

Des traumatismes invisibles ou Par manque de réalité

Auteur(s) : François Duparc

Mots clés : après-coup - mélancolie - objet (perte) - pare-excitations - réalité (manque) - réalité (psychique/interne) - trauma/traumatique/traumatisme

Je pense que vous n'aurez pas manqué de remarquer que mon titre était un peu obscur. C'est en partie volontaire. Il faut dire qu'en tant qu'analyste, je suis souvent un peu attristé par la façon dont on sert le traumatisme à toutes les sauces dans les médias, les journaux et les informations. Un traumatisme, c'est quelque chose qui se voit, qui se montre, et qui s'exploite. Les scientifiques, eux, ne connaissent que le stress : simple, évident, mesurable. Mais pour le psychanalyste le traumatisme est une chose des plus mystérieuses qui soient.

Le traumatisme, c'est un peu comme la réalité, qui ne se laisse pas saisir si aisément. Des scientifiques, des physiciens tels que Bernard d'Espagnat ont même parlé de "réalité voilée". Et en effet, quelle est la réalité d'un photon, d'un quark ou d'un trou noir ? Eh bien, le psychanalyste lui aussi revendique l'idée que la réalité, ce n'est pas si simple, cela ne tombe pas sous le sens. L'inconscient, l'habitude, l'idéologie, le consensus social, tout se ligue pour nous imposer des réalités évidentes, mais qui masquent des phénomènes plus complexes que ce que la raison ou la perception réaliste veulent nous faire croire.

Je vais tout de suite vous donner **un exemple-type** de

traumatisme, pour vous faire entrevoir ce dont je veux parler sans tomber dans l'abstraction théorique. Passe encore que mon titre soit obscur, mais je ne veux pas vous traumatiser davantage.

Imaginons un homme de la quarantaine, client peu probable pour la psychanalyse, car réaliste, ayant peu l'habitude de se remettre en question, mais qui accepterait tout de même de rencontrer un psychanalyste. Ce serait par exemple un cadre consacrant sa vie à son entreprise, et au fait de bien gagner sa vie. Parmi ses réticences à venir, il y aurait d'abord le fait que l'analyse, ça coûte cher, et qu'on ne sait pas très bien à quoi ça sert. L'analyste n'est pas très à l'aise avec ce genre de sujets, qui sont souvent des handicapés de l'imagination, comme me disait l'un d'entre eux. Il s'agit en général d'un type de personnalité assez affirmée, hyperadapté à la réalité, donnant une impression de force et de normalité.

Face aux questions précises qu'on lui réclame (de préférence à toute forme de rêverie) en poussant un peu l'interrogatoire, l'analyste découvre parfois des faiblesses inattendues : ainsi, un patient que j'ai connu avait tout d'un coup déclenché une névrose d'angoisse impressionnante, après avoir échappé de peu à l'incendie du tunnel du Mont-Blanc. Un autre, appartenant au même profil psychologique, avait eu une frayeur intense lors du tremblement de terre qu'il y a eu il y a quelques années dans la région qu'il habitait. Pas de morts, mais beaucoup de dégâts légers. La région n'avait jamais connu de tremblements de terre, et de nombreux habitants avaient eu assez peur. Mais cet homme, qui semblait toujours solide comme un roc à son entourage, à sa femme en particulier qui se plaignait de son manque d'expression affective, avait passé toute la nuit terrorisé, voyant sa mort

prochaine, la fin du monde, etc.

Voilà de beaux exemples de traumatismes, n'est-ce pas ? Pourtant, il y a tout de même deux remarques à faire. D'abord, les réactions que j'ai évoquées sont disproportionnées par rapport à l'événement lui-même (un incendie auquel on n'a pas réellement assisté dans le premier cas, un tremblement de degré cinq sur l'échelle de Richter, sans réels dégâts matériels chez le second patient). Ensuite, il s'agit bien de ce que j'appelle des traumatismes invisibles. Car, dans tous les cas auxquels je pense, personne n'avait accordé vraiment d'importance à ces anomalies qui avaient rapidement disparu. Quelques jours plus tard, la vie reprenait son cours, et les sujets ne consultaient pas du tout pour cela.

Il est d'ailleurs fréquent, voire quasiment la règle qu'on ne soit pas consulté pour ces sujets eux-mêmes, mais pour un proche qui souffre à leur place, à l'occasion d'une menace de divorce, par exemple, par une épouse qui se sent délaissée par un mari qui travaille à l'excès, ou encore parce que j'insiste pour rencontrer le père d'un enfant en difficulté scolaire (ce que je fais habituellement). C'est de cette façon, à l'occasion d'une de ces consultations et tout à fait incidemment, qu'on peut découvrir ces incidents, révélateurs d'une dépression masquée ou d'un traumatisme dormant depuis de longues années.

Ainsi, j'ai appris l'incident du tremblement de terre lors d'une consultation avec les parents d'un petit garçon déprimé. Parmi d'autres remarques, j'avançai l'hypothèse que cela traduisait peut-être une dépression latente chez son père, un homme en pleine forme apparente. Cela pouvait aussi expliquer aussi la baisse de son chiffre d'affaire, qu'il invoquait comme raison de ses

préoccupations financières. Quant à l'enfant, il s'était identifié au malaise de ses deux parents, en se faisant surtout le révélateur de la dépression masquée de son père. Mon intervention sur le tremblement de terre avait touché un point très symbolique qui frappa cet homme, et le fit réfléchir. Il s'était en effet toujours considéré, et avait été considéré par son entourage comme un pilier, un soutien d'une grande dureté, certes, mais d'une très grande solidité. Mais un jour, le pilier avait tremblé sur ses bases. Sa faiblesse était apparue d'abord à son fils, qui se déprimait, et à sa femme qui, depuis, envisageait de le quitter.

Lorsque qu'on parvient à faire réfléchir ce genre de consultants occasionnels, il arrive qu'ayant touché un point sensible, ceux-ci se révèlent désireux d'entreprendre une analyse. On en apprend alors davantage sur le vrai traumatisme qui se cache derrière l'incident traumatique manifeste. Chez l'un, on peut découvrir une enfance confinée dans un milieu de femmes, avec une absence d'homme réellement investi - il s'agissait d'un patient qui avait déclenché une névrose d'angoisse après l'ascension d'un volcan en éruption, mais sans réel danger-, chez un autre, c'est une enfance dans une maison isolée par de hauts murs, avec interdiction de fréquenter les enfants du voisinage - comme dans l'exemple du père dont je viens de parler ; le tremblement de terre était donc symboliquement pour lui ce qui menaçait les murs qu'il avait reconstruits peu à peu autour de sa famille, l'isolant comme il l'avait été enfant.

Dans tous les cas, on voit la complexité du vrai traumatisme, invisible, et qui n'est "déniché" par le psychanalyste que comme un noyau de réalité psychique du sujet, bien au-delà de l'aspect matériel, simple facteur révélateur, au sens photographique du

terme. Mais, me direz-vous, cette notion ne s'applique qu'aux traumatismes dont l'aspect "réel" ou matériel est assez léger. Ceci n'est pas exact ; chez les sujets pour qui le traumatisme évident est un traumatisme majeur, le problème n'est pas fondamentalement différent - du moins si on veut aller au-delà du simple soutien à l'état traumatique du début, et aider le sujet à dépasser le statut psychique d'un traumatisé à vie, ce qui est davantage un mode de survie qu'une vie véritable.

Je pourrais donner pour exemple le cas d'un homme fait prisonnier pour son action politique, torturé, et qui n'a dû son salut qu'à la chance et à l'émigration. Chez lui, le traumatisme avait été plus sérieux, et plus visible : il en gardait des séquelles physiques. Lorsqu'il vint faire une analyse, c'était certes pour évoquer cette période de sa vie, dont il avait cependant déjà parlé dans une thérapie, mais il voulait surtout comprendre en quoi son histoire infantile l'avait entravé, et peut-être prédestiné à se sacrifier pour une cause politique, quelle que soit la noblesse de ses motivations. Il en vint peu à peu à considérer que le véritable traumatisme, celui dont il n'avait jamais pu parler à personne, contrairement au premier, c'était celui de son éducation, de sa famille rigide qu'il n'avait jamais pu contester, car chez lui on ne disait jamais rien de sérieux. C'était une prison invisible, dans laquelle il souffrait une torture mentale sans motif apparent : ses parents l'avaient élevé convenablement sur le plan matériel, mais l'atmosphère familiale était étouffante, et on avait toujours rejeté ses espoirs d'enfant, ses initiatives, ses idées et ses sentiments, au nom d'un pessimisme gris et désespérant.

Tous ces exemples font bien ressortir **la complexité** du traumatisme, pour qui ne veut pas s'arrêter à la surface

médiatique de l'événement - comme de penser que les intégristes islamiques seraient les seuls responsables de l'effondrement des tours de New York et de la guerre déclenchée par les américains le 11 septembre dernier. Pour l'analyste, en particulier, le traumatisme est un phénomène complexe, dont la plus grande part est invisible comme l'inconscient. Cela est dû à plusieurs raisons théoriques, confirmées par la clinique quotidienne du psychanalyste.

Première de ces raisons : le traumatisme n'est pathogène que dans l'après-coup. Il faut donc un second traumatisme pour révéler le premier, souvent resté invisible jusque-là. Il ne faut pas oublier non plus que la longueur du développement du psychisme humain rend possible un grand nombre de microtraumatismes, de traumatismes cumulatifs, dont la somme est plus pathogène qu'un seul traumatisme évident.

Seconde raison : l'effraction des filtres psychiques que Freud appelait le pare-excitations, le débordement économique au moment du trauma, créent une lacune dans le psychisme. Cela se traduit par des phénomènes d'hallucination négative, de clivage défensif ou de déni, lesquels masquent souvent le véritable contenu du trauma, dont seule la compulsion de répétition peut faire entrevoir l'origine. Comme si les seules traces du trauma étaient le trou qu'il a laissé dans la psyché.

Mais comme si cela ne suffisait pas, il faut ajouter que le trauma peut aussi venir de l'intérieur, lorsque le sujet attend une expérience que son entourage ne peut lui fournir. Ce peut être une carence criante de l'environnement ; mais ce peut être aussi une défaillance relative à la constitution particulière du sujet, qui exige des rencontres qui ne sont pas possibles dans son contexte

familial, par ailleurs pas forcément si pathologique. Ce sont ces traumatismes-là qui ont été évoqués dans mon titre sous le terme de traumatismes “par manque de réalité”.

Développons un peu ces thèmes :

1) selon la première conception de Freud, qui date de ses premières découvertes sur l’hystérie, le traumatisme ne manifeste ses effets pathologiques que dans **l’après-coup** de la puberté, par un nouvel événement qui donne sens à un vécu traumatique plus ancien situé dans l’enfance. C’est la sexualisation secondaire de l’événement traumatique qui le rend visiblement pathogène : avant cette révélation (au sens photographique) le premier trauma et ses effets sur la psyché sont quasi invisibles. Cette sexualisation est une tentative de lier la rencontre traumatique au moyen de la libido disponible.

Comme on le sait, Freud a cependant dû assez rapidement abandonner sa première théorie traumatique, car il s’est aperçu que beaucoup de patients invoquaient des événements qui n’étaient que des fantasmes projetés dans le passé. Il découvre que les fantasmes de séduction, de scène primitive ou de castration étaient universels, et ne manquaient pas de se matérialiser dans l’histoire infantile du sujet, sans qu’aucun indice sûr permette de distinguer un événement réel d’un fantasme.

L’événement traumatique en lui-même, du fait de ses conditions d’inscription dans la mémoire, est mal représenté. Les traces mnésiques font l’objet d’un effacement, et lorsqu’elles font retour, elles se situent dans un *no man’s land*, une réalité dont on ne sait si elle est intérieure, de l’ordre de la réalité psychique, ou extérieure, de l’ordre de la réalité historique (réalité qu’on a

coutume d'appeler réalité extérieure, mais il n'est pas toujours aisé de déceler ce qui appartient au matériel, à la vision de l'événement par l'entourage, ou aux normes éducatives en cours).

Ainsi, lorsqu'un patient schizophrène me dit que son père le battait tous les jours, dans son enfance, il m'est très difficile de savoir ce qu'il en est. S'agit-il d'une réalité psychique délirante, d'une exagération d'une attitude éducative un peu rigide, mais dans les limites de la normale, ou bien d'un fait matériel indiquant la folie du père ? La mère du patient ayant passé sa vie à s'aveugler sur les défauts de son mari, sa dénégation à ce sujet ne peut pas plus être prise en compte que lorsque la mère d'un enfant incesté prétend n'en avoir jamais rien su.

Un indice de la réalité des faits peut être fourni par la force de la répétition (tous les jours), mais la seule réalité vraiment certaine, c'est celle de la mauvaise rencontre psychique. Et encore, le vrai traumatisme est toujours comme la forêt cachée par l'arbre invoqué par le patient : l'aveuglement de la mère aux souffrances de son enfant n'est-il pas tout aussi traumatique, voire davantage, que la folie éducative du père ?

2) Dans la suite de son œuvre, Freud a donc été plus prudent quant à la réalité du traumatisme. Il s'est intéressé aux conditions qui font qu'un traumatisme est vécu comme tel, ses modalités économiques (en termes d'économie psychique). C'est surtout à partir de la seconde guerre mondiale, en réfléchissant avec Ferenczi sur les névroses de guerre, qu'il va développer sa théorie du **trauma comme débordement du moi par l'excitation**. L'absence de préparation, de représentation concernant la situation traumatique, confronte le sujet à une perte de son emprise narcissique sur le monde extérieur, sur le monde des

objets. La compulsion de répétition est une façon de tenter, comme dans le jeu répétitif de l'enfant à la bobine (dans *l'Au-delà du principe de plaisir*, en 1920), de rétablir cette emprise par la mise en scène du trauma, d'où les rêves répétitifs des névroses traumatiques.

Dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, en 1926, il suggère que le prototype de la détresse traumatique est le vécu de la naissance, avec une angoisse qui traduit l'*Hilflösigkeit*, l'impuissance originelle de l'enfant privé de toute emprise sur le monde en l'absence d'un objet secourable. Chaque fois que le sujet, même adulte, est confronté aux limites de sa capacité de défense face à une situation qui le déborde, il va revivre ce traumatisme originaire, et mettre en jeu des défenses primitives, plus archaïques que le refoulement et plus coûteuses en énergie. Ces défenses primaires, Freud les avait évoquées dès 1895, dans ses premières ébauches sur le traumatisme, et sur la mélancolie. Il les reprendra dans les années 30 à propos du clivage du Moi et du déni, face à la perception traumatique de la différence des sexes ou du deuil.

La défense primaire est un mécanisme qui date des débuts de la vie, et qui persiste au-delà dans des conditions exceptionnelles, face à de grandes quantités d'excitations. Elle se traduit par le fait que le sujet, qui a mobilisé toute son énergie pour contre-investir l'afflux d'excitations, refuse de réinvestir la trace de cette expérience de souffrance traumatique. La défense primaire est ainsi une inhibition, soit par pur *contre-investissement* (comme il le dit à propos du refoulement originaire), soit avec le soutien d'un *investissement latéral inhibant*. Deux voies sont possibles : celle de l'hallucination négative d'une part, et celle du déni, de

l'investissement fétichique de la perception, de la fixation à des traces mnésiques *latérales* d'autre part. Ce latéral *encadre* l'événement traumatique : ainsi dans le fétichisme, le sujet investit de préférence les à-côtés de la vision du sexe féminin, les sous-vêtements ou les jambes qui ont précédé sa vision de l'insupportable différence du sexe féminin. Dans le deuil pathologique, le sujet se raccroche à des objets qui lui donnent l'impression que le disparu est toujours vivant. Mais par là le sujet se clive, niant la réalité traumatique, ce que Ferenczi étudiera en parlant de la "capacité autotomique" du Moi - en médecine, on parle aujourd'hui d'*apoptose* - soit sa capacité à se fragmenter pour survivre, quitte à anesthésier et à détacher la partie de lui-même qui a vécu le trauma, et à s'identifier à l'agresseur.

Mais tôt où tard, le besoin du Moi de rétablir son emprise sur la partie clivée va se manifester, par la compulsion de répétition, et la tentative de représentation qu'elle traduit. Le sujet tente de reconstruire son histoire traumatique et de se représenter le "mauvais", l'objet qui l'a abandonné face à l'excitation. Ce n'est pas chose facile, car deux tendances luttent en lui : une tendance positive qui cherche à lier le trauma par la fonction liante de la sexualité, au prix d'une érotisation masochiste de la douleur et de la répétition ; et une tendance négative, qui se contente de décharger à répétition le trauma sans se le représenter, maintenant l'hallucination négative, le déni et le clivage. Dans son *Moïse* (1938), Freud a parlé d'un double aspect, positif et négatif, du traumatisme : l'un contribuant à la représentation de la pulsion, à son élaboration psychique, l'autre au contraire, allié à la pulsion de mort, tendant à vider son énergie.

Certains auteurs, après Freud et Ferenczi, ont évoqué le double

aspect, positif et négatif, du traumatisme. Parmi les plus récents, Claude Janin a parlé du traumatisme froid qui se dissimule derrière le traumatisme chaud, sexualisé. Jacques Press a évoqué un traumatisme négatif, dont l'effet se réduit à une non-inscription dans le psychisme. Ces auteurs rejoignent l'ancienne conception de Freud de l'hystérie d'effroi, du traumatisme comme causant un "trou dans le psychisme". Cette expression Freud l'emploie également à propos de la mélancolie, dans les manuscrits qu'il envoie à son correspondant et ami, Fliess.

3) Il y a là un intéressant **lien entre traumatisme et mélancolie**. Dans la mélancolie aussi, l'objet perdu (dont la perte constitue un trauma) est irréprésentable. Le sujet ne sait pas ce qu'il perd en l'objet, et le deuil ne peut pas être fait parce qu'il est mal représenté, dit Freud dans *Deuil et mélancolie*. Par cette lacune, se produit une hémorragie de la libido. L'ombre de l'objet qui retombe sur le moi, libérant la pulsion de mort, est une trace mal élaborée d'un objet narcissique mal distingué du Moi, dont le deuil est par conséquent impossible. Surtout, comme dans le trauma, cette perte et sa cause sont souvent invisibles au sujet lui-même, ou bien il invoque des causes visibles qui masquent les plus profondes, laissant place à la psychologie simpliste du stress et de la causalité strictement génétique.

Je m'intéresse depuis un certain temps à l'analyse des patients cyclothymiques. Ces sujets investissent leurs objets (leurs proches, leur travail, leur famille ou les groupes, les institutions) comme des soutiens narcissiques, mais ils sont inconscients d'en être dépendants. Cela les rend vulnérables aux déceptions traumatiques : toute modification de l'environnement, même légère, même un événement heureux, prend une valeur

traumatique. Ainsi peut-on comprendre les accès déclenchés par un changement de travail, une modification de conjoncture dans les idéaux sociaux ou professionnels, une promotion, un déménagement ou un changement du partenaire, des enfants, etc.

Plus la modification déclenchante est légère, et son origine occultée ou déniée par le patient, plus la crise dépressive ou maniaque paraît mystérieuse à l'observateur, et le défaut biologique est facilement incriminé par le sujet, par son entourage ou par le psychiatre. En fait l'objet qui a le plus traumatisé le sujet est invisible, comme le trauma. Aucun questionnaire, aussi perfectionné soit-il, ne saurait le déceler : il faut parfois des années de cure pour qu'il se révèle à l'analyste.

En effet, derrière la perte d'un objet actuel, souvent assez inconsistant car choisi pour sa valeur de soutien narcissique plutôt que pour lui-même, se cache l'ombre d'un objet primitif qui a entravé sa représentation, et dont le procès retombe sur le Moi dans la mélancolie. Cet objet primitif est un de ceux qui sont significatifs de l'histoire du sujet, de ceux qui sont nécessaires pour que le sujet, enfant, puisse parvenir à une représentation de son roman familial, de son identité, et de ces liens fondamentaux que forment la mère et l'enfant, le désir et le couple parental, ou l'identification au tiers paternel.

Mais ce traumatisme primaire est difficile à retrouver, car il est pris dans l'hallucination négative, le déni et le blanc de l'irreprésentable. L'agitation maniaque fait partie de cette stratégie d'effacement, et j'ai découvert qu'on peut presque toujours retrouver, à l'origine d'un accès mélancolique, une période d'hyperactivité, d'excitation plus ou moins brève et discrète, qui vise à dénier l'imminence du trauma ou du deuil.

Tout peut se résumer à une phase d'hyperactivité professionnelle, sexuelle ou autre, qui peut paraître motivée. D'où l'importance conférée au stress dans les dépressions : un sujet est d'autant plus vulnérable au stress qu'il ne peut évaluer ses risques d'échecs, et s'emploie à un déni hyperactif des obstacles : agir pour ne pas réfléchir. Les phases maniaques sont ainsi riches en déceptions ; et comme le sujet dépense de l'énergie pour dénier la réalité, il n'aura que l'effondrement dépressif, réparateur par le ralentissement de l'activité qu'il impose, pour honorer sa dette.

Reprenons l'histoire de l'homme traumatisé par le tremblement de terre. Les murs de sa maison sont l' "objet" apparent de sa perte, dans le contexte d'un homme qui doute de ses capacités à entretenir son train de vie. On pourrait mettre sa crise d'angoisse ou sa dépression sur le compte d'un stress professionnel. Mais il n'est pas venu consulter ni pour sa crise d'angoisse qu'il a oubliée, ni pour une dépression : c'est le malaise de ses proches (sa femme, son fils) qui sera le révélateur de sa dépression larvée.

Cette situation aurait pu déboucher sur une vraie dépression mélancolique : lorsque de tels sujets entreprennent une analyse, ils avouent souvent des envies suicidaires anciennes dont ils n'ont jamais parlé. Comme ils ne sont en rien conscients de leur souffrance psychique, ils seraient passé, en cas de suicide, pour des victimes du stress ou de la biologie. Mais au-delà du trauma, de la maison menacée par le séisme, les vrais murs en danger sont ceux du pare-excitations, soumis à un tremblement venu des profondeurs de l'inconscient infantile.

Dans le cas de mon patient, j'appris que lorsqu'il était enfant, ses parents lui interdisaient de jouer avec les enfants du voisinage. Il ne devait pas franchir les murs de la propriété, car le quartier

était mal famé. Plus que son père, souvent absent, c'est sa mère, toujours anxieuse, qui le maintenait dans les murs de sa propre dépression. La séduction était donc hors-les-murs, pour lui, et ne pouvait faire retour que par effraction traumatique. Une partie de la réalité lui était dérobée par les murs de la dépression maternelle, par l'objet narcissique sur le modèle duquel il s'était construit. Il souffrait d'un manque de réalité, auquel sa femme avait un temps suppléé (en tant qu'objet d'étayage narcissique), avant de se lasser.

4) Avec cette idée d'une partie de la réalité psychique du sujet qui lui manque, et ne peut être expérimentée par lui dans les années où elle lui serait nécessaire pour son développement psychique, nous en arrivons à la notion énigmatique que j'avais annoncée dans mon titre : **les traumatismes par manque de réalité.**

Évidemment, la réalité dont il est question n'est pas celle que l'on entend habituellement. Il ne s'agit pas de la réalité banale qui vous stresse par ses exigences répétitives : des factures à payer ou de l'argent qui ne rentre pas, du travail et de ses contraintes, des enfants qui s'agitent, d'un conjoint qui ne joue pas son rôle, etc. Il ne s'agit pas non plus de la réalité inhabituelle, imprévue, qui vous traumatise ; choc, deuil, agression, etc.

Il s'agit d'une réalité psychique qui n'a pu se construire, à cause d'un manque dans la réalité extérieure, dans l'environnement du sujet. De ce fait, le sujet ne peut affronter certaines situations, ni développer des capacités qu'il a potentiellement en lui. La théorie du développement de l'enfant de Winnicott nous permet de le comprendre : l'objet doit être présent dans la réalité, et présenté à l'enfant au moment où celui-ci en a besoin. Mais, bien que ce soit un objet réel, il n'est dans un premier temps pour l'enfant que

l'illusion de l'avoir créé lui-même : l'équivalent de sa propre réalité psychique, et son support.

Cet objet, dans l'aire de l'illusion, est donc à la fois de l'ordre de la réalité matérielle et de la réalité psychique : il fait partie de l'aire intermédiaire, où le jeu permet d'accéder à l'emprise sur la représentation, et par là sur l'objet pulsionnel. Un objet-jeu, un objet-fantasme. On comprend qu'en l'absence de certaines expériences objectales, l'enfant ne puisse parvenir à la représentation de fantasmes fondamentaux, ce qui, pour les fantasmes originaires structurants, constitue un traumatisme grave bien qu'en négatif, totalement invisible.

Chez les patients que j'ai évoqués (l'histoire du volcan, du tremblement de terre), le fantasme originaire de séduction n'avait pu se constituer correctement. Leur hyperactivité professionnelle, d'allure maniaque, en était peut-être une forme atypique, comme le fait de se voir attribuer par leurs femmes des relations extra-conjugales, en fait sans importance, ou même totalement absente - l'un d'entre eux m'a avoué que s'il n'avait pas été marié, sa seule autre forme de vie possible aurait été de vivre comme un ermite. A la place de la séduction, c'était donc le fantasme de castration qui s'était manifesté.

Dans le cas de *L'Homme aux loups*, on voit Freud se livrer à une traque acharnée pour découvrir la réalité de la scène primitive, sa vérité historique dans l'enfance du patient. A-t-il pu réellement observer un coït par derrière entre son père et sa mère ? Mais il finit par dire qu'au fond, peu importe (ce que S. Viderman a traduit un peu rapidement par le fait que seule compte la construction du fantasme par l'analyste). Ce qui est important, c'est que tout enfant doit en passer par un certain nombre de ces

fantasmes originaires pour constituer son Œdipe : pour Freud, la réalité de ces fantasmes est soit purement interne, comme une nécessité biologique ou phylogénétique, soit rencontrée dans l'expérience vécue de l'histoire individuelle. Et ce sont les contradictions entre les deux courants, ou la trop grande fixation d'un seul fantasme originaire, qui sont à l'origine de toute la pathologie, semble-t-il nous dire.

“J’aimerais certes savoir si la scène primitive, dans le cas de mon patient, était un fantasme ou un événement réel, mais eu égard à d’autres cas semblables, il faut convenir qu’il n’est au fond pas très important que cette question soit tranchée. Les scènes d’observation du coït des parents, de séduction dans l’enfance et de menace de castration sont incontestablement un patrimoine atavique, un héritage phylogénétique, mais elles peuvent aussi constituer une acquisition de la vie individuelle.. L’enfant a recours à cette expérience phylogénétique là où son expérience personnelle ne suffit plus” (1917, p. 399).

Les fantasmes originaires sont classiquement au nombre de quatre, séduction, castration, scène primitive du coït parental, et retour dans le ventre maternel. J’y ajoute personnellement le meurtre cannibalique du rival (père, amant de la mère ou tiers fraternel). Ils constituent des catégories structurelles de la pensée, des “schémas philosophiques qui ont pour rôle de classer les impressions qu’apporte ensuite la vie”, nous dit Freud (1917). Ils ne sont peut-être pas une réalité biologique, bien que jamais Freud n’ait prétendu qu’ils puissent être hérités tels quels – en ce qui me concerne, j’ai évoqué l’idée qu’ils pouvaient être transmis par la motricité primaire, la mimique et la gestuelle de la “danse interactive” entre l’enfant et ses objets primaires – mais ils sont

probablement une réalité préhistorique, liée aux organisateurs du groupe familial que sont la relation mère-bébé, la censure de l'amante et le lien du couple, les modalités du nourrissage et de l'héritage parental, les types d'interdits fondateurs, etc. La plupart des conflits ethniques, des idéologies familiales ou des pathologies individuelles dépendent de ces opérateurs fondamentaux.

Si un groupe familial donné, du fait d'une idéologie qui lui est propre, ne "présente" pas un de ces opérateurs de façon suffisante à la représentation de l'enfant, il va en résulter pour lui un traumatisme "en négatif", par manque d'une des formes possibles de sa réalité psychique. Le cas inverse étant évidemment la fixation d'un fantasme prévalent par une idéologie ou une pathologie familiale évidente, qui bloque l'articulation, voire la constitution même des autres fantasmes.

Pour ne pas rester trop longtemps dans la théorie, je vais relater mon expérience avec d'autres patients, qui nous permettront d'aborder un autre type de traumatisme, central à notre époque comme à l'époque de Freud : celui causé par une agression sexuelle.

J'ai rencontré à plusieurs reprises des jeunes femmes ayant vécu des viols, et qui venaient consulter un certain temps après ce traumatisme pour des échecs sentimentaux à répétition. Chez plusieurs d'entre elles, j'ai été surpris de découvrir des antécédents bien plus anciens, au bout d'un certain temps d'analyse. L'une d'elles me racontait ainsi que le viol qu'elle avait vécu lui était apparu comme une sorte de punition pour un inceste qui avait duré des années avec son frère, et dont elle s'était sentie très coupable, même si celui-ci, plus âgé qu'elle, l'avait forcé.

Jamais ses parents n'avaient voulu savoir ce qui s'était passé entre eux. Il avait fallu le viol pour qu'elle ose le leur dire, mais ils l'avaient traité de folle : ayant depuis toujours idéalisé leur fils, ils ne voulaient pas accepter une telle horreur. De plus la patiente avait été considéré très tôt par ses parents comme une enfant difficile et source d'ennuis, pleurant sans cesse lorsqu'elle était petite, et racontant des histoires depuis son adolescence. Une autre patiente s'était toujours sentie responsable de la dépression de sa mère, survenue à la suite de la mort de sa sœur plus jeune, alors qu'elle ressentait une forte jalousie à son égard. De surcroît, elle avait été la favorite de son père, et avait eu l'impression d'avoir volé la place de sa mère auprès de lui, surtout étant donné la liaison de son père avec une de ses amies.

Le traumatisme de ces patientes, au-delà du viol, semblait souvent venir du manque d'investissement parental, et surtout du défaut de pare-excitations maternel à leur égard. Tandis que le début de leurs analyses se passait souvent à me parler de leur méfiance vis-à-vis des hommes, et à invoquer leur traumatisme sexuel, par la suite il semblait que le vrai trauma était plutôt la disqualification de leur féminité, et l'absence de tendresse et de protection de leur mère à leur égard. Ces mères avaient d'ailleurs souvent tendance à minimiser les traumas sexuels, incestueux ou autres, vécus par leurs filles. Bien que révoltées contre elles, les patientes reconnaissaient parfois avoir été imprudentes, se demandant si elles avaient réellement provoqué leur viol, et pourquoi elles l'auraient fait. Elles posaient donc clairement la question de la provocation traumatique à laquelle se livrent effectivement certains sujets, comme s'ils cherchaient inconsciemment à répéter un trauma invisible, ou à donner forme à un manque ayant pris une valeur traumatique.

Dans plusieurs cas également, la sexualité parentale était gravement perturbée, dans le sens d'une absence de rapports sexuels ou de relations tendres entre les parents. Ceux-ci ne faisaient par exemple que travailler ensemble, ou s'occuper des tâches quotidiennes, toujours en se plaignant, sans jamais de signe d'amour l'un envers l'autre, ou vis-à-vis de leurs enfants. L'amour et la sexualité n'avaient pas de place dans la vie familiale, dans laquelle tout tournait autour de l'argent, du travail ou de plaintes masochistes. On pouvait ainsi dire que ces patientes avaient souffert d'une carence de "scène primitive". Dans certains cas, par exemple, les parents ne partageaient pas les mêmes horaires et ne se retrouvaient que pour se plaindre devant leurs enfants ou pour faire les comptes, et faisaient chambre à part. Tout ceci donnait l'impression que la répétition des traumatismes sexuels survenus à partir de l'adolescence était la trace d'un traumatisme précoce, invisible, en négatif, qui avait nécessité des années pour se révéler.

Par certains côtés, ces patientes me rappelaient une petite fille que ses parents m'ont amené un jour en consultation parce qu'elle se masturbait en classe : apparemment innocente et naïve, elle mettait par là le doigt (si j'ose dire) sur l'absence de relations sexuelles entre ses parents depuis un an, qui lui faisait craindre inconsciemment un divorce, ce qu'elle mit en scène dans des dessins.

Dans le cas des patientes dont je parle, la séduction traumatique était venue en place du fantasme originaire structurant qui faisait défaut, celui de la scène primitive, absente de la vie familiale. L'inceste fraternel, par exemple, était une forme de séduction pathologique, mais aussi une tentative de créer un minimum de

couple sexué au sein de la famille. Souvent également un inceste père-fille survient dans le cadre d'un désinvestissement massif de la fille par sa mère, qui crée chez celle-ci une carence de séduction précoce, et au milieu d'un couple dont le lien sexué est distendu, la mère préférant inconsciemment déléguer sa sexualité à sa fille et fermer les yeux sur une relation qu'elle-même ne peut assumer qu'en recherchant sa propre mère dans son enfant. L'investissement maternel tendre, cette forme du fantasme de retour au ventre maternel, métaphore du pare-excitations, fait alors cruellement défaut, et le fantasme originaire qui manque est suppléé par la castration masochique ou le comportement addictif.

J'ai également rencontré plusieurs cas d'incestes, qui ont toujours constitué un traumatisme grave. Mais presque toujours, le traumatisme évident de l'inceste survient dans un contexte familial perturbé depuis de nombreuses années, et n'est que le révélateur d'une carence d'investissement parental, souvent maternelle précoce - ce qui ne veut pas dire que le couple parental et donc le père n'y soient pas déjà pour quelque chose : mais la responsabilité semble souvent plus partagée qu'on ne l'aurait imaginé dans un premier temps. Le dérapage du père lui-même vient souvent de son désir de combler le manque maternel, et au-delà, celui de sa propre mère et de sa fonction pare-excitante, mais la projection sur sa fille sert alors sa propre compulsion de répétition traumatique et son clivage pervers.

Le retour du trauma se fait souvent au moment où une relation de couple relativement satisfaisante peut être entrevue, notamment au cours de l'analyse. Ce retour prend parfois une forme hallucinatoire, voire délirante. Le vécu d'inceste est par exemple halluciné au moment des rapports sexuels. Il peut prendre aussi la

forme de maladies psychosomatiques : on peut ainsi rencontrer des somatisations impressionnantes, qui traduisent l'incapacité d'élaboration symbolique des traces traumatiques effacées par l'hallucination négative, et maintenues clivées par la suite. Enfin, pendant tout le temps où le traumatisme est dormant, différentes formes d'addiction traumatique (compulsion de répétition de décharge sans valeur d'élaboration), d'épisodes de dépersonnalisation ou d'oscillations thymiques (toxicomanie, cyclothymie) peuvent témoigner indirectement de l'effet de la défense primaire contre le retour du trauma, du mécanisme d'effacement ou du déni qui a besoin d'être soutenu.

Avant de conclure, je voudrais revenir un instant sur les traumatismes invisibles, sur la compulsion de répétition et l'appétence traumatique. La particularité du trauma, c'est qu'il inscrit une trace mnésique qui ne fait pas l'objet d'une liaison psychique suffisante pour être représentée correctement. La compulsion de répétition vient alors, comme le jeu de l'enfant avec la bobine décrit par Freud, tenter d'assurer une emprise sur l'expérience traumatique par le biais de la représentation, de la mise en scène du trauma.

Ainsi, par son jeu avec la bobine qu'il lance au loin et retrouve, l'enfant tente de maîtriser l'expérience désagréable que constitue le départ de sa mère, "quand celle-ci l'abandonnait durant des heures", nous dit Freud (dans *Au-delà du principe de plaisir*, en 1920). Le jeu complet, poursuit-il, comprend la disparition et le retour, grâce à la ficelle qui permet de ramener le jouet lancé au loin. Nous voyons que ce qui est en jeu, c'est la représentation du trauma, et la discrimination entre la douleur et le plaisir.

Le but de la représentation n'est atteint que lorsque le sujet

conquiert, grâce à la représentation, le moyen de faire disparaître l'expérience traumatique. C'est le but de ce qu'on a appelé "pulsion d'emprise", mais sans le sens péjoratif souvent accolé au terme, une pulsion qui n'est pas sans rapport avec la pulsion de voir, ou avec la pulsion de savoir (la curiosité). Cette emprise nécessaire peut se rattacher aussi à ce que Winnicott appelait la "voracité primaire" ou la cruauté primitive de l'enfant vis à vis de sa mère, qui s'exerce avant tout comme une activité de jeu, permettant à l'enfant de créer l'objet - c'est à dire d'en constituer la représentation, grâce à la coïncidence entre hallucination et réalité, dans l'aire de l'illusion.

Dans *La crainte de l'effondrement*, Winnicott a des formules saisissantes pour parler du traumatisme qui n'a pas pu être intégré, car il s'est produit à une époque ou dans un état où le sujet n'existait pas, où l'expérience ne pouvait pas être recueillie dans un présent identifiable comme tel. Il parle aussi du traumatisme négatif par carence d'une expérience qui aurait dû se réaliser. L'effondrement, la crainte de la mort, le vide, nous dit-il "remontent au temps qui précédait l'avènement de la maturité nécessaire pour en faire l'épreuve. Pour le comprendre, ce n'est pas au traumatisme qu'il faut penser, mais au fait que là où quelque chose aurait pu être bénéfique, rien ne s'est produit. Il est plus facile pour un patient de se souvenir d'un traumatisme que de se souvenir que rien ne s'est produit à la place de quelque chose."

On comprend pourquoi certains sujets, tant qu'ils n'ont pas réussi à se représenter le moyen de faire disparaître et réapparaître l'expérience traumatique dans leur propre psyché, sont la proie d'une compulsion de répétition qui ressemble à une appétence

traumatique, à une toxicomanie vis-à-vis du trauma. Ainsi cette patiente qui avait subi plusieurs traumatismes sexuels et un viol, cherchait à se représenter ce qui n'avait pas semblé sur le moment un trauma - l'inceste fraternel - mais dont la pression traumatique avait été renforcée par l'après-coup pubertaire. Surtout, elle masquait le traumatisme invisible de l'absence de séduction maternelle et de scène primitive entre les parents.

Souvent, ces traumatismes précoces, irreprésentables autrement que par l'agir, ou l'hallucination psychotique qui vient combler le trou dans le psychisme - comme l'énonce Winnicott dans *L'hallucination qui nie l'hallucination* - sont eux-mêmes des moyens de donner forme à une carence de représentation de l'originaire, d'une des dimensions essentielles de l'Œdipe, comme je le proposais avec la théorie des fantasmes originaires : l'appétence traumatique née de l'absence de représentation d'un de ces fantasmes est aussi attractive pour la rencontre avec le réel qu'un trauma imposé de l'extérieur.

Mais je ne voudrais pas terminer sans indiquer quelques **conséquences techniques** qui procèdent de la notion de traumatismes invisibles ou par manque de réalité.

Face à l'invocation d'un traumatisme visible, l'analyste, sans nier la réalité du trauma invoqué, se doit aussi de rester prudent et s'attendre à ce qu'un jour ou l'autre un autre trauma, de nature différente, apparaisse. Il ne doit pas se laisser enfermer dans le réalisme du trauma, si massif et évident soit-il; celui-ci n'est souvent qu'un traumatisme-écran, comme les souvenirs-écrans du même nom. Il ne doit par conséquent jamais faire oublier l'histoire du patient, histoire parfois inaccessible pendant un long temps de la prise en charge, entièrement axée sur le traumatisme évident.

Cette histoire implique le plus souvent de nombreux traumatismes sur plusieurs générations, ce qui relativise encore la notion de traumatisme unique.

Le revécu du trauma est le moment où, comme le dit Winnicott, l'expérience de ce qui n'a jamais pu être représenté comme tel va pouvoir l'être pour la première fois. Le sujet, pour y parvenir, doit avoir accepté une dépendance absolue envers l'analyste, ce qui ne va pas sans résistance ni sans craintes. Winnicott a parlé pour cela de la crainte de l'effondrement, ou de la crainte de devenir fou. Ce revécu est souvent catalysé, mis en scène par une défaillance minime de l'analyste, qui va faire l'objet d'un procès en bonne et due forme, ce qui n'est pas toujours facile à supporter pour le contre-transfert. La levée des clivages ne va pas sans angoisses chez les deux partenaires. Mais c'est par le contre-transfert que le trauma peut seulement prendre forme, et être élaboré, avant d'être réintrojecté sous une forme tolérable par le patient.

Les traumatismes par manque de réalité sont encore plus difficiles à mettre en évidence. Ils nécessitent que l'analyste se soit relativement engagé par des constructions, à faire vivre au patient une réalité dont il a été tenu à l'écart, et ait pu introduire un matériel fantasmatique absent de la cure. Cela donne à l'analyse un caractère assez peu "neutre", mais la vraie neutralité consiste à ne pas répéter une carence qui a eu lieu dans l'environnement familial primitif du patient. Pour parler en termes winnicottiens, il faut d'abord que la réalité soit présentée au sujet pour qu'il puisse ensuite en accepter le manque.

- BOKANOWSKI, Thierry (1988); Entre Freud et Ferenczi, le traumatisme, *Revue franç. de Psychanal.*, n°6-1988.
- BRETTE, Françoise (1988); Le traumatisme et ses théories, *Revue franç. de Psychanal.*, n°6-1988.
- DUPARC, François; (1991); Qu'avez-vous donc tiré au jeu des fantasmes originaires?, *Revue franç. de Psychanal.*, 1991, T.55 n°5.
- (1994); Malaise dans la réalité, *Revue franç. de Psychanal.*, n°1-1995.
 - (1996); Hallucination négative, formes motrices et comportements autocalmants, *Monographie de la Revue française de Psychanalyse (psychosomatique)*, (PUF).
 - (1998); La cyclothymie, de la névrose narcissique à la psychose maniaco-dépressive; *Monographie de la Revue franç.de Psychanalyse: Psychoses I* (PUF).
 - (1998); *L'élaboration en psychanalyse*, préface d'A.Green. L'Esprit du temps, Bordeaux, diffusion P.U.F. Paris.
 - (2001); La manie blanche, ou la dépense des pensées, *Revue franç. de Psychosomatique* (PUF), n° 19-2001.
- FERENCZI, Sandor (1931); Réflexions sur le traumatisme, in *Ouvres, tome IV*, Payot.
- FREUD, Sigmund (1895); Esquisse d'une psychologie scientifique, in *Naissance de la Psychanalyse*, P.U.F. 1956.
- (1895); Manuscrit G (La mélancolie), in *Naissance de la Psychanalyse*, P.U.F. 1956.
 - (1915) Deuil et mélancolie, in *Métapsychologie*, Gallimard 1968.
 - (1920) Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, Payot 1981.
 - (1926) Inhibition, symptôme et angoisse, P.U.F. 1971.
 - (1937) Le clivage du moi dans le processus de défense
 - (1938); L'homme Moïse et la religion monothéiste, Gallimard 1986.
- JANIN, Claude (1996); *Figures et destins du traumatisme*, P.U.F.
- PASCHE, Francis (1974); Le passé recomposé, *Revue franç. de Psychanal.* n°2/3-1974.
- POTAMIANOU, Anna (2001); *Le traumatique. Répétition et élaboration*, Dunod.
- PRESS, Jacques (1999); *La perle et le grain de sable, traumatisme et fonctionnement mental*, Delachaux & Niestlé, Lausanne.
- VIDERMAN Serge (1970); *La construction de l'espace analytique*, Denoël.

WINNICOTT, D.W.W. (1957); L'hallucination qui nie l'hallucination, in: *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard 2000.

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 psychothérapeutique. 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 manèvements scientifiques.

Cinquième question qui n'a pas été examinée : les manèvements de tout analyste, peu importe le type du 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'expliciter 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'expliciter 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