qui peuvent faire un diagnostic de THADA sans

intervention d'un psychologue. Il avait présenté le cas d'un enfant mis sous Ritaline pour un trouble de l'attention sans hyperactivité. Bien que surdoué, il travaillait mal en classe, et le médicament lui avait permis de se concentrer. En même temps qu'il prenait les amphétamines, il avait commencé une psychothérapie. Dès la première séance, il avait dessiné un dragon invisible. À nouveau, j'ai pensé que l'amphétamine l'avait aidé à faire attention à ce qu'il ne voulait pas voir, un dragon dont la signification symbolique a occupé une grande part de la psychothérapie.

L'akathisie

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

Je suis tenté de rapprocher ces symptômes impressionnants d'une autre forme d'activité motrice décrite par des psychanalystes, les « galériens volontaires ». Fort heureusement, les « galériens

volontaires » décrits par Gérard Szvec ne semblent pas particulièrement suicidaires, malgré les risques physiques que prennent certains d'entre eux. Mais dans les deux cas, la voie motrice se présente comme une façon radicale d'essayer de faire le vide dans l'esprit. Des formes mineures d'akathisie s'observent aussi dans la psychopathologie de la vie quotidienne, par exemple quand on ressent le besoin de « descendre dans la rue » pour protester contre un évènement inacceptable, comme un attentat terroriste.

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

interprétation est exacte si le patient y répond en lui disant quelque chose à quoi il ne s'attendait pas, mais qui élargit d'une manière nouvelle ce que tous deux pensaient jusque-là. Mais en médecine comme en psychanalyse, la vérité est produite par la convergence des éléments disparates, et par la cohérence produite par leur rapprochement.

Conférence à Sainte-Anne, 26 janvier 2009

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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