

# Winnicott : états-limite et psychoses

**Auteur(s) :** Philippe Jaeger

**Mots clés :** agonies primitives - antipsychiatre - autisme - dépendance - dépersonnalisation - désintégration - dissociation - effondrement - environnement - faux-self - jeu - psychose(s) - régression - torture

---

Avant de présenter les conceptions de Winnicott il nous paraît important de revenir au dernier Freud, qui, après avoir privilégié la pulsion comme matrice de la psyché, n'a laissé à l'objet qu'un rôle contingent (1). La clinique lui a montré que le Principe de plaisir est souvent mis en échec, la répétition et l'agir se substituant à la mémoire, la « motion pulsionnelle » du ça s'installant au cœur de la psyché vient déloger la représentation qui occupait la place centrale dans l'appareil psychique. Dès lors il était moins question de refoulement que de déni-clivage comme processus de défense comme dans la perversion et la psychose, le désaveu venant s'opposer à la perception de la réalité, au Principe de réalité, cette grande institution du Moi. Freud annonçait les travaux ultérieurs sur les états non-névrotiques, cas-limites, états schizoïdes, autisme et psychose. A la même époque Freud (1938) révisé la théorie du rêve réalisation de désir pour en faire une brève psychose.

Sous l'impulsion en France de Green, Anzieu, Marty, Fain et Roussillon, est remis en question, dans les années 70-80, le sacrosaint silence de l'analyste, son extrême effacement, l'analyste attendant que « ça » vienne. Nous savons combien cette méthode

qui ne prend pas en compte le rôle de l'objet dans la construction du sujet est inadéquate, surtout avec les patients qui ont un noyau psychotique. En effet, on ne peut parler de frustration libidinale quand le silence de l'analyste ne correspond pas aux besoins d'un patient, ni de frustration libidinale, mais de « déprivation » (Winnicott) à l'origine des agonies primitives et du recours aux les défenses les plus primitives. Il en résulte souvent une organisation défensive par la dissociation pour éviter la désintégration, comme la dissociation vrai-self/faux-self intellect/psyché ou psyché/soma, par exemple.

Quand on sait combien Green et Donnet dans leur travail sur la psychose, ( *L'enfant de ça*, 1973) confère un rôle central au travail psychique dans le processus de représentation, considérant que la fonction réflexive, qui achoppe dans la psychose et parfois chez les cas-limite, tire son importance du processus représentatif, on peut mesurer l'écart entre un fonctionnement névrotique et un fonctionnement psychotique, et comprendre la nécessité de construire un cadre adapté aux failles majeurs du fonctionnement mental pour rétablir ce fonctionnement représentatif.

Les analystes qui ne craignent pas la « conversation psychanalytique » articulent et concilient, la souplesse, l'importance de l'engagement de l'analyste et le maintien nécessaire d'une position de neutralité, de surplomb. Ils tirent après-coup les conséquences de « la révolution tranquille » suscitée par Winnicott introduisant un nouveau paradigme : « **vivre une expérience ensemble** ». (2) (« *to live an expérience together* ») qu'il énonce simplement sans mesurer toutes les conséquences de son affirmation. Ce nouveau paradigme annonce **un processus de transformation de la psychanalyse** : analyste

et patient, vivent une expérience d'être, ensemble, favorable à l'instauration du sentiment de continuité d'être ( « being on being »), préalable nécessaire à l'émergence d'un espace transitionnel, de jeu et de symbolisation, sans lequel ne peut s'organiser une névrose de véritable transfert avec un objet externe, l'analyste. Pour que la projection soit saisissable par le sujet encore faut-il qu'elle rencontre l'écran externe qui la rendra perceptible.

## CAS LIMITES ET PSYCHOSE

**Winnicott considère que c'est dans l'analyse des cas limites que l'on observe des phénomènes qui ouvrent à la compréhension des états schizophréniques** . Il y a continuité entre états schizoïdes et états schizophréniques ou les mécanismes de dissociations sont déterminants.

Chez le cas limite le noyau du trouble est psychotique, le patient a tendance à présenter une perturbation d'ordre psychonévrotique ou psychosomatique quand l'angoisse psychotique centrale menace d'éclater, affirme Winnicott, alors que dans la psychose l'effondrement des défenses domine le tableau même si le sujet se réorganise sur la base de défenses encore plus primitives.

Winnicott a suivi une dizaine de psychotiques durant les années 40-50 avant d'orienter sa recherche sur les cas limites qui ont un noyau psychotique masqué par une superstructure d'apparence névrotique avec des traits « schizoïdes » souvent marqués. Ces patients n'établissent pas facilement de relations avec des objets qui leur sont extérieurs car ils ressentent des difficultés à se sentir distincts . Ils se caractérisent par une faible délimitation de la

frontière entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, des sentiments d'irréalité et par la tendance à fusionner avec les personnes et les choses. Le lien psyché soma est faible, la psyché n'étant pas clairement liée au fonctionnement du corps. Winnicott décrit ici une organisation défensive par dissociations, forme d'organisation prématurée de la personnalité, selon nous, pour échapper aux angoisses confusionnelles, angoisses qui résultent **d'un empiètement (*inpingment*) du noyau central du Self et qui sont à l'origine de la psychose**. Je pense à un jeune schizophrène, dont la mère rentrait régulièrement dans sa chambre sans frapper, comme une furie, en criant et ouvrant les volets avec fracas. Il me disait que son esprit quittait immédiatement son corps pour se loger dans un angle du plafond de sa chambre. Il me décrivait une dissociation complète du psyché soma. Éprouvant une angoisse extrême il lui fallait une journée entière lui pour reconnecter son esprit et son corps.

## **UN DÉFAUT ESSENTIEL DE RELATION AUTHENTIQUE À LA RÉALITÉ**

**Faute de pouvoir disposé d'un espace transitionnel qui rend la réalité tolérable le problème essentiel du psychotique est un défaut essentiel de relation authentique à la réalité** . Sa conception de la relation de l'enfant au sein aide à saisir comment l'acceptation de la réalité peut se réaliser. « On a un enfant qui a des pulsions instinctuelles et des idées prédatrices et on a une mère qui a du lait et l'idée qu'elle aimerait ( Winnicott dit cela non sans humour ) être attaquée par un bébé affamé »[1]. Ces deux

phénomènes ne viennent en relation l'un avec l'autre qu'au moment où mère et enfant ont « un vécu commun ». Autrement dit « **la mère produit une situation qui, avec de la chance, aboutira au premier lien qu'établit l'enfant avec un objet extérieur** », un objet qui est extérieur au self du point de vue de l'enfant, affirme Winnicott. Si nous parvenons à réaliser quelque chose d'analogue avec nos patients peut « s'édifier la capacité de faire apparaître ce qui est disponible ». C'est l'expérience du créé-trouvé qui rend la réalité tolérable, thèse centrale de « Jeu et Réalité ».

## « LA HAINE DANS LE CONTRE-TRANSFERT » (3)

Est caractéristique dans l'analyse des psychotiques « **la coïncidence entre l'amour et la haine** ». Cette coïncidence implique les traces d'une carence de l'environnement au moment des premières pulsions instinctuelles visant l'objet. La réponse aux difficultés contre transférentielles de l'analyste réside souvent dans une analyse plus poussée de l'analyste ou bien dans des rêves curatifs d'intégration. Winnicott croit peu à l'efficacité de l'analyse du contre-transfert qui reste une activité consciente. La prédilection des analystes pour l'analyse de leur contre-transfert peut masquer un déni du « développement affectif primaire » ou la question centrale est celle de la prise en compte de l'environnement, la dépendance et des défaillances de l'analyste. Winnicott désigne comme « contre-transfert objectif » l'amour ou la haine de l'analyste en réaction à la personnalité ou au comportement du malade.

Renversant le point de vue centré sur la problématique du patient, **Winnicott commence par interroger la problématique du thérapeute qui fournit un nouvel environnement.** Sa thèse est que les sentiments envers un patient, la haine en particulier, doivent être reconnus si on veut travailler avec des psychotiques car **le patient ne peut « intégrer » ce qui est dissocié chez l'analyste (ou la mère).** Les soignants dans une institution ou le psychanalyste avec son patient ne peuvent éviter de haïr et de craindre les patients. Sinon ils réagissent par des formations réactionnelles génératrices de confusions mentales chez le patient.

Winnicott raconte « un rêve d'intégration » d'une angoisse psychotique où le côté droit de son corps lui manque. Il relie ce rêve à une séance avec une patiente qui n'était qu'esprit et refusait toute relation avec son corps pour ne pas se sentir persécutée. Winnicott fit un rêve curatif qui élabore sa propre angoisse psychotique, figurée dans le rêve, angoisse suscitée par le refus de contact de la patiente.

## **L 'AMOUR IMPITOYABLE**

Winnicott postule une relation objectale de cruauté précoce, que l'enfant expérimente dans un jeu cruel avec sa mère. Sans expérience suffisante de cet amour impitoyable il y a défaut d'intégration, dissociation et perte de contact avec cette part pulsionnelle du ça qui devient étrangère à soi. Si cette dissociation n'est pas surmontée par les soins rencontrés aux hasards de la vie, cela favorise un retour à un état antérieur à l'acceptation de la réalité où l'objet de cet amour cruel agit alors sur un mode vengeur, comme dans la psychose, faute d'une élaboration de la

position dépressive ou stade du souci de l'autre (« *concern* »).

La reprise de la maturation émotionnelle nécessite chez l'analyste une participation analogue à celle de la mère, qui s'adapte aux besoins et survit à l'amour impitoyable et sans pitié. La mère offre à son nourrisson des occasions régulières de réparation, que du fait de son immaturité, il serait incapable de réaliser de sa propre initiative. « L'ambivalence, dans ces conditions, à plus à voir avec des changements du moi de l'enfant qu'au développement du ça ou de la pulsion ».(3)

Winnicott est plus proche de Freud que de Klein car pour lui, quand les choses se passent bien, il y a précession du développement du Moi sur celui du Ça : « Pas de Ça avant le Moi », dit-il. D'ailleurs dans « Pulsions et destins des pulsions » Freud n'écrit-il pas que l'amour et haine sont réservés à la relation du moi total aux objets ? L'objet total émerge lors de la prise de conscience que « la mère environnement » est la même que « la mère objet des pulsions ». Alors le bébé devient soucieux.

## LA THEORIE DU DEVELOPPEMENT AFFECTIF PRIMAIRE .

Les tendances innées du bébé à grandir peuvent s'accomplir si l'environnement est « facilitant ». Le soutien du moi par la mère facilite le processus alors même celle-ci, au début, fait partie du bébé. **La théorie du développement affectif primaire, à laquelle Winnicott précède et prépare dans la psyché l'organisation des topiques freudiennes avec les conflits**

## **pulsionnels et l'Œdipe.**

Les trois composantes du développement affectif primaire sont :

- **l'intégration du self** (qui précède l'intégration des pulsions),
- **l'installation de la psyché dans le corps**
- **la relation d'objet. C'est la présentation de l'objet (« *object presenting*») qui introduit le bébé à la relation d'objet.**

Ces trois étapes correspondent à trois aspects du holding : le maintien qui favorise l'intégration, le maniement, (*handling*) qui favorise l'installation (*indwelling*) de la psyché dans les limites du corps et la présentation de l'objet. Par sa présence discrète la mère fournit un cadre où l'enfant peut vivre ses propres impulsions comme venant de lui-même, d'où l'importance de l'effacement paradoxal de l'analyste. A ce niveau prédomine la conception subjective de l'objet. Il s'agit pour la mère de ne pas imposer une satisfaction pulsionnelle et de savoir intuitivement se laisser être trouvée tout en assurant sa fonction du holding. Sans soutien du moi une satisfaction pulsionnelle constitue une séduction traumatique, selon Winnicott.

Si la mère s'adapte aux besoins de son bébé celui-ci aura le sentiment que tout est prévisible et ressentira la réalité comme une création personnelle et ne sera pas heurté par elle. C'est l'expérience d'illusion du « trouvé-crée », qui doit précéder la désillusion, qui met à l'abri des traumatismes par empiètement qui sont à l'origine d'angoisses impensables. L'enfant aura alors le sentiment de créer ses objets et le monde, sentiment d'omnipotence vécu comme un fait d'expérience, et non comme un



fantasme. Il va ainsi constituer une base solide de confiance en soi pour entrer dans la vie et tolérer la réalité du monde non moi.

Winnicott nous avertit que si les mères ont conscience de ce qu'elles font elles le font moins bien. Cela ne s'apprend pas. Il appelle « capacité maternelle primaire » cette « brève maladie psychiatrique » ou « folie maternelle primaire », période pendant laquelle, l'individu naissant très exposé va prendre le risque de commencer à rassembler son self en une unité.

## LA FAILLITE DE L'ENVIRONNEMENT

S'il y a faillite de l'environnement au stade de dépendance absolue les défenses primitives rentrent en action. Alors la réalité non moi apparaît prématurément et devient envahissante. **Le nourrisson cesse de se voir dans le regard de sa mère, il voit sa mère qui n'assure plus sa fonction miroir et l'espace transitionnel se désorganise.** Si un bébé, un enfant, ou un patient adulte n'est pas capable de jouer il s'agira de fournir le cadre d'une expérience d'être à partir de laquelle émergeront les premières impulsions dans le jeu. Il s'ensuit que « Lorsque les débuts dans la vie d'un enfant n'ont pas été suffisamment bons, tout se passe comme si l'héritage culturel n'avait jamais existé » (5) Winnicott est persuadé qu' « il y a faillite totale des soins maternels » dans la schizophrénie, et il ajoute : « sauf dans la mesure où des éléments innés sont à l'œuvre » (5). **Si les carences sont imprévisibles le nourrisson ne peut les vivre comme des projections personnelles. La conséquence est l'anéantissement de la continuité d'existence de**

## **l'individu.[2]**

Il y a des cas où il faut impérativement soustraire l'enfant à un parent psychotique tellement la maladie mentale du parent affecte la vie du nourrisson ; mais Winnicott insiste sur l'idée que, malgré tout, la maladie de l'enfant appartient à l'enfant. La mère la plus pénible pour l'enfant est « la mère chaotique » dont l'état est une défense organisée qui masque une menace de désintégration sous-jacente résultant d'une série infinie d'interruptions du « sentiment de continuité d'être » dans la vie de l'enfant. Ces mères qui embrouillent tout font de grands ravages.

Les dissociations psyché soma, intellect et psyché, corps et tête, vrai self et faux self sont à l'origine des distorsions du moi et de sa prématurité. Ce sont des modes de défenses contre **les angoisses impensables d'intensité psychotique**, mécanismes de défenses qui tendent vers l'invulnérabilité. Les enfants les plus intelligents sont avantagés mais cela peut conduire à l'exploitation « si l'intelligence a été prostituée et utilisée » (dixit). Il en résulte une dissociation intellect /psyché

Préalablement au travail d'interprétation le holding à base de fiabilité et de constance, adapté et précis, permet à l'individu de reprendre son intégration unitaire, de renoncer à ces dissociations, jadis interrompue par les dissociations en réactions aux agonies primitives.

## **LE FAUX-SELF COMME DÉFENSE**

## CONTRE LA PSYCHOSE

Le recours à la dissociation par le faux self est une défense par soumission au désir de l'autre, pour soustraire le vrai-self aux empiètements et aux angoisses de désintégration. Lorsque le nourrisson subit une interruption réactionnelle d'existence un faux-self de garde dissocié du vrai-self occupe le devant de la scène. Le vrai-self restera enclavé, à l'abri de tout empiètement au prix d'un isolement et d'une absence de nouvelles expériences qui peut conduire jusqu'à une forme d'autisme pathologique. Le sujet coupé de son vrai self éprouve un sentiment de futilité, de non-existence. Lorsqu'un patient renonce à son faux-self et s'en remet à l'analyste, dans la régression à la dépendance dans le transfert, celui-ci a l'impression de se trouver devant un petit enfant exposé, vulnérable et inexpérimenté.

Cette interruption de la « continuité d'existence » peut survenir dans la phase narcissique primaire ou la mère fait encore partie du nourrisson et le nourrisson de la mère. Ainsi « Les agonies primitives » sont écartées par le faux self, qui prend le relais de l'environnement défaillant. L'enfant paraît normal, c'est un enfant sage ou bien un enfant qui répand autour de lui la bonne humeur, par exemple. Nombre de patients, croyons-nous, ont fait une analyse en conservant leur faux-self, défense efficace contre la psychose.

Toutes les maladies mentales ont un rapport avec l'édification de la personnalité dans la toute petite enfance, selon Winnicott. Ce qui importe dans les états morbides ce sont moins les défenses organisées de l'individu que l'incapacité à atteindre une intégration unitaire ou une force suffisante du moi qui, seules

permettent aux défenses de s'établir. **La folie psychotique est l'inverse d'un processus d'intégration de la personnalité.** « **L'effondrement schizophrénique est l'annulation des processus de maturation de la petite enfance associée à des facteurs pathologiques innés** » (10). « Si l'environnement facilitant fait défaut, il en résulte des distorsions du développement dans l'évolution de la personnalité de l'individu et dans l'établissement du « self » individuel et le résultat s'appelle schizophrénie. » (11)

N'oublions pas que « le diagnostic » au cours du travail analytique se modifie régulièrement et on peut voir un trouble se transformer depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

Winnicott (12) distingue les patients chaotiques qui n'ont pu organiser leurs défenses et ceux qui ont été capable d'organiser une maladie. Ces derniers seront accessibles à la psychanalyse car ils sont cliniquement régressés et ne fuient pas dans la santé. Il faut beaucoup de courage pour faire une crise. Parfois on peut la contenir dans la séance d'analyse, parfois c'est le milieu du malade qui l'absorbe, parfois c'est l'institution. Le thérapeute peut recourir aux interprétations de transfert pour se protéger de la relation symbiotique ou de la régression dans la dépendance alors qu'il faut attendre que le patient renonce à son faux-self, qu'il soit capable de jouer afin de pouvoir utiliser les interprétations, voire les détruire si elles ne lui conviennent pas.

Dès qu'il y a psychose le problème le plus difficile à résoudre pour l'analyste est la fin de la séance. C'est avec les patients qui ont un moi observateur suffisamment développé que l'on peut facilement terminer la séance car le moi observateur peut s'identifier à l'analyste.

# LA RÉGRESSION DANS LA DÉPENDANCE MATRICE DES RÉGRESSIONS

Parmi les contributions de Winnicott, il y a « la dépendance », dit A. Green, pour qui la complicité avec le patient au refus de la régression entraîne une collusion des faux selfs ; l'analyse interminable ou la rupture psychotique en sont les conséquences. Rançon d'une indépendance et d'une invulnérabilité chèrement acquises, le faux self est une distorsion de la personnalité contre le retour d'une expérience psychotique. Il nous semble que cela n'a pas été suffisamment affirmé. Pourquoi ? Probablement du fait que nombre de personnalités en faux-self connaissent souvent un succès social et professionnel important qui fait écran à une vie intérieure limitée.

L'analyse interminable résulterait-elle d'une non prise en compte suffisante de la relation dépendance à l'objet dans le transfert ? N'est-ce pas ce qu'il s'est produit dans l'analyse de l'Homme aux Loups avec Freud ? Est-ce la dépendance qui a encouragé Freud à fixer un terme à l'analyse de l'Homme aux Loups ? Wulff, un médecin qui l'avait bien connu pendant son épisode psychotique, en fin clinicien anticipait Winnicott lorsqu'il écrivait à Ruth Mack Brunswick (RFP, 1971), à qui Freud avait demandé de prendre ce patient en deuxième analyse : **“ Il ne joue plus un rôle, celui de sa mère, il est la mère, jusque dans les moindres détails. ”**

La régression dans la dépendance concerne des sujets qui ne peuvent ni jouer, ni symboliser, ni opérer la régression habituelle au processus psychanalytique. Si l'analyste parvient, dans le

transfert, à manier la régression dans la dépendance un cadre est alors fourni aux modalités régressives diverses. Dans ces conjonctures cliniques où la peur de la folie prévaut, on retrouve des formations défensives sophistiquées avec dissociations multiples afin de lutter contre le retour des agonies primitives. Ne pas laisser s'installer la régression dans la dépendance dans le transfert quand ces dissociations sont présentes (je pense à la dissociation psyché/intellect ou vrai-self faux-self par exemple) favorise une un travail analytique superficielle.

Durant le temps de régression dans la dépendance, brefs ou longs, la qualité de la présence de l'analyste, son comportement, son engagement, le maintien de son objectivité, son respect du cadre sont déterminants. Alors la confiance se renforce et le patient peut renoncer à sa dissociation par le faux self et accepter la dépendance dans le transfert. Le repli clinique se transforme en régression dans la dépendance quand un milieu ambiant répondant aux besoins du patient est offert. Dans ce cadre les défaillances de l'analyste sont inévitables et prendront parfois la forme de la défaillance originelle de l'environnement. Tout cela est possible si l'analyste n'échoue pas prématurément. Il s'agit d'être constant et prévisible afin les interprétations puissent être créées-trouvées dans l'espace transitionnel, lieu ou relation d'objet et présentation de l'objet ne se distinguent pas, lieu où l'analyste est et n'est pas l'analyste.

Dans cette forme de régression narcissique on rencontre **le transfert délirant** en réponse à la moindre défaillance de l'analyste. Au stade de l'identification primaire ou l'individu fait partie de l'environnement et l'environnement de l'individu, « le divan, c'est l'analyste ; les coussins sont les seins, **l'analyste est**

**la mère à une certaine période du passé.** A l'extrême limite il n'est pas vrai de dire que le divan représente l'analyste. » ( le psychisme du patient fonctionne en deça de la représentation). La régression peut être brève, durer quelques instants ou s'installer dans la durée. Il n'est pas question de désirs ou de souhaits mais de besoins. Si un malade a besoin de quiétude, on ne peut rien faire à part la lui donner. Il y a de longues périodes dans l'analyse avec les psychotiques et les cas-limite ou la chose la plus importante réside dans la capacité de l'analyste à fournir un environnement ordinaire même si des interprétations doivent être données. Par exemple, à ce niveau de régression, la chaleur dans la pièce est la chaleur vivante du corps de l'analyste.

Précisons que pour Winnicott les carences massives de l'environnement souvent à l'origine de la psychose se sont produites à un stade où la distinction soi/environnement n'était pas encore établie, c'est à dire à un stade proche de celui de la dépendance absolue. Il y a des stades où tout dépend de la ponctualité de l'analyste, selon Winnicott. Ces patients ont besoin qu'on ne les fasse pas attendre et qu'on soit à l'heure. Si nous sommes en retard, il ne se passera rien. Ces situations sont souvent simples à traiter pour l'analyste, mais si l'on ne comprend pas cela et qu'il y a un contre-transfert inconscient négatif et la tension devient considérable chez l'analyste. Il faut apprendre à tolérer les passages à l'acte du patient dans la séance, ils ont une grande importance, mais un commentaire verbal de ce qui vient de se passer doit suivre. Je pense à une patiente, cas limite, qui, en fin de séance, devant la porte, me prend la main et refuse de la lâcher m'invitant à avoir un rapport sexuel avec elle sur le champ pour résoudre l'ensemble de ses problèmes. Je lui dis que ce qui est en train de se produire doit avoir une grande importance et je

lui dis : « Si on jouait cette scène, quel rôle choisiriez-vous ? Le rôle de mon père, dit-elle spontanément. En me lâchant la main elle accepte la séparation. Elle avait trouvé elle-même la bonne interprétation ! L'analyse évolua favorablement. C'est par sa compréhension que l'analyste exprime son amour pour le patient.

C'est dans les moments de régression dans la dépendance que le sujet pourra rentrer en contact avec son self authentique, comme c'est le cas parfois chez les patients psychotiques qui font une maladie physique infectieuse grave nécessitant des soins intensifs prolongés, et qui se réorganisent après quelques mois de régression dans un entourage soignant. J'ai connu un cas de cicatrisation d'une psychose de longue date grâce à une régression analogue de quelques mois dans un milieu soignant suite à une maladie infectieuse assez grave. **Les psychotiques comme les cas limite, viennent à l'analyse non pour se comprendre mais pour se sentir vivant et réel**, affirme Winnicott.

## LE TRANSFERT DÉLIRANT

Avant de parvenir au transfert délirant, chez les cas limites, les patients font souvent de leur mieux pour inciter l'analyste à les haïr. Ils exploitent par exemple ses erreurs pour être persécuté sans avoir le sentiment d'être fou. L'Homme aux loups est un expert dans ce registre.

Ruth Mack Brunswick, deuxième analyste l'Homme aux Loups le trouvait inaccessible mais leurs rapports étaient excellents avant que ne s'installe l'épisode délirant. "Il se refusait à discuter ce qui touchait son nez ou ses rapports avec les dermatologues. Il



écartait toute mention de Freud par l'analyste avec un petit rire étrange et indulgent. Il discourait longuement des merveilles de l'analyse en tant que science..." Tout cela jusqu'à l'apparition du transfert délirant qui était qu'il savait bien qu'elle discutait avec Freud de tous les détails de son analyse avant d'agir sur les conseils de Freud ! Il pouvait par conséquent à la fois accuser Freud de la perte de sa fortune et affirmer qu'il était son "fils favori" sans y voir la moindre contradiction. L'analyse progressa rapidement, dit Ruth Mack Brunswick, jusqu'au point où « le père a châtré le fils, c'est pourquoi le fils doit le tuer », mais il fallut « un bien plus grand effort », dit-elle, pour que le patient arrivât à comprendre le mécanisme ultérieur par lequel sa propre hostilité était projetée sur le père et alors perçue par le fils en tant que persécution . **Le patient cessa de "parler comme un fou" à partir du moment où il raconta un rêve de transfert maternel dans lequel l'analyste apparaissait sous les traits de sa mère brisant les icônes pieuses.** Il renonça à son identification au Christ, jadis à l'origine de sa névrose obsessionnelle. Voilà l'esprit de Winnicott avant la lettre, avec la prise en compte de la pathologie maternelle, la dépendance, la haine de l'analyste-mère et le transfert délirant. L'homme aux Loups était bien un cas limite avec un secteur psychotique.

Lorsque le traumatisme flagrant vient heurter l'omnipotence du patient alors que les besoins de dépendance sont assurés par la fonction maternelle de l'analyste, se produit un effondrement dans l'aire de la confiance à l'égard d'un environnement généralement prévisible et l'organisation du moi, en tout ou en partie, ne peut s'établir. Si la colère appropriée ne survient pas, apparaît l'idée délirante de persécution de la part des bons objets.

En fait chaque traumatisme en séance, même le plus bénin peut faire surgir l'idée délirante d'être haï car la haine, suscitée par la défaillance de l'analyste, est d'abord projetée de manière délirante car le Moi du patient n'est pas assez fort pour éprouver de la haine envers l'objet qui a changé brutalement en étant défaillant. Il faut que l'analyste puisse supporter cette place souvent très pénible sans l'interpréter trop tôt. Par conséquent, au cours de la régression dans la dépendance, il faut pouvoir atteindre l'état délirant ou l'analyste est vécu comme étant hostile, là où il occupe la place du père ou de la mère. C'est seulement à partir de ce moment-là que le transfert délirant peut-être interprété.

Récapitulons les étapes qui se succèdent souvent ainsi dans un transfert délirant :

- (1) adaptation maximum de l'analyste au besoin omnipotent ;
- (2) " un léger mouvement" et l'analyste est hors du contrôle omnipotent ; il s'agit souvent d'un trauma bénin
- (3) la haine reste inconsciente ;
- (4) l'analyste est un persécuteur ;
- (5) prise de conscience qu'il s'agit d'une idée délirante ;
- (6) la haine commence à pouvoir être éprouvée.
- ( 7) l'ambivalence peut survenir.

Avec des patients, enfants ou adultes, ayant subi des traumatismes flagrants dans leur enfance, c'est un traumatisme bénin en séance par défaillance de l'analyste, qui permet, souvent

dans un deuxième temps, de retrouver un traumatisme important de l'enfance qui était clivé de la conscience. Je pense à un incident en séance : Un coup de sonnette, j'avertis la patiente que je vais m'absenter quelques instants. A mon retour : « c'est pour me faire souffrir que vous avez organisé cela ! » ..... Silence.... « j'ai eu une image, celle du jeune homme qui me gardait enfant quand mes parents sortaient et qui se masturbait en regardant la télévision. » C'est bien l'incident de séance, (traumatisme bénin) par défaillance de l'analyste répétant la défaillance parentale qui a provoqué le transfert délirant puis la levée du trauma. J'étais le père qui s'absente et le jeune homme qui vient. Avant « l'incident » la confiance transférentielle ne pouvait s'installer et je pensais à la réaction thérapeutique négative, mais j'étais potentiellement, sans le savoir, le jeune homme pervers alors que la situation se figeait. Un long travail d'élaboration pouvait enfin commencer maintenant.

## L'AUTISME INFANTILE

Tustin affirme que certaines intuitions cliniques de Winnicott sont au départ de ses recherches sur l'autisme surtout en ce qui concerne les expériences catastrophiques de séparation qui se sont produites avant le stade de l'individuation. Malher et Winnicott en font le point de départ de l'autisme infantile. Ainsi le patient qui a perdu le sein et auquel Winnicott dit : « vous n'avez plus de bouche. » Cette perte est ressentie comme une perte d'une partie du corps. Tustin rappelle que Winnicott parle alors de « dépression psychotique ». Je la cite (13) : « ce type de dépression est associé à un sentiment d'effondrement que Winnicott appelle *flop* ». Si dans la phase de guérison ou moi et

non-moi sont différenciés il peut se produire que le non-moi soit « anéanti dans le noir » selon l'expression de Tustin. Elle pense que l'effondrement, exclu de la conscience, auquel se réfère Winnicott dans la « **Crainte de l'effondrement** » [3] **correspond à ce qu'elle appelle « la mise en capsule »** dans l'autisme infantile. Elle considère que ce sont les phénomènes transitionnels qui peuvent contrecarrer cette angoisse du trou noir de la dépression psychotique.

**« HEALING » ET  
ANTIPSYCHIATRIE, « LA  
PSYCHOSE EST CHOSE  
COURANTE DANS L'ENFANCE »  
(14).**

Si le holding maternel est suffisamment bon le nourrisson connaît une alternance d'états de non intégration et d'intégration ; états où il se laisse aller en morceaux dans un environnement soutenant et fiable, environnement qu'il ne distingue pas encore de lui-même, et états où il tend à se rassembler en une unité. La tendance innée à l'intégration va lui permettre d'intégrer ces deux états, renforçant « la continuité d'existence » de l'individu, son sentiment d'être vivant. Si survient une interruption réactionnelle du sentiment d'exister, consécutive à un empiètement de l'environnement, l'individu s'organise sur une nouvelle ligne de défense ( contre « les agonies primitives ») par la formation d'un faux-self ou bien par une maladie psychotique. Ces graves distorsions de la personnalité peuvent avoir lieu au stade de

l'unité « individu-environnement » et produire une crise psychotique brève qui peut passer inaperçue dans l'entourage.

Winnicott n'est-il pas le père de l'antipsychiatrie lui qui a écrit des textes polémiques publiés dans la presse et adressés aux autorités politiques contre la psychiatrie comportementaliste et behaviouriste, contre la lobotomie et la leucotomie ? Dans un article, « *Psychosis is closely related to health* » (1954) il écrit que d'innombrables situations d'échec, vécues dans la petite enfance, sont dégelées par les différents phénomènes cicatrisants de la vie ordinaire, les expériences de la vie, les amitiés, les soins au cours des maladies, la poésie, etc., et que la guérison d'une psychose résulte le plus souvent d'une cicatrisation dans un environnement tolérant et fiable. Le « Healing » est un traitement par les expériences de la vie. « Healing » est proche de « Cure », de soin, mais s'en distingue par l'idée d'une guérison naturelle et spontanée.

L'idée de soin naturel influença le mouvement antipsychiatrique, impulsé par Laing et Cooper en Angleterre (Laing avait commencé sa formation de psychanalyste avec Winnicott en tant que superviseur). Ils souhaitaient la destruction de la psychiatrie de leur époque. Mary Barnes dans son livre (Voyage au centre de la folie, 1976) illustre cette forme de Healing, expérience qui s'appuie sur l'effet curatif de la régression profonde et sur La crainte de l'Effondrement, symptôme isolé par Winnicott. Il montre au patient que l'effondrement qu'il redoute, comme la crainte de devenir fou, de mourir ou de rencontrer le trauma initial, correspond à un événement qui a déjà eu lieu jadis mais que le bébé n'était pas là pour le vivre du fait de son immaturité. Aussi il s'agira de proposer les conditions favorables de

l'environnement qui permettent de vivre cet effondrement pour la première fois, évènement qui s'est produit jadis quand le sujet n'était pas encore présent et qui l'avait contraint à avoir recours aux défenses primitives pour échapper aux angoisses impensables de désintégration. « **La régression représente l'espoir de l'individu psychotique que certains aspects de l'environnement (qui à l'origine furent un échec) puissent être revécus...** » (16)

## **HOLDING, AGONIES PRIMITIVES OU ANGOISSES PSYCHOTIQUES**

Les angoisses psychotiques dans leur essence appartiennent cliniquement à la schizophrénie ou bien à un élément schizoïde dissimulé dans une personnalité non psychotique. Il arrive que les éléments schizoïdes dans une personnalité par ailleurs saine puissent être intégrés et se socialiser dans un certain environnement culturel favorable.

C'est le holding de la mère, sa fiabilité et sa constance qui permet l'intégration. L'intégration est plus compliquée pour un enfant qui n'a pas une personne unique présente « pour relier les morceaux » les uns aux autres. Le contraire de l'intégration c'est la désintégration. **La désintégration est une défense sophistiquée, une production active de chaos pour se protéger d'un état de non intégration sans soutien du moi.** Ce sont des moments de régression dans la dépendance qui s'apparente à la relaxation, à un état de détente proche du sommeil, état de non intégration où le sujet ne craint pas la désintégration du fait d'un holding suffisamment bon.

Par sa capacité d'identification maternelle primaire, la mère (et l'analyste) écarte les agonies primitives et les angoisses impensables. **Les angoisses psychotiques n'ont rien à voir avec les pulsions car elles résultent d'une défaillance massive de l'environnement aux stades précoces.** Quand les choses se passent bien il y a précession du self sur la vie pulsionnelle.

Les variantes à ces angoisses inimaginables ou agonies primitives sont :

- **le morcellement**, parfois jusqu'à la désintégration, le contraire de se morceler correspond à l'intégration.
- **Ne pas cesser de tomber**, la chute sans fin.
- **La dépersonnalisation**. Dissociation psyché et soma. Ne plus avoir de relation avec son corps. Le contraire la personnalisation ou intégration psycho somatique.
- **Ne pas avoir d'orientation**,
- **être privé de tout contact**. L'isolement complet. Le contraire est la relation d'objet qui s'effectue par présentation de l'objet (*object presenting*) dans le cadre du holding.

Il n'y a pas nécessairement intégration entre un enfant éveillé et un enfant endormi tant que l'enfant n'a pas fait régulièrement l'expérience de communiquer son rêve. Au tout début de l'existence il y a dissociation normale entre l'enfant éveillé et l'enfant endormi. Le pont entre ces deux états est rendu possible par la présence de la mère qui confirme à l'enfant qu'il a rêvé pendant son sommeil assurant ainsi sa continuité psychique

qu'elle réfléchit par sa présence attentionnée. Les aspects fonctionnels du rêve sont invoqués ici comme facteur d'intégration. On remarquera la proximité avec Bion pour qui nous devons rêver nos expériences pour les élaborer psychiquement.

## L'ENVIE

Winnicott s'est opposé à la conception de Mélanie Klein sur l'envie. Elle considère l'envie comme une manifestation des pulsions destructrices dès le début de la vie du nourrisson. L'envie surviendrait lorsque le sein prive ce dernier de lait et d'amour qu'il garde pour lui. Winnicott voit dans cette conception la tendance de Mélanie Klein à sous-estimer l'importance de l'objet externe et à surestimer le niveau d'intégration du Moi du nourrisson. L'envie implique, selon lui, un niveau complexe d'organisation du Moi qui ne peut être présent au début de la vie.

**Winnicott accepte l'hypothèse de l'envie seulement s'il y a défaillance de l'objet qui devient subitement mauvais.** Les attaques envieuses du sein résultent d'un défaut de sollicitude maternelle primaire, lorsque la mère se dévoile trop tôt en tant qu'objet externe ou soumet le nourrisson au supplice de Tantale. Herbert A. Rosenfeld, analyste de psychotiques de formation kleinienne, rejoint Winnicott lorsqu'il remet en question, après une longue pratique, l'usage excessif de l'interprétation qui, selon lui, suscite l'envie. Dans son ouvrage « Impasse et Interprétation », il affirme que l'interprétation de l'envie ne permet pas de sortir de l'impasse de la relation thérapeutique négative et que le principal problème, dit-il, qui surgit dans l'analyse est que « parfois le patient se sent humilié parce qu'il constate que l'analyste le comprend mieux que lui-même. »



# TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES ET PSYCHOSE

Winnicott (17) pense que les troubles psychosomatiques dissimulent la persistance d'un clivage dans l'organisation du moi du patient, ou bien de multiples dissociations, qui constituent, selon lui, la véritable maladie. **La maladie psychosomatique est « le positif de quelque chose de négatif »** car elle ramène le sujet dans son corps quand les liens entre psyché et soma sont trop distendus et que la dépersonnalisation menace. Aussi, « l'un des buts de la maladie psychosomatique est de retirer le psychisme de l'esprit et de le faire revenir à son association intime et primitive avec le soma » (18). Dès 1931, Winnicott avait reconnu, en tant que pédiatre, l'importance des relations entre psyché et soma : « Un enfant qui arrive à peine à sentir que son corps et lui ne font qu'un s'intéresse énormément à tout ce qui accroît son sentiment corporel et tire parfois profit d'une gale ou d'une irritation cutanée ». Il peut se produire qu'un nourrisson soit amené à se prendre en charge prématurément lui-même avec son intellect dissocié, formation pathologique détaché des affects qui sont gelés, afin d'écartier une angoisse impensable. « Un exemple de cette angoisse impensable correspond à un état où il n'y aurait pas de cadre au tableau pour contenir les forces qui tissent la réalité psychique intérieure. En termes pratiques, on peut dire qu'il n'y a personne pour soutenir le bébé » (19) (traduction personnelle).

# POUR CONCLURE : CRITIQUES ET HOMMAGES

**La clef des psychoses se trouve dans le développement affectif primaire ou l'individu n'a pu donner un sens au complexe d'Œdipe .(20)**

Winnicott considère la psychose comme le lot de tout un chacun : « La psychose est bien plus proche de nous et en rapport avec les éléments constitutifs de la personnalité et de l'existence humaine que ne l'est la névrose : nous sommes vraiment pauvres si nous ne sommes uniquement sains » (21)

On a souvent entendu : « Winnicott se prend pour une bonne mère ! », manière de lui reprocher de quitter le terrain de l'analyse pour procéder à des expériences correctives ou réparatrices ! Nous ne partageons pas ce point de vue après avoir lu et relu son œuvre. Winnicott répond à ses détracteurs : « Aucun analyste ne se dispose à fournir une expérience corrective dans le transfert, car il s'agit d'une contradiction dans les termes » (22) L'analyste travaille surtout avec ses défaillances, dès qu'il est question de problématique psychotique, défaillances que le patient utilise dans son analyse et qu'il lui arrive même de susciter. « C'est ainsi que finalement nous réussissons en échouant » (23)

On entend aussi : « Il n'y a pas de père chez Winnicott ». Je renvoie le lecteur à mon travail « La construction du Père chez Winnicott » (24). Avec le patient de « Fragment d'une analyse » par exemple, dont le père n'a pas tenu son rôle dans le triangle œdipien, **Winnicott lui dit qu'il ne lui semblait pas**

**impossible de franchir une étape, même si celle-ci n'avait jamais existé auparavant et que cela dépendait de lui-même et de son analyste.** Dans les « Consultations thérapeutiques » Winnicott découvre régulièrement le fantasme oedipien et l'interprète sans hésitations. Avec Robert, neuf ans, qui rapporte le cauchemar d'un homme faisant effraction avec un pistolet pour voler des bijoux, Winnicott commence par dire que le dessin d'une maison en flammes correspond une excitation sexuelle associée à une érection et que s'il veut en savoir plus, il faut qu'il aille vers son père et qu'il lui pose des questions ! Dans « L'acte de voler » Winnicott écrit : « C'est seulement lorsque la figure paternelle stricte et ferme est présente que l'enfant peut retrouver ses pulsions d'amour primitives, son sens de la culpabilité et son désir de réparation. » et il ajoute que **l'analyste assure un rôle paternel d'autorité lorsqu'il joue le rôle de gardien du cadre indestructible.** Winnicott est l'analyste du cadre, disait Green.

**P.C. Racamier** rend hommage à Winnicott pour sa contribution originale au traitement des psychoses. Dans « Un Espace pour Délirer » (25) ce grand psychanalyste des psychoses, chercheur et théoricien des états schizophréniques, décrit un quatrième espace, « l'espace à délirer » qu'il définit comme « un dérivé de l'espace transitionnel qui repose sur le déni ». **Racamier fait de l'espace transitionnel un espace à gagner sur celui du délire.** « Alors que la troisième réalité, celle de l'espace transitionnel, se fonde sur une double affirmation, l'espace du délire n'est fondé que sur le déni d'origine ». Racamier affirme toute l'importance de facteur de l'environnement : « Un patient est plus enclin à nous entendre pour peu qu'il nous sente au courant du monde où il vit et que parvenir à irriguer un espace partagé transitionnel c'est du terrain gagné sur le délire »... « La

réalité qu'on invoque si souvent comme panacée n'est pas un remède au délire. **Le meilleur remède serait plutôt le jeu au sens ou l'entend Winnicott** ». Cela est présent dans le titre du livre « Jeu et Réalité ». **H. Searles**, qui a écrit un article célèbre : « Comment rendre l'autre fou », montre l'importance du Jeu en affirmant qu'un patient ne peut renoncer à ses idées délirantes que s'il a affaire à un thérapeute capable « de jouer de manière délicieusement folle ». Alors, le patient s'apercevra qu'il n'est pas un être foncièrement mauvais parce qu'il a voulu jouer. « Il faut que la thérapeute s'habitue à l'idée que le patient joue de la lyre pendant que Rome brule ».

De même, dans *L'Analyste, la Symbolisation, l'Absence* (26), A. Green affirme se sentir en accord avec la technique de Winnicott lorsqu'il écrit : « **L'analyste ne vise peut-être qu'à la capacité du patient à être seul mais dans une solitude peuplée par le jeu** » et plus loin il ajoute : « Un jeu entre processus primaires et processus secondaires. » que Green dénomme les processus tertiaires.

Il est frappant de constater les analogies qui existent entre les expériences de dissociations, de mort et d'anéantissement (agonies primitives), décrites par Winnicott, et les témoignages sur la torture. Catherine Perret (27), qui s'interroge sur l'institution d'une torture d'état et d'une torture banalisée dans la vie quotidienne, cite Jean Améry qui dit avoir éprouvé « le sentiment d'être devenu à ce point étranger au monde qu'aucune communication ultérieure ne pourra jamais le compenser. » Il éprouve un sentiment de supériorité d'avoir vécu l'indicible mais « avoir vu son prochain se retourner contre soi engendre un sentiment d'horreur à tout jamais incrusté dans l'homme

torturé. » Ce sentiment d'horreur et de terreur continuera à le faire vivre en dehors de sa peau..... . Comment ne pas penser aux angoisses psychotiques et aux agonies primitives ? Cependant le travail d'écriture élaborée lui fait penser : « Les frontières de mon corps sont les frontières de mon Moi. La surface de ma peau m'abrite du monde étranger : au niveau de cette surface j'ai le droit, il est vrai que je dois faire confiance, de n'avoir à sentir que ce que je veux sentir. »

Faire dialoguer d'une manière imaginaire et réelle, les points de vue entre artistes, écrivains et auteurs de diverses disciplines, autour de thèmes analogues, comme la torture et le fonctionnement psychotique par exemple, ainsi que je l'esquisse, permet d'approfondir nos interrogations et de ne pas nous enfermer dans le piège d'un splendide isolement. Là également Winnicott a été un précurseur, lui qui avait tant besoin de mettre à l'épreuve ses idées avec des non psychanalystes, éducateurs, assistantes sociales , juristes etc....

Insistant souvent sur un aspect essentiel de son apport à la psychanalyse, le facteur de l'environnement, Winnicott a dit, non sans humour, que « les psychanalystes sont capables de tout connaître, excepté l'environnement. » Winnicott n'est-il pas un précurseur qui met chacun d'entre nous sur la voie de la nécessité vitale de prendre en compte notre environnement ?

Mots-clefs : Psychose - agonies primitives- Dissociation- Faux-self - régression-antipsychiatre- dépersonnalisation- effondrement- désintégration-autisme -torture- environnement-dépendance - Jeu.

## Références bibliographiques

1. Excepté dans « Deuil et Mélancolie » où le sujet se confond avec l'objet.
2. Ogden, T, (2002) Lire Winnicott in Penser les limites, Ecrits en l'Honneur d'André Green, p.502, Delachaux et Niestlé
3. Winnicott, DW, La nature Humaine, p.60, Galimard.
4. Winnicott, DW, (1959-1964) Nosographie : y a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ? in Processus de maturation chez l'enfant, p.93, Payot.
5. Winnicott, D.W., (1961) L'effet des parents psychotiques sur le développement de leur enfant in De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Payot
6. Winnicott, DW, (1954) Le développement affectif primaire in De la Pédiatrie à la Psychanalyse, p.33-47, Payot
7. Winnicott, DW, (1957) La haine dans le contre-transfert, in De ma Pédiatrie à la Psychanalyse, Payot
8. Winnicott, DW, (1992) le bébé et sa mère, p.45, Payot
9. Winnicott, DW, ( 1963) L'état de dépendance dans la cadre des soins maternels et infantiles et dans la situation analytique in Processus de maturation chez l'enfant. p.252 Petite Bibliothèque Payot
10. Ibid, p.253
11. Winnicott, DW, (1959-1964) Nosographie : y a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ? in Processus de maturation chez l'enfant, p.93, Payot.
12. Ibid p.108

13. Dans « Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression », (p.140-1, 1954)
14. Tustin, F, (1965) Le trou noir de la psyché, p.27
15. <http://colimasson.over-blog.com/article-un-voyage-a-travers-la-folie-1976-de-mary-barnes-et-joseph-berke-97924842.html>
16. Winnicott D. W. (1964), « Psychosomatic Illness in Its Positive and Negative Aspects », in *Psycho-Analytic Explorations, Psychosomatic disorder*, Cambridge, Harvard University Press, 1989, p. 103-114.
17. W. Winnicott (1949), « L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
18. Winnicott, DW, (1959-1964) Nosographie : y a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ? in *Processus de maturation chez l'enfant*, p.93, Payot.
19. (19)Winnicott (2000) La Crainte de l'effondrement in *La Crainte de l'Effondrement et autres situations cliniques*, p.205, Gallimard.
20. (20)Winnicott DW ( 1952 ), *Psychose et soins maternels in De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, P.98
21. <http://colimasson.over-blog.com/article-un-voyage-a-travers-la-folie-1976-de-mary-barnes-et-joseph-berke-97924842.html>
22. Winnicott, DW, (1959-1964) Nosographie : y a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ? in *Processus de maturation chez l'enfant*, p.98, Payot.
23. Winnicott, DW, (1963) L'état de dépendance dans le cadre des soins maternels et infantiles et dans la situation

- analytique in Processus de maturation chez l'enfant, p.254
24. Jaeger, P. (2015). La construction du père dans l'œuvre de Winnicott. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 5(2), 69-92.
  25. Winnicott, DW, (1945) Le développement affectif primaire in De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot.
  26. Racamier, PC ( 2000) Un espace pour délirer, in Revue française de psychanalyse, p.823-829
  27. Green, A, (1974) L'analyste, la symbolisation, l'absence in La folie privée, p.100, Gallimard.
  28. Perret, C, (2013) L'Enseignement de la torture, P.132-133, Seuil.

---

## Du travail de symptôme au travail psychanalytique

**Auteur(s) :** Françoise Cribier

**Mots clés :** après-coup - contre-transfert - formation de compromis - processus analytique - régression - symptôme - trauma/traumatique/traumatisme

---

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



# Comment Freud n'a pas inventé la psychothérapie mais la psychanalyse

**Auteur(s) :** Jean Cournut

**Mots clés :** cure-type - états-limite - hystérie - névroses/psychonévroses - pratique (contemporaine) - psychanalyse (situation actuelle) - psychothérapie - régression

---

## Situation actuelle de la psychanalyse en France

Depuis quelques dizaines d'années, la situation actuelle de la psychanalyse en France a bien changé, et je cite seulement pour mémoire et dans le désordre :

- Les sciences contemporaines offrent des modèles neurobiologiques, cognitivistes, comportementaux, etc. qui sont bien loin de la vision de l'homme proposée par la psychanalyse.
- Le « politiquement correct » surveille fantasme et réalité, tandis que l'informatisation empiète sur la nécessaire confidentialité.
- L'information est hyperprésente mais aplatie.
- Les conditions socio-économiques freinent pour nombre de personnes les disponibilités en temps et en argent nécessaires pour une psychanalyse.
- La dimension, axiale en psychanalyse, du conflit psychique

est dévalorisée, par exemple au bénéfice de la « fatigue de soi », de la dépression, de l'incapacité (et non plus de la culpabilité).

Conséquences - ou en tout cas constatation : dans le microcosme analytique, mais aussi dans le public, on dit que ce que l'on appelle traditionnellement la cure-type devient rare, que les cas de névrose diminuent, alors que le quotidien des analystes est confronté à des pathologies nouvelles, difficiles, aux limites de l'analysabilité. On tient volontiers ce discours pessimiste, ou bien on ne dit rien mais on s'arrange de variantes pudiquement appelées « techniques ». Il existe aussi des analystes qui, au motif que choisir d'aller consulter un psychanalyste est déjà un signe pathognomonique de névrose, « allongent » systématiquement mais sans précision de durée ni de fréquence des séances. Il n'en reste pas moins que flotte et prédomine l'impression générale que la pratique analytique n'est plus ce qu'elle était : elle se joue souvent en face à face, ou allongé mais à moindre fréquence. On parle plus fréquemment de psychothérapie, psychanalytique bien sûr, mais encore faut-il le préciser, ce qui nous oblige à poser encore, et différemment peut-être, la question des conditions d'effectivité du processus analytique.

## Marginalité des névroses ?

À propos de cette prétendue raréfaction de la névrose et de la cure type, je voudrais vous proposer une hypothèse pour nous induire à penser différemment peut-être la question. Quand on relit les *Études sur l'Hystérie*, on peut remarquer que les biographies des patientes étaient bigarrées, pleines de traumatismes affectifs, de maladies somatiques, d'effractions sexuelles, de secrets de famille, d'incestes, d'enfants morts, de

mères dépressives, de décès abrupts, de deuils infaisables, de troubles obsessionnels-compulsifs, de phobie de tout et de n'importe quoi, de dépersonnalisations identitaires, et de défaillances qu'on N'appelait pas encore narcissiques. Quant aux fonctionnements psychiques, ils étaient inclassables, hystériques certes mais en fait à la limite des tableaux nosographiques classiques. Cas sans frontière, pathologies-limites, malades de leur enfance et de leur sexe, mais... tout simplement exemplaires des psychopathologies qui s'adressaient au « spécialiste des maladies nerveuses », et qui fréquentent encore maintenant, un peu au hasard des circuits, psychiatres, psychanalystes ou psychothérapeutes divers et variés. Les *Études sur l'Hystérie* ne relatent pas des cures-type de névroses standard. Qui allongerait aujourd'hui, impunément et impudemment, Emmy von N. ou Lucy R. ?

Ces questions pourraient peut-être nous induire à renverser le point de vue traditionnel, et à reconnaître que ce sont les névroses qui se situent à la limite, à la marge d'un champ psychologique et psychopathologique beaucoup plus vaste, celui de la grande majorité des fonctionnements psychiques. Dans ce champ on trouve - plus ou moins mal centrés par un self hésitant entre le conflit et la dépression - du caractère, du comportement, de l'expression somatique, des troubles de la cohésion identitaire, des pathologies narcissiques, des dysharmonies d'évolution, des pertes d'objet, des mélancolies plus ou moins secrètes, etc. Ce champ comprend les pathologies des *Études sur l'Hystérie* ; il recouvre aussi à peu près et même davantage celui que Freud désignait en termes de névrose actuelle ou d'angoisse et dont il pensait que toute névrose de défense en gardait un noyau, noyau traumatique toujours à vif, et sans guère de chair névrotique

autour. À inclure aussi les cas que nous disons « difficiles », les névroses dites par Freud « narcissiques », les cas-limites, les malades à expression somatique, et il faut ajouter évidemment les diverses formes de psychoses, de la blanche à la plus sombre, les psychopathies et les raffinements pervers. Tout, en somme !

Mais ce que l'on peut remarquer est que, dans cette étendue psychopathologique, Freud a différencié cliniquement et élaboré théoriquement le modèle névrotique à partir duquel il a inventé la psychanalyse. On pourrait même dire qu'il l'a construit, ce modèle théorique de la névrose ; construit au sens de *Constructions en analyse*, et de plus, construit en positif et en négatif, c'est-à-dire par rapport à la perversion et à la sexualité infantile.

## Le modèle de référence

Cette hypothèse selon laquelle la névrose serait pour une bonne part un modèle théorico-clinique rarement rencontré à l'état pur dans la pratique a déjà été envisagée, par exemple, par Joyce Mc Dougall dans son *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Elle notait, déjà en 1978, que « le bon névrosé classique (si toutefois son existence à l'état pur est plus qu'un simple artifice de la théorie psychanalytique) se faisait rare ». Toujours dans cette hypothèse d'une névrose qui serait davantage un modèle théorique qu'une réalité clinique, on comprendrait la difficulté à entendre les « cas-limite », « à la limite entre névrose et psychose », et les structures narcissiques, dans la mesure où on désignait ainsi les « franges mal connues d'états pseudonévrotiques » (je cite le début de *La folie privée* d'A. Green), difficulté dans la mesure où l'on pensait ces fonctionnements à l'aune de la névrose, dans le paradigme névrotique.

Si l'on poursuit l'hypothèse, cette fois au point de vue technique, on peut supposer que l'abord de ces cas difficiles relatés dans les *Études sur l'Hystérie*, et tout particulièrement l'échec avec Anna O. , avaient peut-être incité Freud et Breuer à réviser leurs méthodes de travail : voir les patientes tous les jours, les allonger, leur faire des pressions sur le front et des massages « sur tout le corps », c'était trop intime, trop excitant, et pour les patientes et peut-être aussi pour le médecin. Alors : laisser parler les patientes, mais pas trop souvent et en face à face. C'était d'autant plus prudent que la situation, manifestement, les faisait flamber. En prenant ces précautions, Breuer et Freud venaient en somme d'inventer la psychothérapie qu'on n'appelait pas encore psychanalytique, méthode qui semblait convenir le mieux à l'ensemble des cas. Mais il y avait encore trop de sexe et de fausses liaisons : Breuer ne supportait pas et rompit. Freud, lui, insista. Dans le champ protéiforme de la psychopathologie, il isole, dans la pratique et surtout dans la théorie, ce tableau clinique particulier qu'il appelle « psychonévrose de défense », mettant l'accent sur l'intériorisation inconsciente du conflit psychique et des moyens de défense. Pour les cas en question, il continue de prendre le risque d'une approche plus intensive : on ne touche pas, on laisse associer librement, mais c'est le divan systématique et quotidien. Et c'est ainsi que Freud inventa la psychanalyse...

## L'invention de la psychanalyse

Ce ne fut pas sans mal. L'analyse de Dora se solda par une rupture, faute de prise en compte plus complète du transfert. Après une première séance tapageuse, *l'Homme aux Loups* s'installa dans une docilité par trop passive, et Freud procéda à une scansion de la cure, ce qui fut profitable à la théorie, mais

moins au patient, la suite l'a prouvé. Un seul, parmi les cas célèbres, démontra le bien-fondé de la méthode ; ce fut l'*Homme aux Rats*. Or, c'est celui pour lequel Freud formula explicitement, non pas une interdiction, ni une interprétation, ni une construction, mais ce que l'on pourrait appeler l'esprit d'un cadre. Alors que l'*Homme aux Rats* s'était levé, pendant une séance, ne supportant ni le divan ni la règle fondamentale du « tout dire », Freud lui précisa qu'il ne pouvait le dispenser de choses dont lui, Freud, pourtant inventeur de la méthode, ne disposait pas.

C'est évidemment cette focalisation sur le cas particulier de la névrose, isolé volontairement et très tôt, en 1894 (*Les psychonévroses de défense*) par rapport aux névroses actuelles et d'angoisse et, à vrai dire, dans le champ psychopathologique tout venant, qui permit à Freud d'élaborer l'ensemble théorique sur lequel nous continuons de nous étayer. Dans cette perspective, on comprend que, la névrose étant une clinique marginale, expérimentalement isolée et valorisée, la cure-type soit rare, appropriée à la névrose, certes, mais pas toujours adaptée, loin de là, aux psychopathologies de la vie quotidienne.

Ne laisser ainsi à la névrose - et à la cure-type - qu'une part clinique et pratique restreinte, a l'avantage d'expliquer la supposée raréfaction actuelle de la névrose. Celle-ci n'a peut-être jamais été très fréquente. Il s'agissait d'autres pathologies que, par référence au modèle théorique, on baptisait névroses et dont on s'aperçoit maintenant qu'elles n'en sont pas. Mais cette hypothèse présente un grand risque théorique, celui de dévaloriser le modèle métapsychologique de la névrose et de nous laisser en état de perte référentielle dans un vide, ou un trop plein, conceptuel, propice à tous les affolements pratiques (voir

mon *Épître aux Œdipiens*, PUF, 1997).

Une analogie me paraît possible : la cure-type serait comme le mètre étalon dont le prototype est déposé en platine iridiée à Sèvres ; il existe, on ne le rencontre pas souvent, mais tout est mesurable et n'est mesurable qu'en fonction du système métrique.

En fonction donc du système névrotique, réapparaît la question du processus analytique et de ses conditions d'effectivité et de développement. Si le processus consiste à ce que, dans une névrose de transfert, un individu retrouve, ou trouve, la capacité d'investiguer, de nommer, de dramatiser, de défouler des phénomènes psychiques à peu près inaccessibles autrement, quels sont les moyens que l'on peut mettre en place pour avoir le plus de chance de favoriser ce processus et de créer ce que Jean-Luc Donnet appelle très justement une « situation analysante » ? La cure-type a montré, et montre toujours, qu'il est théoriquement possible de déclencher et d'entretenir un tel processus. Mais si la cure-type, dans le site classique et avec le dispositif que l'on connaît, paraît difficilement jouable, comment dans un continuum de pratiques différenciées instituer une situation analysante supportable et bénéfique ?

## Le travail du psychanalyste

Dans ce qu'il est convenu d'appeler le mouvement analytique contemporain, les réponses sont variées, selon les cliniques et aussi, bien sûr, selon les options théoriques et institutionnelles. On peut cependant dire que les analystes de toutes tendances théoriques s'accordent sur le couple association libre du patient et parole de l'analyste, ainsi que sur le transfert-contre transfert. Ce qui avive entre analystes le narcissisme des petites différences,

c'est par contre bien davantage la conception que l'on se fait du travail du psychanalyste. Ou bien on pense – pour le dire vite – que l'analyste est un Pygmalion, maître du temps et du jeu, dont la parole fait accéder le patient à la vérité ; ou bien, à l'opposé, on pense que l'analyste est l'officiant d'un plus haut service, induisant un processus qui va se dérouler dans un cadre donné au départ et qui s'applique aux deux protagonistes.

Ce sont ces deux options, schématiquement présentées ici, que l'on retrouve dans la conduite de la cure et dans l'insistance ou non sur le cadre. Cette insistance, en France, est la conséquence chez les uns, de ce qu'ils considèrent chez les autres comme abus de pouvoir, alors que les autres considèrent chez les uns le cadre comme une entrave à la créativité. On pourrait, dans cette perspective, définir le cadre comme un état d'esprit volontaire, volontariste même, un parti pris d'humilité pour qui connaît les tentations de la mégalomanie. Mais à dire : volontaire, se pose la question de reconnaître le désir inconscient ainsi recouvert. Qu'est-ce que cela cache ? La meilleure réponse est, déjà citée, celle de Freud à *l'Homme aux Rats* : « je ne peux (le) dispenser de choses dont je ne dispose pas ».

## Perception-régression

En fait l'essentiel du débat à propos du cadre porte sur deux points. Le premier, on vient de l'évoquer, est celui de l'arbitraire. Le deuxième porte sur une option théorico-pratique, à savoir : la régression est-elle nécessaire au progrès du processus analytique ? La régression, ou certains degrés de régression topique, temporelle et/ou formelle, requérant un temps de séance suffisant pour que s'établisse ce que l'on a justement appelé un « état de séance », analogue en quelque sorte au rêve, et



favorable au processus ? Si l'on pense que cet état et ce temps de séance sont nécessaires, on bute sur l'opposition perception-régression, et on se trouve en plein cœur du débat concernant la psychothérapie psychanalytique, ou plus précisément l'opposition divan - face à face, et ce en quoi la perception du vis-à-vis freine les conditions de possibilité des régressions. Mais attention, que l'on ne me fasse pas dire ce que je n'ai pas dit : si l'état de séance nécessite un temps de séance, je n'ai pas dit que la régression se... minutait en temps réel !

Dans la pratique, comment se jouent ces deux paramètres de la situation analysante, le risque d'arbitraire d'une part, et la question métapsychologique du couple perception-régression d'autre part (et sa liaison avec le transfert et son interprétation) ?

En fait la discussion se situe à plusieurs niveaux :

- *Quid* du processus analytique dans le face à face par rapport à la situation classique ? : c'est un débat intra et interanalytique, mais aussi, dans la définition même de la psychanalyse, un débat avec les pouvoirs publics (au sujet par exemple d'un diplôme éventuel de psychothérapeute).
- Durée de la séance, fixée à l'avance, et respectée, ou scansion ; c'est le débat avec l'héritage lacanien.
- Nombre de séances hebdomadaires : cinq séances pour les anglo-saxons et les standards de l'Association Psychanalytique Internationale, ou trois séances en France depuis Nacht (et Lacan avant la scission), c'est le débat théorique sur l'état de séance, et si l'on peut dire, l'état de cure, et pour la Société Psychanalytique de Paris le débat institutionnel avec l'API.

## La formation du psychanalyste

J'y viens dans un instant ; il faut auparavant évoquer la même complexité à propos de la formation des analystes. Il est cohérent de penser que cette formation doit passer par l'expérience initiale, pour ne pas dire initiatique, celle de la découverte par le candidat, pour son propre compte, de la démarche qui fut celle de Freud. Et c'est là que l'on retrouve l'expérience de la névrose et de la cure-type. L'institution propose au candidat de connaître la situation, j'allais dire expérimentale, répondant au modèle théorico-clinique de la névrose, et de la mettre en pratique, espérant qu'ainsi, sur le divan, plusieurs fois par semaine, il développe une névrose de transfert ravivant sa névrose infantile.

Mais là encore, attention : je n'ai pas dit que l'analyse de formation drainait les seuls rares cas de cure classique. Je ne l'ai pas dit parce que la cure classique continue d'être pratiquée, et pas seulement avec une visée de formation. Je ne l'ai pas dit parce que, autre raison, on ne parle plus guère, à la SPP, d'analyse de formation, et encore moins d'analyse didactique, mais de cursus de formation que le candidat est admis, ou non, à suivre, alors qu'il est déjà en cours d'analyse.

Pour ce qui est des autres options de la SPP, je dirai en reprenant les trois points évoqués précédemment que :

- On affirme la continuité psychanalytique des diverses modalités de la pratique, quand évidemment celle-ci est le fait d'un psychanalyste, et sous réserve d'une étude des indications.
- La préférence est affirmée pour des séances à durée fixée à l'avance et respectée (Pas plusieurs rendez-vous à la

même heure : c'est la question de l'arbitraire).

- Quant au débat avec les anglo-saxons à propos du nombre de séances hebdomadaires, on peut estimer qu'il s'agit, là encore, de deux conceptions de l'analyse. La manière à quatre ou cinq séances hebdomadaires est certainement plus totalisante, l'analyse devenant dans la vie du patient la priorité. On ne s'étonnera pas de ce que, lorsqu'il s'agit de la formation, les tenants des quatre ou cinq séances instaurent souvent la présélection des candidats. L'aspirant-analyste présente sa demande de formation avant de commencer son analyse « didactique » ; il est, ou non, sélectionné, bon pour la formation, et tout au long de cette formation son analyste participera aux discussions le concernant. Je précise bien haut que sur la fréquence des séances, la présélection et le « reporting », la position de la SPP est différente de celles d'un nombre certain de sociétés composantes de l'API.

On n'est pas obligé d'être laxiste !

Bien évidemment si ces options sur la durée et la fréquence des séances apparaissent aussi pointilleuses, c'est qu'elles sont les indices d'un malaise général, en France et à l'étranger, dans la théorie et dans la pratique de la psychanalyse. Alors question : ce malaise ne serait-il pas une errance par perte de repère, ou, ce qui revient au même, par surabondance de repères et de modèles, et n'est-ce pas là précisément que la discussion sur la névrose et la cure classique prend tout son intérêt, comme si on ne pouvait confronter des pratiques et bâtir des systèmes théoriques que si l'on pose un modèle de base, une unité de mesure, un paradigme spécifique ? La question est d'autant plus pressante que la

psychanalyse est confrontée actuellement à deux ordres de difficultés. Dans le public, la situation est étrange : plus l'analyse est un fait culturel reconnu, présent dans les mœurs et les médias, et plus sa pratique est dénigrée. À l'intérieur du mouvement analytique, on constate des approches cliniques variées, des divergences pratiques, des efflorescences théoriques et même des récupérations idéologiques. Certes, la diversité est une richesse et la discussion est du côté de la vie, mais à ne pas être une et indivisible, la psychanalyse a-t-elle des chances de survie ?

Dans cette perspective, il nous faut répondre :

- quelles sont les indications de la cure classique, celles du face à face à moindre fréquence, et celles de la cure à haute fréquence, quelles sont les indications, les risques et les effets prévisibles ?
- en quoi les psychothérapies dites analytiques pratiquées par des non-analystes (même quand ils ont été supervisés par des analystes) ne sont pas de l'analyse, et en quoi ces pratiques ne sont pas inoffensives (non pas du « cuivre » mais de la dynamite maniée par des apprentis sorciers) ?

On voit bien que pour prendre position il est nécessaire d'avoir un... mètre au sens du système métrique. Même si la névrose et la cure classique n'étaient que des modèles théorico-pratiques, dans le bazar psychothérapique actuel cette référence reste à proprement parler essentielle. En effet, ce que Freud a inventé, ce n'est pas la psychothérapie, mais la psychanalyse.

jeudi 14 décembre 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 psychothérapique. Nous posons la question si la notion de travail analytique spécifique pour des cas particuliers ne lui serait pas préférable.

L'auteur se confronte aux développements théoriques qui soutiennent que la psychothérapie psychanalytique n'existe pas (Aisenstein, 2003). Cette dernière position suggère que le travail thérapeutique avec les patients qui ne peuvent pas fonctionner dans une analyse classique n'est pas un travail de moindre valeur, mais quelque chose de différent, un travail qui demeure tout de même analytique à part entière et qui requiert un enseignement analytique complet pour le thérapeute qui en prend la charge.



Nous ajouterons que selon certains auteurs (Kostoulas, 2003, Manolopoulos, 2003) le travail psychothérapique peut s'avérer plus difficile que celui de la cure type et c'est justement pour cette raison qu'il exige de la part du praticien expertise et promptitude personnelle élevées.

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

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

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

vigilance coexiste avec la pratique de l'attention flottante. Sa différence avec ce qui est décrit par l'auteur comme adaptation aux besoins accrus d'un sujet dans le travail psychothérapique est que, dans le cas de la « fonction vigile » l'adaptation se conformerait aux demandes de la réalité interne et se dirigerait vers cette seule réalité, comme d'ailleurs toute expression et pensée de l'analyste.

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

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

laquelle se réfère l'auteur, et qui propose l'idée de l'analyste en position de « ούτις » c'est-à-dire de « personne », selon la réponse d'Ulysse au Cyclope, nous renvoie à un espace de poésie. Nous comprendrions « ούτις » plutôt comme une formulation se tenant plus proche de la logique scientifique contemporaine qui admet l'incertitude de l'observateur et la complexité de la relation observateur/observé, ainsi que comme une expression réussie du fait que la réalité externe dans la relation analytique est une illusion et que l'analyste est pur écran, mais écran vivant.

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

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

mouvements importants du sujet se perpétuent dans un espace hypothétique, que l'on décèle à travers uniquement ses résultats sur l'espace conscient et surtout à travers quelques inadvertances de ses transformations. Ceci soulevant de grandes questions, nous le laisserons à part et resterons à ce qui est relatif à notre sujet. En fait, et c'est en cela que nous nous distancierons de l'auteur, ce qui distingue la psychanalyse des autres théories contemporaines du psychisme, ce n'est pas uniquement l'acceptation du fonctionnement inconscient - non pas en tant que croyance mais en tant que donnée empirique - mais aussi et surtout la théorie des pulsions, ainsi que la prise en considération de la base biologique de tout phénomène clinique, la biologie entendue en tant qu'instance génératrice des pulsions. Ce qui est relatif à notre sujet est enfin que Freud a attribué à l'inconscient des qualités qui seraient rationnellement explorables, même si elles ne sont pas susceptibles à notre ère de 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'explicitier de quelle psychothérapie psychanalytique il est question. Comme lui-même le souligne, il y a plusieurs types de psychothérapie qui se



réclament psychanalytiques, presque autant que des psychothérapeutes. Il s'avère donc nécessaire d'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

---

## De l'infantile à la névrose

# infantile

**Auteur(s) :** Florence Guignard

**Mots clés :** contre-transfert - identification (projective) - infantile - interprétation - névrose de l'enfant - névrose de transfert - névrose infantile - nourrisson savant - régression

---

## Introduction

Freud a découvert la *sexualité infantile* [1], au travers des formations défensives contre celle-ci que sont les *théories sexuelles infantiles* [2]. Il a mis en forme le concept de *névrose infantile* [3], découvert au travers de la méthode thérapeutique utilisée par le psychanalyste pour réduire celle-ci, c'est-à-dire : la cure analytique. Au travers de la répétition de la névrose infantile, il a observé un *transfert infantile* [4] qu'il a, tout d'abord, considéré comme un inconvénient de la cure, et qu'il a ensuite été amené à utiliser afin que la répétition conduise à la remémoration et, surtout, à l'élaboration [5]. C'est ainsi qu'il a découvert la forme d'expression par excellence de la névrose infantile sous les espèces de la *névrose de transfert*. Enfin, au travers de la difficulté qu'il éprouvait à pouvoir penser sous le regard de ses patients et dans la perception de leur motricité, et en référence à ce qu'il avait écrit en 1895 [6] sur les rapports antagonistes de la motricité et de la pensée dans l'économie pulsionnelle, il a instauré le *cadre analytique*. Ce cadre vise à permettre le meilleur déroulement possible de la relation qui va être le support et l'agent thérapeutique de la cure analytique : *la rencontre analytique*.

Dans l'ascèse constituée par l'absence de communication visuelle, par la réduction de la motricité grâce au dispositif divan-fauteuil et par la régularité du moment et de la durée des séances, le cadre analytique ne favorise pas seulement l'*émergence de la figurabilité* – tant chez le patient que chez l'analyste – mais également l'*émergence de la régression*.

À l'évidence, le cadre externe de la cure en face-à-face et, *a fortiori*, celui de la cure d'enfants, *désorganise* notablement les conditions d'émergence de ces deux paramètres – figuration et régression. Mais, puisque de tout mal, il peut ressortir un bien, ce sont précisément ces apories qui ont conduit certains psychanalystes à sortir de leur éventuelle frilosité et, dans le souci de ne jamais perdre de vue ces deux paramètres centraux du processus analytique, à devenir plus créatifs quant aux moyens d'écoute, d'expression et de communication au niveau préconscient avec de tels patients. Et, tout naturellement, ceci leur a permis d'accomplir un progrès considérable dans l'écoute, l'expression et la communication avec leurs patients adultes dans la cure dite *classique*.

## L'Infantile

C'est en réfléchissant à ces questions-là dans le quotidien de ma pratique avec des enfants, des adolescents et des adultes, ainsi qu'au travers de mon activité « en écoute tierce » de superviseur, que j'en suis arrivée, en 1996, à mettre en forme un concept, l'*Infantile* [7], qui a constitué pour moi à la fois un point d'aboutissement et un nouveau départ vers des explorations ultérieures.

J'ai commencé par proposer une *représentation de la rencontre*

*analytique* comme « une constellation mouvante de points d'impacts générateurs de tensions entre deux lieux virtuels, constitués par l'espace psychique de l'analyste et celui de l'analysant ».

La rencontre de ces deux espaces - qui ont chacun, bien entendu, leur organisation propre, s'effectue sur des points que je classerai dans deux catégories :

- l'organisation œdipienne ;
- la mentalité de groupe [8] inhérente à tout psychisme humain.

Dans la rencontre analytique, ces points d'impact vont devenir fonctionnels.

Sous la fine pellicule consciente de l'*alliance thérapeutique*, rencontre de la demande de l'analysant avec l'acceptation de l'analyste, l'analysant investira ces lieux frontières sur un mode transférentiel inconscient propre au passé.

Qu'en sera-t-il du fonctionnement de l'*analyste* dans cette même configuration ? Sa spécificité professionnelle est faite de son identité même, puisque c'est sa structure psychique, et essentiellement son organisation inconsciente, qui constitue son instrument de travail. Cette structure psychique va s'engager dans la rencontre analytique avec toute sa part d'Inconscient, à la fois conteneur du passé refoulé, mais aussi potentiel pulsionnel pour de nouveaux investissements objectaux et narcissiques.

J'ai présenté ici, il y a deux ans, ma modélisation de la cure analytique, en partant du point de vue selon lequel l'Infantile du psychanalyste peut être considéré comme un paradigme de la cure analytique, et en tentant d'examiner ce qui se passe dans



l'Infantile de l'analyste au cours de la relation transféro-contre-transférentielle.

Ce soir, après avoir rapidement rappelé les lignes générales de ce modèle personnel, je vais le mettre en relation avec cet autre concept, tout à fait classique celui-là : la *névrose infantile*.

J'ai postulé que, présent chez tout être humain, l'Infantile est un « étrange conglomérat historico-anhistorique, creuset des fantasmes originaires et des expériences sensori-motrices mémorisables sous forme de traces mnésiques ». Il peut être considéré comme « le lieu psychique des émergences pulsionnelles premières et irréprésentables ». De cet « avant-coup », nous ne connaissons que les rejetons représentables, sous la forme des *théories sexuelles infantiles* d'une part, et des *traces mnésique* d'autre part. Structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinales ou haineuses qu'épistémophiliques, l'Infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural « souple », qui fait que l'on est soi et pas un(e) autre.

Irréductible, unique et par là même universel, l'Infantile est donc bien ce par quoi notre psychisme va advenir, dans tous les développements de sa bisexualité psychique organisée par l'Œdipe. Aux limites de l'ICS et du système PCS, l'Infantile est le point le plus aigu de nos affects, le lieu de l'espérance et de la cruauté, du courage et de l'insouciance ; il fonctionne la vie durant, selon une double spirale processuelle et signifiante, et l'on peut le retrouver même dans les pathologies les plus lourdes, à condition de ne pas confondre celles-ci avec le mode d'organisation normal de cet Infantile. Et si, jusqu'à notre mort, il continue d'agir simultanément au niveau des processus œdipiens

secondaires et au niveau des mécanismes primitifs, c'est bien parce que cet Infantile humain a en partage la force pulsionnelle inouïe dont on peut constater le fantastique déploiement dans le rythme de développement psychique des premiers temps de la vie humaine.

Pourtant, l'aspect pulsionnel n'est pas seul en jeu dans cette tentative de définition de l'Infantile. Dans sa forme métaphorique, le concept vaut aussi pour ce qu'il entraîne avec lui de l'hallucinoïde et du proto-symbolique, préformes en devenir permanent dans toutes nos activités mentales. Une fois dénoués, grâce à la cure analytique, les points de fixation qui figent dans une répétition stérile nos modes d'être et d'avoir, ces préformes vont redonner leur vigueur et leur efficacité pulsionnelle sous-jacente aux organisations plus matures, « donnant le ton » à notre personnalité de sujet, dans notre fonctionnement habituel d'adulte. (*Au Vif de l'Infantile*, p. 16-17).

Lors du Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes de 1979, Serge Lebovici [9], qui en était le rapporteur, avait présenté ses vues sur la distinction qu'il effectuait entre *névrose infantile* et *névrose de l'enfant*. Il soutenait que, si l'on suivait la métapsychologie freudienne et uniquement celle-ci, la névrose infantile n'était pas un concept qui pouvait s'appliquer facilement à la psychopathologie de l'enfant. Rappelant l'existence du *noyau hystérique* de la névrose infantile, il insistait sur la nécessité d'une organisation du refoulement et, partant, sur les exigences de l'*après-coup*. Donnant une importance première à la *reconstruction* en tant que but assigné à la cure analytique, il avançait l'opinion selon laquelle, si une pathologie névrotique pouvait bel et bien exister chez l'enfant, on ne pouvait cependant

parler de « névrose infantile » *stricto sensu* chez l'enfant pré pubère.

Rappelons brièvement les données du problème :

À partir de son modèle de 1895 sur l'hystérie [10] selon lequel « l'hystérique souffre de réminiscences », Freud confirme, dès l'année suivante que, pour lui, les manifestations hystériques avant huit ans trouvent leur origine dans ce qu'il désigne comme « une précocité sexuelle » [11]. Quelques années plus tard, à propos du *Petit Hans*, il considère que, dans le registre des névroses, les *hystéries d'angoisse* sont les plus précoces. Elles constituent, selon lui, les em>névroses de l'enfance par excellence [12]. Il ajoutera l'année suivante [13] : « ce que nous appelons psycho-névroses doit avoir pour origine une névrose actuelle infantile ; *il faut ajouter : que celle-ci devienne ou non manifeste* ».

À l'occasion du Congrès de 1979, nous avons, Jean Bégoïn et moi-même, écrit une contribution à la discussion du rapport de Serge Lebovici, contribution dont l'argument central visait à préciser que le noyau de l'hystérie infantile pouvait être compris en termes de *pathologie de l'identification projective*. Nous appuyant sur les apports de l'École anglo-saxonne, nous avançons l'idée selon laquelle, alors que le but de l'identification projective *normale* est la *recherche du sens au moyen de la communication*, tant avec autrui qu'avec nous-même et nos objets internes, dans la *névrose hystérique* en revanche, l'identification projective fonctionne avec des visées d'*évacuation du sens*. Du même coup, ce sont les processus d'*identification introjective* qui sont, secondairement, empêchés dans leur fonctionnement, comme je l'ai développé plus en détail ultérieurement.

Si je rappelle ici ce débat vieux de plus de vingt ans, ce n'est pas seulement pour rendre un très amical et respectueux hommage à Serge Lebovici, qui fut l'un de mes maîtres et qui, dès mes débuts avait fait confiance à mes potentialités en m'adressant des enfants pour une psychothérapie alors que je n'étais encore qu'une très jeune psychologue inexpérimentée.

J'évoque cet échange pour tenter de rendre compte devant vous des apories auxquelles, aujourd'hui comme hier, nous confronte la clinique quotidienne, en ce qui concerne nos « *capacités à penser les pensées* » (Bion).

On sait que la « sorcière métapsychologie » - comme l'appelait Freud - est issue d'une réflexion en « après-coup » de la séance d'analyse, et l'on m'objectera peut-être qu'il n'est pas forcément utile, pour le praticien, de se préoccuper d'un tel travail.

Je pense au contraire que, sans un va-et-vient continu entre notre pratique et une réflexion sur celle-ci, notre *appareil à penser* ne peut qu'aller s'étiolant. Dès lors, nous risquons donc de ne plus pouvoir aider des patients qui, sous l'emprise de la douleur psychique, attaquent cet appareil à penser - le nôtre comme le leur - car « penser est douloureux », comme le rappelait sans cesse le même Bion.

En 1979, la voie métapsychologique indiquée par des concepts « bi-focaux », comme l'identification projective par exemple, était encore relativement nouvelle en France en dépit du fait que ce concept avait été mis en forme par Mélanie Klein plus de trente ans auparavant [14] et développé par Bion près de vingt ans plus tôt [15]. Confrontés à cette mise en forme classique de la problématique « névrose-hystérie infantile-remémoration-reconstruction », nous avons donc, Jean Bégoïn et moi-même,

tenté d'indiquer *une voie nouvelle* pour poursuivre le long chemin de la réflexion sur la métapsychologie. Cette voie était déjà bien installée à cette époque, par les travaux kleinien et post-kleinien, notamment ceux de Bion et de Meltzer.

Certes, il en existe d'autres, et tout psychanalyste qui réfléchit imprime son propre style à sa vision de la métapsychologie. Par exemple, on peut considérer la suite des recherches remarquables effectuées par Serge Lebovici sur l'organisation psychique des tout-petits comme les fruits de son insatisfaction d'alors : ainsi avance la pensée humaine, et l'on ne peut que s'en réjouir.

## **L'Infantile du psychanalyste en exercice : interprétations-bouchons et taches aveugles**

Après les découvertes freudiennes et kleinien intéressant le fonctionnement psychique normal et pathologique du patient, les recherches de pointe en psychanalyse, au cours de ces cinquante dernières années ont porté davantage l'accent sur le fonctionnement psychique de ce « complémentaire » du couple analytique qu'est le psychanalyste en séance.

C'est dans cette perspective que je me suis intéressée, en 1994 [16], aux « pièges de la représentation dans l'interprétation ». En développant cette recherche, j'ai proposé - dans le premier chapitre du « *Le Vif de l'Infantile* » - le concept de *tache aveugle*. Que recouvre ce concept ?

En tant que psychanalystes, nous sommes habitués à déceler une

partie au moins des résistances contre-transférentielles qui viennent altérer la qualité de notre *attention flottante*. Cependant, en raison de la configuration de l'Infantile, nous sommes confrontés à des difficultés qui ressortissent autant de l'existence de notre propre ICS que de l'ICS de notre analysant.

C'est là que le cadre de la cure analytique vient au secours de notre vigilance. En effet, au décours de toute analyse et de toute psychothérapie, d'enfant ou d'adulte, il s'installe un mode et un rythme de base spécifique, que l'analyste apprend à observer. Or, il va se produire inévitablement des ruptures dans ce rythme. Tant que ces ruptures seront minimales, l'analyste pourra les refouler, voire les dénier. Lorsqu'elles seront plus importantes, il y verra généralement un mouvement de transfert. Cependant, on peut aussi considérer celles-ci comme *un mouvement contre-transférentiel*.

En tout état de cause, j'ai postulé qu'il se produisait, dans cette conjoncture tranféro-contre transférentielle, une *rupture de communication* qui se traduisait par un *manque à représenter*, une *tache aveugle*.

Selon ma définition, cette tache aveugle existe dans le fonctionnement de tout être humain. Elle est l'expression d'une *perte d'objet interne signifiant*, bon ou mauvais, perte qui survient, en général dans le décours de la *répétition liée au processus analytique* [17], sous la poussée de la *force pulsionnelle* qui se dégage de l'Infantile d'un sujet. C'est l'impact de cette force pulsionnelle sur le système PCS d'une autre personne, fût-elle analysée et même psychanalyste, qui est source d'une excitation non liée. Et c'est cet impact qui va susciter des *taches aveugles* lorsqu'il rencontre, chez la personne en

question, soit des aspects infantiles non-analysés, soit des rejets pulsionnels actuels de son ICS, dont la forme spontanée de surgissement est, par définition, de l'ordre de l'Infantile.

Lorsque, dans le cadre de la relation analytique, une tache aveugle survient uniquement chez l'analysant, on peut raisonnablement s'attendre à ce que l'analyste la repère et s'en occupe avec les moyens analytiques qui sont les siens, au premier rang desquels se trouve l'interprétation.

*Qu'en est-il de la tache aveugle qui survient chez le psychanalyste en exercice ?*

Avec cette question, on rejoint les nombreux travaux des années soixante et soixante-dix sur le contre-transfert [18], et notamment sur la différence classiquement établie entre le contre-transfert au sens étroit du terme - qui intéresse les difficultés névrotiques propres au psychanalyste - et le contre-transfert au sens large - qui intéresse l'ensemble de la relation de l'analyste et de l'analysant, y compris dans sa valence d'objet d'étayage. Le temps qui m'est imparti ne me permettra pas d'approfondir cet aspect historique des concepts psychanalytiques. Je me bornerai à indiquer que, bien évidemment, ma réflexion sur la tache aveugle est une tentative de poursuivre la réflexion sur ce sujet capital.

Donc, j'ai, pour ma part défini cette tache aveugle comme étant constitutive du *champ de tension suscitée, dans le système PCS de l'analyste, par l'excitation liée à son écoute.*

J'ai fait l'hypothèse d'un double destin pour cette tache aveugle *chez l'analyste* : elle va s'organiser *simultanément* en une *motion refoulante* de cette excitation et en une *préforme cadrante-contenante* pour la cure analytique.

# Dans la cure analytique de l'adulte

Quel que soit le membre du couple analytique chez lequel survient la tache aveugle, cette dernière installera un *vécu préconscient de perte d'objet* qui sera ressenti dans le champ commun de la séance. J'ai observé que c'était précisément ce vécu qui mettait en mouvement, au niveau inconscient de l'un, de l'autre, voire des deux protagonistes de la cure, *un processus de figuration apparenté au rêve*. Comme le rêve, ce processus de figuration pourra être instantanément refoulé ; il pourra aussi donner lieu à un *surgissement confus d'images avec perte des limites entre soi et l'autre, l'externe et l'interne, la perception et l'hallucination*. Dans tous les cas, il appartiendra à l'un des deux membres du couple analytique, mais avant tout à l'analyste, de tenter un travail psychique de décondensation et de figuration de choses et de mots, en s'aidant si possible de l'associativité du patient et de la sienne propre.

C'est donc bien du fonctionnement préconscient du psychanalyste que dépendra le destin des taches aveugles surgissant dans la relation analytique : passage à l'acte avec la destruction de la situation analytique, ou refoulement avec gaspillage du travail analytique, ou encore, utilisation cadrante-contenante de cette reconnaissance de l'Infantile en soi et dans autrui, au service du sentiment d'identité et du développement des capacités spécifiques du sujet.

Le maintien d'une situation pare-excitante dans les relations interpersonnelles au moyen du cadre analytique va présider de



deux façons au destin normal de cette excitation : pour une part, elle va se lier dans la sublimation et, pour une autre part, elle va subir un nouveau refoulement, probablement étayé d'ailleurs par le clivage. On peut donc s'attendre à un double impact de l'Infantile de chacun des deux protagonistes sur l'Infantile de l'autre.

Dans la rencontre analytique, c'est la dissymétrie de la situation qui permet, non seulement de séparer l'un de l'autre ces deux impacts pour les étudier, mais également de dénier une partie de la situation psychique en ne prenant en considération que l'impact de l'Infantile de l'analysant sur le psychisme de l'analyste et non l'inverse.

Pourtant, maints éléments de l'Infantile de l'analysant viennent solliciter spécifiquement l'Infantile du psychanalyste en séance. On peut citer notamment :

1. l'organisation pulsionnelle infantile,
2. les paradoxes de son expression dans le mouvement transférentiel de l'analysant,
3. le poids de l'histoire infantile relationnelle et identificatoire, qui l'empêche souvent de reconnaître la spécificité de sa vie psychique interne et de s'y intéresser,
4. l'organisation de sa pensée infantile, rivée dans la névrose de transfert aux points de fixation constitutifs de sa névrose infantile,
5. enfin, les éléments traumatiques et trans-générationnels qui ne manquent dans aucune situation analytique.

L'analyste aura donc la tâche difficile d'être simultanément à l'écoute interne de deux *Infantile* hétérogènes : celui que l'analysant projette en lui, du fait du transfert, et le sien propre,

du fait du contre-transfert. On se trouve là face à une occasion privilégiée de surgissement de taches aveugles. Face à ce risque, les qualités et les caractéristiques de l'Infantile du psychanalyste vont jouer un rôle capital. En effet, l'Infantile d'un analysant est toujours prêt à se mettre au service de celui ou celle qui représente un objet d'amour et de dépendance du passé - en l'occurrence, au service de l'analyste. Il dépendra alors de la manière dont l'analyste gère son propre Infantile qu'il utilise ou non à son profit pulsionnel et narcissique personnel le point aveugle d'excitation suscité, dans son psychisme, par l'Infantile de son analysant.

## **Dans la cure analytique de l'enfant**

Ce que je viens de décrire concerne le *rôle économique* des taches aveugles dans la cure analytique. Qu'en est-il de son rôle dans la dynamique de la cure ?

C'est en tout premier lieu grâce à mon activité en « écoute tierce » des psychanalystes d'enfants que je l'ai découvert. Et, puisque nous sommes ici centrés sur la problématique de la psychanalyse avec des enfants, je vais vous faire partager un exemple de ma découverte :

*À l'une de ses toutes premières séances de psychothérapie psychanalytique, un petit garçon de cinq ans manipule un tuyau de douche dont il manquait la pomme, pendant un long moment. Son visage reflète un mélange d'excitation et d'inquiétude, et il ne parle pas. Puis il demande à aller aux toilettes. Lorsqu'il revient, l'air soulagé, dans la salle de psychothérapie, l'analyste [19] lui*

*dit : « Peut-être qu'après avoir joué avec le tuyau, tu as eu besoin d'aller vérifier que tout allait bien du côté de ton zizi ». Le petit garçon, très effrayé : « Mais tais-toi ! Ne dis pas de gros mots ! ». L'analyste : « J'ai dit un gros mot < ? », L'enfant : « Ben oui ! 'Zizi', c'est un gros mot ! ». Elle : « Ah bon ! Et qu'est-ce qui arrive, quand on dit des gros mots ? ». Lui : « Tu ne le sais pas ? Quand on dit des gros mots, on devient sourd ! ».*

La jeune analyste qui me rapportait ce fragment clinique est très douée, et elle s'est critiquée elle-même d'avoir, disait-elle, utilisé une interprétation trop « plaquée », à la limite de la paraphrase. Celle-ci nous a permis néanmoins d'orienter notre réflexion commune, tant il est de fait que la paraphrase est le parasite quasi universel du discours analytique, aussi bien dans les récits cliniques que dans les développements théoriques. Elle constitue le contenu principal de ce que j'ai appelé les *interprétations-bouchons*.

J'ai pu observer que les interprétations-bouchons survenaient dans la tête de chacun d'entre nous, analystes d'adultes ou d'enfants, toutes les fois où nous nous trouvons aux prises avec notre Infantile dans une configuration de *tache aveugle*. Et c'est là que j'ai découvert que, lorsque nous sommes pris dans l'une de ces taches aveugles dont nous ne pouvons pas faire l'économie, nous sommes presque toujours en *identification projective avec l'un des objets internes du patient* ou, parfois, avec une partie clivée et déniée de son Moi. Cette situation psychique de l'analyste est une réponse inconsciente au transfert du patient dans le *hic et nunc* de la séance. À condition d'en ressortir, elle nous permet de prendre la mesure du malaise, voire de la souffrance intense qui marque de son sceau la relation de

l'analysant avec ses objets internes. Pour parvenir à ce second « palier » de compréhension - le premier qui soit spécifique à la *technique* psychanalytique - l'activité psychique du psychanalyste doit franchir également une autre étape dans le *monitoring* de son *contre-transfert*. En effet, la difficulté de l'interprétation réside dans le fait qu'elle mobilise simultanément, chez l'analyste, tous ses niveaux identitaires et toutes les formes fantasmatiques d'expression de ses pulsions, originaires, archaïques et œdipiennes. Toutes les modalités de son appartenance sexuelle et de sa bisexualité psychique [20] vont entrer en jeu, telles qu'elles se sont organisées dans son Infantile et demeurent toujours actives dans son Préconscient, sous-jacentes à son fonctionnement psycho-sexuel adulte.

## **L'Infantile et la régression dans le transfert et dans le contre-transfert**

C'est ici que l'expérience *personnelle* de la cure analytique - l'analyse de l'analyste - va jouer un rôle majeur, je veux parler de l'expérience du *transfert* et de son *interprétation par l'analyste de l'analyste*.

Revenons donc un instant aux *différents courants du transfert* :

En 1912, dans *La dynamique du transfert* [21], Freud écrit : « Le but de l'interprétation de transfert est de forcer le patient à placer ses impulsions émotionnelles dans le nœud du traitement et de l'histoire de sa vie, de les soumettre à la considération intellectuelle et de les comprendre à la lumière de leur valeur

psychique. Ce combat entre intellect et vie instinctuelle, entre comprendre et chercher à agir, se joue presque exclusivement dans les phénomènes de transfert. C'est sur ce champ de bataille que la victoire doit être remportée ».

Il est remarquable que Freud ait étayé sa thèse de l'universalité de la tendance au transfert par la description du devenir de celui-ci *en institution*. Rappelons qu'il énumère les destins des différentes caractéristiques de celui-ci. C'est le *transfert tendre*, aspect le plus élaboré du transfert positif selon Freud, qui permet l'établissement d'une *alliance thérapeutique* avec le patient, tandis que certains aspects du transfert vont prendre une *fonction de résistance* : le *transfert négatif*, ainsi que le *transfert positif dans son aspect érotique*. Décrivant le devenir de ces patients, il note que si le *transfert négatif* est prédominant, le patient quitte l'institution sans s'être amélioré, voire en s'étant aggravé ; si c'est le *transfert érotique* qui prévaut, le patient demeure à distance de la vie réelle et s'incruste dans l'institution, ce qui entraîne, après sa sortie, un échec de l'amélioration qui avait été constatée à l'intérieur de celle-ci.

On peut donc lire ici, en filigrane, une préconception de l'*objet interne*[22], puisque le patient décrit par Freud va être confronté à la perte des supports de transfert que constituaient, pour ses objets internes, le cadre institutionnel, l'équipe des soignants et les autres patients. Notons que l'observation de Freud prend également toute sa valeur en ce qui concerne les séparations, les interruptions, puis la fin de la cure analytique individuelle. Là, c'est le cadre analytique qui, toutes les fois qu'il disparaît après avoir tenu lieu de contenant et de pare-excitation, favorise une nouvelle version des processus d'identification, projective et

introjective, de l'analysant à ses objets internes, modifiés par la relation transférentielle.

De plus, Freud annonce dans ce texte sa découverte de la dimension groupale qui le conduira à publier *Totem et Tabou* [23] quelques mois plus tard. En effet, les effets destructeurs qui s'observent dans les dimensions de transfert érotique et de transfert négatif sont à mettre en relation avec le *niveau groupal du fonctionnement psychique individuel*, tel qu'il a été développé ultérieurement par W. R. Bion [24] à partir des écrits freudiens sur le groupe et la foule.

Mais Freud s'interroge également dans ce texte sur le devenir des patients en institution chez lesquels le *transfert négatif* prédomine. Il note que ceux-ci *s'aliènent le groupe* et que leurs symptômes persistent ou s'aggravent. Nous savons bien, aujourd'hui, qu'un transfert négatif qui ne rencontre que le silence de l'analyste ou une attitude de soutien non-analytique fait très rapidement le lit d'une *réaction thérapeutique négative* [25] et ce, quel que soit l'âge du patient. La voie est alors ouverte pour une perversion du transfert, ultime défense contre l'*angoisse catastrophique* [26] éprouvée par le patient face aux angoisses inhérentes à tout changement, notamment économique et développemental. La lutte se situe, comme le développeront ultérieurement Ferenczi [27], [28], puis Mélanie Klein [29], entre deux parties clivées du Moi du sujet, sur le terrain des identifications, secondaires, mais aussi primaires, avec la composante d'envie que comportent ces dernières.

Or, je voudrais rappeler ici que *le psychanalyste n'échappe pas à la régression en séance*, ne serait-ce qu'en raison de son écoute qui, pour être « neutre », n'en est pas moins « bienveillante »,

c'est-à-dire, en identification projective normale avec l'analysant, adulte ou enfant, et les objets internes de celui-ci. Sur ce point, les différences entre eux deux proviendront, d'une part, de leurs rôles respectifs et d'autre part, de la situation de chacun d'eux au regard du processus analytique : théoriquement, l'analyste sera parvenu plus loin dans ce processus que celui dont il accepte de prendre la charge. Cependant, et pour reprendre le débat à propos de la *névrose infantile*, toutes les valences, positives comme négatives, de son propre *Infantile* sont convoquées dans son écoute - et lequel d'entre nous pourrait se targuer d'être exempt d'angoisse, de haine, de jalousie, voire d'envie ?

En effet, sans négliger pour autant la part des conflits infantiles qui auraient échappé à l'analyse personnelle de l'analyste, il faut souligner que *le travail de contre-transfert consiste, pour l'analyste, à se placer régulièrement à l'écoute du point d'entrée du pulsionnel dans le psychique tant chez l'analysant qu'en lui-même*. En termes d'*Infantile*, cela suppose que le psychanalyste maintienne expérimentalement son propre *Infantile* hors du processus normal de refoulement, afin de repérer l'impact de l'excitation produite sur son système PCS par l'*Infantile* de l'analysant.

On peut l'imaginer, cet exercice va susciter chez le psychanalyste des défenses constantes et parfois fort insidieuses. L'une de ses défenses classiques lui est offerte par la projection transférentielle, sur lui, des imagos parentales de l'analysant. Mais, sous cette projection manifeste, se situe une autre projection, simultanée et latente, celle d'un *Moi faible*, dont l'impuissance infantile va se voir déniée par son contraire, *l'omnipotence infantile*. Or, cette omnipotence constitue

un appel de séduction narcissique sur son homologue, l'omnipotence de l'Infantile de l'analyste. Sans une constante analyse de sa position contre-transférentielle au niveau de son propre Infantile, l'omnipotence peut infléchir ses choix interprétatifs, sous le couvert d'une position transférentielle parentale manifeste.

Ainsi, les éléments narcissiques du transfert jouent-ils silencieusement leur part au niveau des fantasmes originaires de l'analyste et, notamment, dans les identifications de celui-ci aux différents personnages de la scène originaire [30]. Il sera alors particulièrement délicat - et pourtant fort important - que l'analyste parvienne à distinguer ses propres représentations fantasmatiques de celles de son analysant, notamment dans le jeu subtil des pulsions sadiques avec les pulsions épistémophiliques [31]. L'Infantile du psychanalyste sera particulièrement sollicité dans le domaine des *identifications à l'objet primaire* dans sa double valence, *maternelle* d'une part, et *féminine sexuelle* d'autre part. Confronté à la découverte de l'altérité et, partant, à la solitude, il aura recours aux configurations défensives de la relation en miroir et à la problématique du double, dans lesquelles la pseudo identification mimétique cherche à épargner au Moi le douloureux travail de deuil lié à la perte de l'objet. L'analyste risque de projeter cette défense - toujours renaissante dans l'Infantile de tout être humain - sur son analysant, à moins que tous deux ne se retrouvent dans une « communauté du déni » [32] de leurs identifications projectives mutuelles.

L'illusion d'une complémentarité fusionnelle idéalisée peut venir masquer, chez l'analyste, les limites de son savoir et de son



pouvoir, face à l'omnipotence, à la destructivité ou à l'érotisation qu'il rencontre dans le transfert de son analysant.

L'Infantile du psychanalyste peut se sentir en état de résistance face à l'assomption d'une fonction parentale ou thérapeutique adoptée dans le transfert par un analysant *nourrisson savant* [33] ; lorsqu'un analysant étalera ses prérogatives d'enfant préféré de la mère ou du père, la jalousie fraternelle ne l'épargnera pas davantage que la rivalité œdipienne ; son polymorphisme - « l'enfant est un pervers polymorphe » écrivait Freud dans les *Trois Essais* - ne sera pas insensible aux fantasmes d'inceste, voire de meurtre de ses analysants.

## Conclusion

Du fait de la qualité inconsciente de son contre-transfert, c'est essentiellement avec son Infantile que l'analyste investira la relation analytique. C'est dire que la projection du conflit névrotique infantile de l'analysant sur les structures adultes de l'analyste se double d'un risque permanent de collusion de l'Infantile de l'analyste avec l'Infantile du patient. Aux limites du polymorphisme et de la perversion, c'est l'espace caractérisé par Freud dès 1905 qui sera le théâtre de ces échanges inconscients subtils et complexes qui ne sont donc pas sans effets sur le développement et l'équilibre de la vie psychique des deux protagonistes de la cure analytique. La tache aveugle de ce point d'impact excitateur refoulé peut resurgir, tant dans les agirs contre-transférentiels que, de façon déplacée hors du champ de la relation analytique, dans des agirs intéressant sa vie personnelle ou dans des somatisations.

Face à ce tableau qui peut apparaître quelque peu préoccupant, je

rappellerai que, en revanche, c'est précisément l'attention portée par l'analyste sur son propre Infantile qui va, corollairement, pouvoir générer dans le champ de la relation analytique une préforme spécifiquement pare-excitante et contenant des éléments infantiles de l'ensemble de la relation transféro-contre-transférentielle. Ainsi, pour le psychanalyste, son propre Infantile doit-il demeurer un objet d'investissement particulièrement fort et permanent, faute de quoi il ne pourrait plus se tenir au point d'écoute de la névrose infantile de ses analysants.

## Références

- [1] FREUD S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard Paris 1962.
- [2] GUIGNARD F. (1993), Différence des sexes et théories sexuelles. Désir et danger de connaître, *Rev. Franç. Psychanal.* LVII n° spécial Congrès.
- [3] FREUD S. (1916-1917), *Introduction à la Psychanalyse*, P.B.P. Payot Paris 1992.
- [4] FREUD S. (1912), La dynamique du transfert, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris, 4e édition, 1972.
- [5] FREUD S. (1914), Remémoration, répétition et élaboration, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris, 4e éd., 1972.
- [6] FREUD S. (1895), Esquisse pour une psychologie scientifique, *La Naissance de la psychanalyse, lettres à W. Fliess, notes et plans 1887-1902*, Puf, Paris, 1956.
- [7] GUIGNARD F. (1996), *Au Vif de l'Infantile*, Coll. Champs psychanalytiques, Delachaux & Niestlé, Lausanne & Paris.
- [8] Quatre textes *princeps* sur la question ; trois de Freud, un de Bion : a) FREUD S. (1912-1913), *Totem et Tabou*, Payot Paris 1947, b) FREUD S. (1921), Psychologie des masses et analyse du moi, *O.C.F.* XVI, p. 5-85, Puf, Paris, 1991, c) FREUD S. (1930), Un malaise dans la culture, *O.C.F.* XVIII, Puf, 1994, d) BION W.R. (1961), *Recherches sur les petits groupes*, Puf, Paris, 1965.
- [9] LEOVICI S. (1980), Névrose infantile, névrose de transfert. *Rev. franç. Psychan.* XLIV 5-6, Paris, PUF.

- [10] FREUD S. & BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie*, Puf, Paris, 3e édition, 1971.
- [11] FREUD S. (1896), L'étiologie de l'hystérie, *OCF*, Puf, Paris, 1989.
- [12] FREUD S. (1909), Le Petit Hans : une phobie, *Cinq psychanalyses*, Puf, Paris, 1966.
- [13] FREUD S. (1908-1910), Les premiers psychanalystes, Minutes (II) de la Société Psychanalytique de Vienne, Gallimard, Paris 1978.
- [14] KLEIN M. (1946), Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, *Développements de la Psychanalyse*, Paris, Puf, 1966, p. 274-300.
- [15] BION W.R. (1962), Une théorie de la pensée, *Rev. franç. Psychanal.* XXVIII 1, Puf, Paris, 1964. Repris dans : BION W.R., *Aux sources de l'expérience*, Paris, Payot, 1974.
- [16] GUIGNARD F. 1994, Les pièges de la représentation dans l'interprétation psychanalytique, *Journ. Psychanal. de l'Enfant* 15, Paris, Bayard.
- [17] FREUD S. 1914 Remémoration, répétition et élaboration, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris, 4e éd., 1972.
- [18] GRINBERG L. a) 1962 On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification, *Int. J. Psycho-Anal.* 43. p.436-440, The institute of Psycho-Analysis, London.
- b) 1985, Projective counter-identification, *The goals of psychoanalysis*, Londres, Karnac Books 1990.
- [19] Je remercie Madame Valérie Grégoire, à l'obligeance de qui je dois cette vignette clinique.
- [20] DAVID C. (199), *2 La bisexualité psychique*, Payot, Paris.
- [21] FREUD S. (1912), La dynamique du transfert, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris 1972, 4e éd.
- [22] GUIGNARD F. (1997), Le Moi et l'objet dans tous leurs états, *Épître à l'objet*, Chap. III, p. 33-45, Coll. Épîtres, Puf, Paris.
- [23] FREUD S. (1912-1913), *Totem et Tabou*, Gallimard, Paris 1993.
- [24] BION W. R. (1948-1961), *Recherches sur les petits groupes*, Puf Paris 1965.
- [25] BÉGOIN J. & BÉGOIN GUIGNARD F. (1981), Réaction thérapeutique négative. Envie et angoisse catastrophique, *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse*, 16, p. 4-16.
- [26] BION W.R. (1965), *Transformations*, Puf, Paris, 1982.

- [27] BOKANOWSKI T. (1997), *Sandor Ferenczi*, Coll. Psychanalystes d'aujourd'hui, Puf, Paris.
- [28] FERENCZI S. (1932), Confusion de langues entre les adultes et les enfants. Le langage de la tendresse et de la passion, *Psychanalyse IV*, Payot, Paris, 1982, p. 125-135.
- [29] KLEIN M. (1957), *Envie et gratitude et autres essais*, Gallimard, Paris 1968.[/ref]
- [30] FREUD S. (1914-1918), À partir de l'histoire d'une névrose infantile, *O.C.F. XIII* Puf Paris 1988.
- [31] GUIGNARD F. (1997), Pulsions sadiques et pulsions épistémophiliques, *Épître à l'objet*, Coll. Épîtres, Puf, Paris, p. 75-86.
- [32] BRAUNSCHWEIG D., FAIN M. (1975), *La nuit, le jour*. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental, Puf, Paris.
- [33] FERENCZI S. (1923), Le rêve du nourrisson savant, *Psychanalyse III*, Payot Paris 1974, p. 203.
- 

# Moments dépressifs et dépendance pendant l'adolescence

**Auteur(s) :** Michel Vincent

**Mots clés :** adolescent/adolescence - chaos - dépendance - dépression/dépressions - narcissisme - puberté - régression - surmoi - transformations

---

Il est utile de rappeler que si la régression est un concept psychanalytique, ce n'est pas le cas pour la dépendance. Du moins

si on s'en réfère au Vocabulaire de la psychanalyse de J. Laplanche et J.B. Pontalis. Par contre, dans le Dictionnaire international de la psychanalyse, Bénédicte Bonnet-Vidon retrace l'introduction de cette notion, après la deuxième guerre mondiale, à propos de traits de caractère, et plus particulièrement du caractère oral et des états d'addiction. Rappelons que pour Freud la notion de régression est liée à celle de points de fixation auxquels l'excitation fait retour. Ces retours se font sur plusieurs plans. La régression topique se fait suivant le passage inversé d'un système à l'autre, inversant par exemple les productions du patient pendant la séance du conscient vers le préconscient et l'inconscient au terme du processus de refoulement tel qu'un lapsus le signale. La régression temporelle implique la description d'un développement qui rebrousse vers son origine, par exemple de l'organisation génitale vers les organisations infantiles de la libido décrites dans les Trois essais sur la théorie sexuelle, le stade anal et le stade oral. La régression formelle concerne les modes d'expression ordonnés selon leur complexité dans la cure, par exemple de la verbalisation vers l'expression somatique ou l'agir.

Le repérage des transformations produites pendant l'adolescence me conduira à décrire trois positions pour l'adolescence. L'histoire du sujet s'y inscrit selon un point de vue qui résulte de l'observation de la structure du fonctionnement mental de nos patients. Nulle surprise à ce que l'effet d'après-coup en fasse reconnaître le plus complet développement dans le traitement de patients adultes. Avec Claude Le Guen, je crois en effet, à l'importance de ce deuxième temps et à son effet en retour qui met en jeu deux processus : le traumatisme et le refoulement. Ces repères sont utiles pour élaborer avec des adolescents les

entraves qui font obstacle à leur plus grande autonomie.

## Trois positions pour l'adolescence

De nombreux adolescents et adolescentes traversent des moments dépressifs qui les rendent particulièrement dépendants. La clinique de l'adulte requiert tout autant notre attention pour les transformations de ce cycle de vie. J. Lampl de Groot a remarqué en effet que certains traitements d'adulte ne produisent pas le soulagement attendu de l'analyse de l'organisation œdipienne infantile. Elle démontre qu'il en est ainsi chaque fois que l'analyse a négligé la prise en considération des transformations de l'adolescence. Nous sommes ainsi conduits à envisager que, si l'éclipse du complexe d'Œdipe qui articule l'enfance et la période de latence est pour l'essentiel à l'origine de la formation du surmoi, le déclin, la dissolution, voire même la destruction du complexe d'Œdipe est loin de constituer une réalité psychique absolue à la fin de la période infantile du développement libidinal. Nous pensons même aujourd'hui que c'est son activité, bien tempérée, qui assure la plus grande autonomie à chacun de nous aux différents âges de la vie. La remarque de Freud concernant l'insertion d'un fantasme du temps de la puberté entre les symptômes de l'adulte et la sexualité infantile nous conduit à porter toute notre attention au deuxième temps de la réorganisation du fonctionnement mental pendant l'adolescence. L'élaboration du rôle de l'adolescence est facilitée par la référence à une autre série d'indications données par Freud. L'investissement ambivalent de la représentation des figures œdipiennes est inséparable de la théorie du narcissisme. Dans son Introduction au Narcissisme à partir d'observations cliniques,

Freud décrit la formation d'une instance critique à partir du moi. En France les travaux de nombreux auteurs font bien apparaître l'impossible déclin du complexe d'Œdipe. Ces contributions à la théorie du narcissisme sont utiles pour concevoir les transformations de l'économie libidinale et les rapports entre investissements narcissiques et investissements objectaux. E. Jones, a contribué à préciser la localisation du surmoi à ce carrefour des découvertes freudiennes. Il est ainsi possible d'envisager un modèle des transformations de l'adolescence plus simple et surtout plus cohérent que celui proposé par Peter Blos à partir des travaux de M. Malher.

Le modèle de l'adolescence que je propose, tient sa cohérence de la théorie du développement libidinal. La conception de Freud permet en effet de considérer l'adolescence comme une longue période de transformations qui occupent toute la deuxième décennie de la vie. Les termes retenus jusqu'ici de pré-adolescence, d'adolescence et de post-adolescence manquent de clarté et entrave la théorie de la clinique. Le terme adolescence, qui y paraît chaque fois, peut faire penser qu'il s'agit de trois périodes entre enfance et âge adulte. Malheureusement, la langue française donne habituellement aux préfixes, "pré" et "post", une signification qui exclut ces deux périodes de l'adolescence qu'elles encadreraient. La discussion des transformations pubertaires et de la formation du fantasme de l'adolescence qui assure la liaison entre l'organisation de la sexualité infantile et l'âge adulte manque alors de précision.

Pour préciser les limites de l'adolescence, j'ai proposé de distinguer au sein de l'adolescence trois périodes : La première est chaos, la seconde est dépressive, la troisième est

redécouverte. Ces périodes s'articulent en des points critiques qui constituent les points de rupture possible du développement. Ces périodes, comme celle de la sexualité infantile, sont susceptibles de chevauchements en relation avec les processus de fixation et de régression décrits par Freud. Dans la mythologie grecque Chaos est la personnification de l'ordre non encore imposé aux éléments. Il engendre l'Erèbe qui personnifie les ténèbres infernales et la nuit (Nyx), puis Héméra, le Jour. Je propose de voir là les allégories des transformations qui caractérisent les années d'adolescence au-delà du chaos initial. Le modèle que je propose est donc le suivant :

## **Le chaos, c'est la première des positions de l'adolescence**

Les transformations de la puberté sur lesquelles Freud a insisté, mobilisent dans cette situation nouvelle une réactivation des désirs œdipiens ; la re-sexualisation de l'investissement des figures parentales mobilise les mécanismes de défense, qui ont permis de surmonter l'angoisse associée à la situation œdipienne passant de sa forme infantile de perdre l'amour des parents à sa forme mature d'angoisse de castration. À nouveau, principe de plaisir et principe de réalité sont ménagés par le recours prévalent au clivage dans cette période. Alors l'adolescent est entraîné dans la contradiction qui le conduit à chercher à ressembler au parent de même sexe et à s'y soumettre. Mais pour assurer son autonomie, il se rebelle, c'est le début de l'âge ingrat. J'ai proposé de reconnaître là, une position de chaos pubertaire en raison de la désorganisation qui se traduit par la régression aux expressions infantiles de la sexualité anale et orale.



## **La position narcissique centrale, c'est la deuxième position de l'adolescence. Elle est de nature dépressive**

La défense de l'unité du moi conduit ainsi toujours à une régression narcissique plus ou moins marquée. Cette régression suit deux voies. D'une part, les parents sont dés-idéalisés, jamais plus si haut placés que dans l'enfance. D'autre part, les érotismes dispersés par le chaos pubertaire vont se réunir dans l'investissement génital mature, que mobilise défensivement l'attrait de la perfection infantile si bien décrite par M & E. Laufer. J'ai proposé de reconnaître dans cette période une position narcissique dépressive centrale de l'adolescence. La régression narcissique de l'adolescence entraîne un conflit entre idéal du moi et surmoi. L'idéal du moi, est constitué chez le garçon, par la projection du narcissisme emprunté à son père y compris le pouvoir génital de ce dernier, entrant en conflit avec l'interdit par le surmoi infantile de tout rapprochement incestueux.

J. Chasseguet-Smirgel a fortement souligné l'aspect défensif de l'interdit surmoïque vis-à-vis de la blessure narcissique résultant de la prématurité de l'enfant humain et de la détresse résultant de l'impuissance de l'enfant. L'adoption si fréquente à cet âge, d'un idéal du moi collectif, peut constituer temporairement une solution, mais au risque de sacrifier des choix d'objets dont la réalisation appartient au surmoi. Le recours au masochisme moral, en maintenant une conflictualité vivante, assure le contre-

investissement du masochisme érogène et plus particulièrement du masochisme féminin. Ainsi les chances de la névrose infantile sont-elles préservées, s'opposant à un excessif désinvestissement de la sexualité.

## **La découverte de l'objet, c'est la troisième position de l'adolescence, en fait une redécouverte de l'objet.**

La fin de l'adolescence doit être envisagée quels que soient les aspects manifestes pseudo-adolescents de certains patients borderline adultes. Cette fin de l'adolescence correspond au stade génital, auquel Freud assigne deux buts, aimer et travailler. Aimer, signifie alors désirer sexuellement un objet au-delà de l'ambivalence. Ce désir comporte la ré-élaboration génitale du fantasme de l'enfant imaginaire esquissé par Freud à partir du narcissisme auquel les nécessités de la vie imposent de renoncer. Par ailleurs, travailler, veut dire : Accorder son activité avec un projet inscrit dans le contexte social. J'ai proposé de reconnaître dans cette période une Position de Redécouverte de l'objet. La solution du conflit idéal du moi/surmoi, par l'intégration de l'idéal du moi dans le surmoi procède de la résolution du complexe d'Œdipe inversé, après le travail de deuil du choix d'objet narcissique, de ce qui a été une partie de soi, et qui confèrera à la bisexualité son statut psychique. L'idéal du moi s'exprime alors par un état d'anticipation qui se manifeste dans les projets dont l'accomplissement tolère des délais.

J'emprunte ici le terme de position à M. Klein, ce que je fais en y associant les connotations habituelles ; c'est-à-dire que chacune de ces positions implique des relations objectales spécifiques, une angoisse particulière et des mécanismes de défense appropriés. Ces trois positions s'articulent selon la théorie du développement de la libido, qui intègre le bi-phasisme, définissant la période de latence à partir de la reviviscence dans l'adolescence des états infantiles de la libido. À chacune de ces positions correspondent des processus identificatoires prévalants : identification projective du chaos pubertaire, identification narcissique de la position centrale de l'adolescence, et identification introjective de la position de redécouverte de l'objet. Pour chacune de ces positions, nous pouvons reconnaître des modalités spécifiques d'effacement et de retour de l'organisation œdipienne. Mais c'est au cours de la dernière position de l'adolescence que je propose de reconnaître le plus complet déclin du complexe d'Œdipe, et la formation la plus achevée du surmoi qui permettra le passage de la dépendance infantile à l'autonomie. La suite de la vie pourra produire de nouveaux équilibres entre les instances, des bouleversements pourront encore apparaître au milieu et à la fin de la vie, mais l'essentiel est forgé à la fin de l'adolescence. Les mécanismes de défense sont alors plus stables et deviennent prédictibles. Je partage ainsi pleinement, la distinction faite par C. Parat, entre la fixation œdipienne infantile et l'organisation œdipienne génitale, c'est-à-dire la réorganisation pendant l'adolescence de l'organisation œdipienne infantile ; C. Parat, le précise bien : "l'organisation œdipienne du stade génital correspond à un mode libidinal, issu de la triangulation œdipienne, et comporte une double relation dans un système à trois. Une relation hétérosexuelle et une relation homosexuelle". Au terme de cette réorganisation, les affects sont répartis en deux

secteurs qui correspondent, le premier à l'objet hétérosexuel, et le second, à l'ensemble des autres extérieurs au couple. La vie adulte est ouverte, l'expérience nous a montré depuis Freud, que l'équilibre libidinal ainsi atteint, tout en assurant la meilleure efficacité mentale, reste d'un équilibre fragile.

## **Adolescent, adolescente**

Chez le garçon, dans la cinquième des Nouvelles Conférences, consacrée à la féminité, Freud rappelle que la menace de castration met un terme au complexe d'œdipe infantile. Le désir œdipien infantile pour la mère, écartant le père, se développe naturellement dans la phase phallique. L'angoisse de castration force le garçon à y renoncer. Freud le souligne : le complexe d'œdipe est normalement entièrement détruit ensuite, et un surmoi rigoureux lui succède. "L'homme n'a qu'à continuer durant sa maturité sexuelle, ce qu'il a ébauché pendant la période de sa première éclosion sexuelle". C'est-à-dire que ce qui a été ébauché devra se compléter pendant l'adolescence. En relisant Freud, et en réfléchissant à notre propre expérience, nous pouvons cependant avancer dans la solution de certaines énigmes, et en particulier à propos de celles qui résultent de l'apparition à cet âge des éjaculations, Le moment de l'apparition de ces dernières fait l'objet d'un refoulement qui mérite de retenir notre attention. Dans le dernier des Trois Essais, Freud examine les transformations qui font passer la vie sexuelle de sa forme infantile à sa forme adulte. Il indique que la pulsion sexuelle, jusque-là essentiellement auto-érotique, va découvrir l'objet sexuel. A nouvel objet, nouveau but, et le but sexuel décrit par Freud, consiste dans l'émission des produits génitaux. Ce nouveau

but ressemble à l'ancien but auto-érotique qui était le plaisir, pour autant que le maximum de plaisir est attaché à l'acte final du processus sexuel. Il faut remarquer que le plaisir de l'éjaculation diffère en son mécanisme des plaisirs préliminaires car il procède non d'une tension, mais d'une détente sur laquelle s'étaye l'angoisse de castration.

On se souvient de la façon dont Freud souligne que la suite des excitations fournit l'énergie motrice nécessaire à l'aboutissement de l'acte sexuel. Ces excitations correspondent aux plaisirs préliminaires qui représentent, de façon rudimentaire, une satisfaction des pulsions sexuelles infantiles, réactivées par le "chaos" des métamorphoses pubertaires. Freud envisage trois sources d'excitation sexuelle capable de mettre en action l'appareil génital externe : les excitations extérieures par les stimulations des zones érogènes ; les stimulations physiques intérieures, à propos desquelles il examine l'hypothèse de Kraft-Ebing sur le rôle joué par l'accumulation des produits génitaux, et finalement la vie psychique avec le rôle de la libido narcissique, et de l'opposition décrite plus tard entre instinct de vie et instinct de mort . Pendant les années d'adolescence, le développement psychique va permettre de trouver à la sexualité son objet. Le choix de cet objet a été préparé depuis l'enfance, à travers une succession d'expériences, les unes agréables, les autres sources de déplaisir, et qui conjuguent chaque fois, ainsi que l'a souligné René Diatkine, la référence à un objet partiel, qui assure la satisfaction d'un besoin du moi et la présence d'un objet total, dont l'absence devient source d'angoisse, et dont la présence tendre guide l'enfant devenu adolescent, vers le choix d'objet définitif. Il faut rappeler une fois de plus l'attention ici sur la remarque de Freud, contemporaine de la rédaction des Trois

Essais, à propos d'un fantasme de l'adolescence à travers lequel les transformations de la paire idéal du moi/surmoi, vont s'exprimer.

Les termes qui viennent pour décrire les conséquences les plus innocentes de la puberté doivent retenir notre attention, Freud écrit toujours dans les Trois Essais. "Au cours d'une vie continente, l'appareil génital se délivre à des périodes variables, mais avec quelque régularité, pendant la nuit se produit une décharge, accompagnée d'une sensation de plaisir, au cours de l'hallucination du rêve, qui représente un acte sexuel. Pour expliquer ce processus, la pollution nocturne, on est tenté de croire, que la tension sexuelle sait trouver le raccourci de l'hallucination, pour remplacer l'acte. Les anglais décriront les mêmes circonstances sous le nom de "Wet dreams". Le français en désignant les « pollutions » nocturnes, fait apparaître la censure et l'enracinement de celle-ci dans la période infantile réactivée au début de l'adolescence. Freud soulignera à nouveau l'importance particulière de l'élaboration fantasmatique de la période pubertaire dans une note ajoutée en 1920, lors d'une réédition des Trois Essais, « ...Les fantasmes du temps de la puberté sont d'une grande importance pour la genèse de différents symptômes dont ils constituent pour ainsi dire les stades préparatoires, les formes sous lesquelles certaines composantes de la libido refoulée trouvent leur satisfaction. Ils sont aussi les prototypes des fantasmes nocturnes qui deviennent conscients sous forme de rêves...

Parmi les fantasmes sexuels du temps de la puberté, il en est qui sont caractérisés par ce fait qu'ils se produisent chez tout individu, quelles que soient ses expériences personnelles. Dans

cet ordre d'idée mentionnons les visions d'après lesquelles l'enfant se représente qu'il a assisté au coït de ses parents, qu'une personne aimée l'a séduit prématurément, qu'il est menacé d'être châtré, et que séjournant dans le sein de sa mère, il y est passé par toutes sortes de vicissitudes, ou enfin, ce que l'on appelle le roman familial où l'adolescent construit toute une légende à partir de la différence entre la position ancienne associée à des parents imaginaires et sa position actuelle... On a raison de dire que le complexe d'œdipe est un complexe nucléaire des névroses... C'est en lui que la sexualité infantile qui exercera ultérieurement une influence décisive sur la sexualité de l'adulte, a son point culminant ».

Les années de l'organisation infantile constituent ainsi un premier temps dont les années d'adolescence sont le deuxième temps. S. Ferenczi, a décrit les processus de la puberté mieux que quiconque dans *Thalassa*. Le titre complet en allemand est, "Essai sur la théorie de la génitalité, mais en hongrois, le titre est plus suggestif : Catastrophes dans l'évolution de la vie sexuelle. Ferenczi a proposé d'appeler "amphimixie", le processus par lequel les érotismes pré-génitaux se combinent pour coopérer à l'accomplissement du développement pulsionnel dans ses buts et dans les objets propres à la satisfaction. Il écrit : « Le dégagement du narcissisme à partir de l'auto-érotisme, est le résultat, visible même de l'extérieur, de la descente amphimictique des érotismes. Si nous voulons prendre au sérieux l'idée de la pangénèse de la fonction génitale, nous devons considérer l'organe génital de l'homme, comme un double, en réduction, du Moi entier, l'incarnation du Moi érotique, et dans ce dédoublement du Moi, nous voyons le fondement de l'amour de soi narcissique ».

Ferenczi précise comment au terme de ces transformations, la

pulsion thalassale, qui vise au retour dans le corps de la mère, va atteindre son but lors du coït. Le coït réalise cette régression temporaire de trois manières : Le sujet lui-même la réalise de façon imaginaire/hallucinatoire, à la manière du rêve ; le pénis, dans lequel nous voyons que le sujet reconnaît son double érotique, parvient partiellement à cette régression de façon symbolique ; enfin à partir de l'identification du sperme au Moi dont il figure l'alter ego narcissique, le sperme a le privilège d'atteindre réellement la situation intra-utérine. Après "le chaos" ces transformations contribuent à la recomposition de l'unité qui s'est constituée dans l'enfance et qui s'est consolidée pendant la période de latence. L'unité infantile a deux aspects. La forme de cette unité qui fût la première décrite par Freud, est celle du Moi, à partir de laquelle le surmoi va se distinguer à côté d'un autre aspect esquissé dans le texte d'introduction au narcissisme et dont Winnicott, donne la description la plus satisfaisante sous le nom de self, aspect qui est lui-même en relation avec la formation de l'idéal du moi. Mon hypothèse est que c'est à deux niveaux, narcissique et objectal, que les catastrophes de la puberté peuvent se produire. Ces troubles, que M & F. Laufer désignent globalement comme "break-down", peuvent se manifester seulement plus tard dans l'adolescence ou à l'âge adulte.

La fille parvient à la situation œdipienne par le transfert sur son père du désir d'un bébé-pénis. Le complexe d'œdipe est chez elle l'aboutissement d'une longue et pénible évolution. Le complexe de castration, c'est à dire à cet âge, la peur de perdre l'amour des parents, au lieu de le détruire, prépare le complexe d'œdipe. Il la détache de sa mère, et c'est l'envie du pénis qui la fait entrer dans le complexe d'œdipe, qui pour elle est tout particulièrement un refuge, ou un attracteur selon l'expression proposé par M. Ody.



Mais avec l'absence de la peur de la castration, il manque chez la fille le motif principal que les garçons peuvent avoir de surmonter le complexe d'œdipe infantile. La fille va alors y restée attachée pendant une durée indéterminée et le détruire seulement tardivement et incomplètement. On le sait, M. Klein attache la plus grande importance aux expériences précoces qui vont moduler, au terme d'une régression, la déception de la petite fille de ne pas avoir de pénis et de ne pas obtenir de son père une satisfaction génitale, un "truc", selon l'expression de Jeanne. Il en résulte dans la période œdipienne infantile le désir d'incorporer son pénis qui est le fondement de son développement sexuel et de la formation de son surmoi.

Sur le plan psychique, les transformations de la puberté sont dans une large mesure l'œuvre des pulsions qui augmentent d'intensité. Les premières règles ont la valeur inconsciente d'une véritable castration et d'une stérilité définitive, ainsi qu'Hélène Deutsch l'avait déjà observée. M. Klein ajoute que la fille y voit le châtimement de sa masturbation clitoridienne et que l'effet pathogène de ces expériences résulte du réveil d'anciennes angoisses. Le sang menstruel est assimilé aux excréments dangereux, en raison de l'association précoce par l'enfant du sang et de la blessure qui en est la source. La mobilisation de ces angoisses précoces de destruction renforce la peur des agressions physiques au moment des règles, tant du fait de la mère, que du père. Ces craintes destructrices se déplacent, consciemment ou inconsciemment, sur la crainte de ne pas avoir d'enfant ou d'avoir des enfants anormaux. Les règles étayent le fantasme selon lequel le clitoris est la cicatrice laissée par la castration, ce qui compromet les identifications masculines constitutives de son surmoi. Ainsi, l'hostilité de la fille est-elle surtout dirigée contre la

mère châtrée. Le surmoi infantile se forme par renoncement à l'objet aimé qui est incorporé. Cette incorporation concerne la mère phallique et le père œdipien dont le réinvestissement, pendant les années d'adolescence, permet normalement la réduction de l'ambivalence et une appropriation qui va au-delà, de l'identification inconsciente infantile au surmoi des parents.

Dans sa discussion de la formation du surmoi féminin Catherine Parat s'arrête à une remarque de Freud, concernant les identifications qui sont l'origine du surmoi. Freud écrit que « ces identifications ne répondent pas du tout à notre attente parce qu'elles ne constituent pas, lors de l'absorption par le moi, l'objet auquel on a renoncé. Mais cette variété d'identification s'observe également, plus souvent il est vrai, chez les petites filles, que chez les petits garçons. On apprend souvent au cours de l'analyse que la petite fille, après avoir été obligée de renoncer au père en tant qu'objet du penchant amoureux, érige sa masculinité en idéal et s'identifie, non avec la mère, mais avec le père, c'est-à-dire, avec l'objet qui est perdu pour son amour. » Cette identification détermine en clinique une évolution féminine de style homosexuel, mais ce mécanisme n'est pas incompatible pour C. Parat, avec un mécanisme voisin, qui contribue chez la fille à l'instauration d'un surmoi ne modifiant pas son orientation hétérosexuelle. La condition de cette dernière évolution est que la rivalité s'exerce à l'endroit, « d'une mère vécue comme une femme féminine et passive, en face d'un père actif et ressenti, comme maître de la situation. » Ainsi, l'investissement ambivalent du père, peut-il connaître deux destins différents : Le père frustrant, donc mauvais, contribue à la formation du surmoi ; et la tendresse pour le père peut subsister en se tournant vers un objet d'amour déssexualisé.

## **De la dépendance infantile à la maturité, le rôle du surmoi**

Quelle part les transformations de l'adolescence prennent-elles au passage de la dépendance à un objet externe à une autonomie compatible avec la présence de l'autre ? Quelle est la part des métamorphoses/pubertaires à la formation du Surmoi ?

Dans la disparition du complexe d'Œdipe, Freud rappelle sa description de la transformation de l'investissement d'objet en une identification et il écrit : « L'autorité du père ou des parents, introjectée dans le moi, y forme le noyau du surmoi, lequel emprunte au père la rigueur, perpétue son interdit de l'inceste et ainsi assure le moi contre le retour de l'investissement libidinal de l'objet. Les tendances libidinales qui appartenaient au complexe d'œdipe sont en partie déssexualisées et sublimées, ce qui vraisemblablement arrive lors de toute transformation et identification ». La névrose infantile correspond à l'organisation infantile du complexe d'œdipe dont Freud nous a appris que le surmoi était l'héritier.

Il faut relire avec grande attention le texte de Freud pour trouver les éléments que réclame l'expérience clinique des troubles de l'adolescence et de l'âge adulte. Pour l'essentiel la position de Freud est très précise et ira en se précisant, depuis la première publication des Trois Essais..., jusqu'à l'additif, que Freud demande d'intercaler dans la théorie de la sexualité : "La vie sexuelle de l'enfant se rapproche de celle de l'adulte dans une bien plus grande mesure, (qu'il ne l'avait indiqué en 1905), et cela ne concerne pas seulement la survenue d'un choix d'objet."

L'accent est mis sur la principale caractéristique de l'organisation génitale infantile, à savoir qu'il n'existe alors pour le garçon et la fille, qu'un seul organe génital, l'organe mâle, et de ce fait un primat du phallus. L'organisation infantile oppose ainsi : organe génital masculin et châtré. Ainsi l'angoisse, alors associée aux désirs incestueux, l'angoisse de castration, prend-elle sa forme la plus cruelle peut-être qui est l'angoisse de perdre l'amour de l'objet. Cet amour fait partie du surmoi ainsi que le note Freud à propos de l'humour : "...Si par l'humour, le surmoi aspire à consoler le moi et à le préserver des souffrances, il ne contredit pas pour autant sa descendance de l'instance parentale". Le sadisme du surmoi doit être recherché ailleurs. Freud le rappelle encore un peu plus tard, dans *Abriss der Psychoanalyse /Abrégé de psychanalyse* il remarque : "...Le surmoi fait preuve souvent d'une sévérité qui dépasse celle des parents véritables". La prohibition de l'inceste apparaît déjà dans le premier chapitre de *Totem et Tabou* ce livre se termine par "le retour infantile du totémisme" ; cependant l'année suivante, Freud introduit le narcissisme Dans la troisième partie de ce texte, Freud esquisse une instance psychique particulière, pour veiller à ce que soit assurée la satisfaction narcissique : Le sentiment d'estime de soi qui sera approfondi dans *Deuil et Mélancolie* . C'est après l'introduction de la deuxième topique, que le surmoi apparaît le plus clairement, dans sa relation au moi et au ça.

La question reste encore si complexe que Freud ne peut se passer de faire accompagner son texte de dessins comme il l'avait déjà fait pour illustrer son propos dans *L'interprétation des rêves*, et dans sa correspondance avec Fliess. Le premier de ces schémas apparaît dans, "Le moi et le ça", . Le sujet est figuré comme un ça psychique, inconnu et inconscient, à la surface duquel nous

voyons le moi qui s'est développé à partir de l'un de ses pôles : Le système Perception conscience (Pc-Cs). Le moi n'enveloppe pas complètement le ça, et n'y parvient que dans la mesure où le système (Pc-Cs) constitue la périphérie du moi. Seul le refoulé est radicalement séparé du moi par la résistance du refoulement. Ailleurs, le moi fusionne en sa partie inférieure avec le ça. Une "calotte acoustique" est posée sur le moi, d'un seul côté, peut-être moins de travers, que tournée vers la voix des parents et celles des éducateurs, puis de la "nécessité" et du destin qui leur succéderont.

On ne peut pas isoler l'une des instances de la deuxième topique, laquelle est un modèle de représentation de l'appareil psychique, mais est-ce à cause de la référence faite par Freud à l'anatomie du cerveau, que le surmoi n'est pas figuré ici, alors que l'article en donne la description ? C'est seulement dans la troisième des "Nouvelles conférences sur la psychanalyse, XXXI e Conférence, La décomposition de la personnalité psychique que Freud fera figurer le surmoi sur un schéma placé à la fin de son texte. Nous y voyons que le surmoi plonge dans le ça, avec lequel nous dit Freud, "il est forcé en tant qu'héritier du complexe d'œdipe d'entretenir d'intimes relations. Notons aussi, que le surmoi est figuré du côté de la "calotte acoustique", qui elle, a disparu dans cette version plus tardive. La superposition de ces deux schémas rend compte de la double origine du surmoi indiquée par Freud : à partir des parents de la réalité extérieure, et à partir des images parentales activées par les dérivés du ça qui produisent ensemble le surmoi. Il convient ainsi de souligner la constance avec laquelle Freud attache la formation du surmoi à l'organisation génitale infantile, c'est-à-dire à la période phallique qu'il a décrite dans l'article sur l'organisation

génitale infantile alors que l'angoisse de castration se manifeste par la peur de perdre l'amour des parents. Ces remarques doivent être complétées dans deux directions.

En deçà de l'âge œdipien, la technique du jeu a permis à M. Klein de décrire les racines précoces de la formation du surmoi. Ces racines précoces à cause de l'importance du sadisme à cette époque précoce du développement libidinal, sont pour une part responsables de la sévérité excessive du surmoi, qui limite l'autonomie.

Mais les remarques sur la fonction du surmoi doivent se tourner dans une autre direction également. Dans les Trois essais sur la théorie de la sexualité infantile, S. Freud décrit l'importance des transformations pubertaires. Quelle est donc la part de ces transformations dans la formation du surmoi ? S. Freud, dans Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses, indique qu'entre la névrose de l'adulte et la sexualité infantile, un fantasme de l'adolescence vient s'insérer. Si le surmoi fait preuve d'une sévérité qui dépasse celle des parents véritables, son excessive sévérité, notée par Freud, n'est pas à l'image d'un modèle réel, mais correspond à l'intensité de la lutte défensive menée contre les tentations du complexe d'Œdipe qui s'expriment dans ce fantasme de l'adolescence. Ce fantasme comporte toujours la mise en scène d'une rage destructrice dont Freud a montré qu'elle est reprise par le surmoi qui exerce à l'encontre du moi l'agressivité que celui-ci aurait destiné à l'objet de rivalité œdipienne.

## Retour à la clinique

Dans l'enfance, l'éducation et la primauté des défenses narcissiques vont mettre en place une première censure, régie par le oui et le non. L'organisation œdipienne qui suit l'évolution biphasique de la libido conduit à une deuxième censure régie par référence à un troisième terme, paradigme de la double différence, différence des sexes et différence des générations, et l'interdiction de l'inceste qui organise ces différences. Entre ces deux censures, l'entre-deux de la période de latence a contribué à l'esquisse d'un espace intermédiaire chaque fois que les investissements œdipiens de l'enfance ont rendu possible la formation de la névrose infantile. Freud a donné le modèle métapsychologique de cet espace psychique dans la première topique ICS-PCS-CS. A la suite, nous reconnaissons dans l'organisation œdipienne remaniée pendant les années de l'adolescence la forme la plus achevée de l'organisation de la personnalité autonome.

Après le travail d'E. Kestemberg , et pour illustrer mon propos, le modèle de l'adolescence que j'ai proposé permet d'étudier pendant l'adolescence la formation du surmoi et faire apparaître à la fin de l'adolescence l'intégration de l'idéal du moi dans le surmoi, après l'investissement de nouveaux objets.

## Névroses

Ici l'activité instinctuelle du ça produit l'élaboration infantile de la scène primitive, ( $\text{♀}\sigma$ ), qui sera élaborée à nouveau pendant la période de régression narcissique de l'adolescence. Ce fantasme condense des identifications aux imagos parentales, ( $\text{♀}\sigma$ ), et des

investissements narcissiques (self), qui ont des aspects libidinaux et des aspects destructeurs . Une évolution névrotique bien tempérée à l'issue de la désexualisation de l'idéal du moi/surmoi, assure la régulation de l'économie libidinale et des fonctions du moi. Le traitement des adolescents a permis de reconnaître chaque fois le chaos produit par les transformations pubertaires qui entraînent la régression libidinale au niveau sadique anal, alors que le moi est prématurément sollicité de lutter contre les pulsions œdipiennes intenses.

À l'opposé, les manifestations hystériques de l'adolescence surviennent plus tard, comme chez Dora et chez les adolescentes citées par Freud, dans les Etudes sur l'hystérie. Au-delà du chaos, la régression narcissique normale de l'adolescence n'a pas permis le deuil de la perfection de l'enfance et la redécouverte d'un objet d'amour, comportant le renoncement à ce qui fut une partie de soi, pour reprendre ici, l'une des modalités du choix narcissique d'objet, indiquée par Freud.

## **Perversions**

Dans la perversion, l'objet externe est méconnu du fait de son rôle de support et de garant de la continuité interne. Le clivage du moi d'avec la névrose infantile conduit au déni de la sexualité infantile. Le moi vit sous l'ombre de l'idéal du moi. Les pathologies narcissiques graves de l'adolescence peuvent se voir du début à la fin de cette période, mais l'impression clinique d'ensemble se retrouve dans les études épidémiologiques qui montrent, pour le suicide par exemple, une incidence plus fréquente à partir de quinze ans. Il semble que le chaos du début de l'adolescence a pour effet, non seulement d'intensifier l'opposition idéale du



moi/surmoi, mais de dénaturer cette opposition par un envahissement par le chaos de la régression de la position narcissique centrale, lesquelles confèrent au surmoi, une cruauté qui ne permet plus au masochisme moral de protéger le sujet contre le recours au masochisme érogène.

## Psychoses

Dans la psychose, dans un premier temps le monde extérieur est désinvesti, puis la projection des objets internes et du self produit la néo-réalité. Le self échoue dans son rôle de pare - excitation, l'organisation de la névrose infantile est brisée, tout devient scène primitive. Le sujet est alors hanté, vampirisé par l'animation de la scène primitive. Les manifestations psychotiques de l'adolescence nous rappellent les observations de Freud, à propos du narcissisme. Il y fait un rapprochement entre le délire de surveillance, avec hallucinations auditives, et la conscience morale, dont l'origine est ainsi mise en évidence au terme de la régression. De telles hallucinations apparaissent parfois très rapidement sous l'effet des transformations pubertaires, ce qui peut être rattaché à la désintrinsication des pulsions libidinales et agressives et la reprise des dernières par le moi et le surmoi, avec pour conséquence, un clivage du moi. La régression qui affecte les différentes instances peut préserver certains aspects de la relation du sujet au monde extérieur. Les tableaux cliniques sont très divers, selon les différents moments critiques des transformations pubertaires auxquels se heurtent adolescents et adolescentes. À partir de l'observation du réinvestissement des relations pré-génitales, H. Rosenfeld a contribué au progrès du traitement de tels patients brisés par leurs sentiments de culpabilité. Le rôle

organisateur du complexe d'œdipe est alors déstructuré. Il y a des différences de pronostic considérable selon la part que prennent les fixations précoces et les régressions qui affectent les pulsions et le moi pour produire les manifestations psychotiques résultant du conflit surmoïque.

Conférence d'introduction à la  
psychanalyse  
de l'enfant et de l'adolescent,  
13 avril 2005

## Références

1. Blos P., *On adolescence, a psychoanalytic interpretation*, New-York, The free press, 1962.
2. Cahn R., « Les déliaisons dangereuses : du risque psychotique à l'adolescence », in *Topique*, 1985, n°35-36, 185-205.
3. Chasseguet-Smirgel J., « Essai sur l'idéal du moi », in *Rev.Fr Psychanal*, 1973, 37, 5-6, 892-910.
4. Deutsch H., *La psychanalyse des névroses*, Paris, Payot, 1970.
5. Diatkine R.& Simon J., *La psychanalyse précoce*, Paris, Puf, 1972.
6. Ferenczi S., *Thalassa, essai sur la théorie génitale*, Paris, Payot, 1966.
7. Freud S., (1895d), *Etudes sur l'hystérie*, Paris, Puf, 1956.
8. Freud S., (1905d), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard folio 6, 1987.
9. Freud S., (1905e), « Fragment d'une analyse d'hystérie », in *Cinq psychanalyses*, Paris, Puf, 1966.
10. Freud S., (1906a), « Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses », in *Résultats, Idées, Problèmes*, Paris,

Puf, 1984.

11. Freud S., (1913), Totem et tabou, in *O.C. XI*, Paris, Puf, 1998.

12. Freud S., (1914c), « L'introduction au narcissisme », in *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969.

13. Freud S., (1917e), « Deuil et mélancolie », in *O.C. XIII*, Paris, Puf, 1988.

14. Freud S., (1919e), « Un enfant est battu », in *OC XV*, Paris, Puf, 1996.

15. Freud S., (1920g), Au delà du principe de plaisir, in *O.C. XV*, Paris, Puf, 1996.

16. Freud S., (1923b), « Le moi et le ça », in *OC XVI*, Paris, Puf, 1991.

17. Freud S., (1923e), « L'organisation génitale infantile », in *O.C. XVI*, Paris, Puf, 1991.

18. Freud S., (1924d), « La disparition du complexe d'œdipe », *O.C. XVII*, Paris, Puf, 1994.

19. Freud S., (1927d), « L'humour », in *O.C. XVIII*, Paris, Puf, 1994.

20. Freud S., (1933a), « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse », in *OC XIX*, Paris, Puf, 1995.

21. Freud S., (1940a), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Puf, 1964.

22. Gibeault A., « Etienne ou un adolescent d'aujourd'hui : de l'adolescence et du masochisme moral », in *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 1982, n°4, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris.

23. Green A., *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Les éditions de minuit, 1983.

24. Grunberger B., *Le narcissisme*, Paris, Payot, 1971.

25. Jones E., « L'adolescence et quelques-uns de ses problèmes », in *Théorie et pratique de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

26. Kestemberg E., « Le personnage tiers, sa nature, sa fonction »,

- in *Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 1981, n°3, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris.
27. Klein M. , *La psychanalyse des enfants*, Paris, Puf, 1969.
28. Lampl de Groot J.(1959), «On adolescence», in *Psychoanalytic study of the child*, N.Y., Int.Univ.Press,1960.
29. Laufer M.&E., *Adolescence et rupture de développement*, Paris, Puf, 1989.
30. Lebovici S., « L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert », in *Rev. Fr. Psychanal.* 1980, 44, n°5-6 , 732-857.
31. Le Guen Cl., « L'après-coup », in *Rev. Fr Psychanal.* 1982, 46, n°3, 527-534.
32. Mahler M., *Psychose infantile*, Paris, Payot, 1973.
33. Ody M., « Œdipe comme attracteur », in *La Psychanalyse, question pour demain*, UNESCO, 1989, Monographie de la Rev Fr Psychanal, Paris, Puf, 1990.
34. Parat C., « L'organisation œdipienne du stade génital », Rapport au XXVII° congrès des psychanalystes de langue romane, Lausanne, 1966, in in *Rev. Fr Psychanal.* 1967, 31, n°5-6 , 743-812.
35. Pasche F., *Le sens de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1988.
36. Roch M., « Du surmoi héritier du complexe d'œdipe », Rapport au XXVII° congrès des psychanalystes des langues romanes, Lausanne, 1966, in *Rev. Fr. Psychanal.*, 1967, 31, n°5-6, 913-1060.
37. Rosenfeld H., « La psychanalyse du conflit surmoïque », in *Etats psychotiques*, Paris, Puf, 1976.
38. Vincent M., « Les transformations des relations d'objet pendant l'adolescence », in *Rev. Fr Psychanal.* 1982, 46, n°6 1171-1185/

# Entre régression et repli

**Auteur(s) :** Michel Ody

**Mots clés :** dépendance - holding - narcissisme - névrose infantile - pulsion (sexuelle) - régression - repli

---

## À propos des tensions entre narcissisme et pulsions chez l'enfant (et l'adulte)

### Précisions théoriques

Beaucoup de congrès, colloques, articles ont été consacrés à la régression. Pour ce qui me concerne, dans les deux dernières décennies, j'ai participé à trois colloques sur ce sujet. Lorsque la quatrième occurrence s'est présentée, je me suis évidemment demandé ce que je pourrai bien avoir de plus à dire, sauf à vous servir, modernité aidant, une variation en « copier-coller ». La tentation a tourné court devant l'envahissement quelque peu dépressif d'une perspective par trop marquée de répétition. Le thème de cette année qui met l'accent sur les rapports entre régression et dépendance va en fait me permettre de préciser, et, je l'espère, prolonger certaines de mes réflexions antérieures.

Dans les derniers développements concernant la question de la régression, j'avais été assez animé par un problème assez

contemporain pour l'histoire récente de la psychanalyse, à savoir que devant l'infiltration qu'avaient par moments pu opérer dans la psychanalyse les disciplines systémiques, comportementalistes, et plus récemment les neurosciences, le concept de pulsion était minimisé, voire évacué, et corrélativement la place de la sexualité en psychanalyse passait au second plan. Le courant appelé intersubjectiviste en psychanalyse, et qui nous vient des Etats-Unis, participe de cette orientation, avec le risque complémentaire de faire disparaître l'*intrapsychique* au profit de cet *intersubjectif* et de ses interactions. Or, dans cet intrapsychique, rappelons que chez Freud, *régression* et *pulsion sexuelle* sont indissociables.

Si je précise pulsion sexuelle, c'est bien parce que, avant l'existence même des disciplines que j'ai évoquées, le mouvement kleinien en psychanalyse avait mis l'accent sur la pulsion d'agression comme déterminante et majeure dans la dynamique de la régression. Les débats lors des fameuses *Controverses* en Angleterre durant la seconde guerre mondiale ont été à la hauteur des enjeux entre kleinien et ceux s'appuyant sur le fait que même après l'introduction de la pulsion de mort en 1920, Freud n'avait *jamais* changé de point de vue sur la nécessaire articulation régression/ pulsion sexuelle.

Il est ici utile de rappeler quelques données de base. Tout d'abord rappelons la définition connue et centrale que donnait Freud en 1915 du concept de pulsion dans *Pulsions et destin des pulsions*, définition qui me paraît rester tout à fait actuelle: « **le concept de pulsion nous apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence de**

**travail qui est imposé au psychique en conséquence de sa liaison au corporel.** » Chaque terme compte dans cette définition, laquelle ne préjuge en rien de la complexification de la théorie par la suite, en particulier avec l'introduction de la pulsion de mort en 1920, comme celle de la seconde topique en 1923.

Ensuite, pour la régression, deux citations de Freud viennent toujours en tête. Celle de « *L'introduction...* » en 1917, où Freud écrit que : « **le refoulement est une notion topique et dynamique...** » - j'ajoute : donc métapsychologique - « **la régression est une notion purement descriptive** ». C'est bien pour cette raison, relevée par Freud, que la régression doit être qualifiée. C'est d'ailleurs ce qu'il nous indique en la qualifiant selon les trois coordonnées de la métapsychologie, ainsi qu'il l'écrit par exemple dans *L'Interprétation des rêves*.

Rappelons ici que la régression peut être *topique*, le modèle typique étant ce qui se produit dans le rêve, où « **la représentation retourne à l'image sensorielle d'où elle est sortie un jour** ». C'est ce que Freud appelle caractère *régrédient* du rêve. Notons que ce caractère régrédient du rêve est celui qui est sur lequel des auteurs comme M. Fain, puis C. et S. Botella, ont particulièrement insisté, avec l'extension de ce modèle dans la dynamique de la séance d'analyse. Ajoutons que la régression topique est aussi impliquée dans le passage du conscient à l'inconscient, ou encore du psychique à la conversion.

La régression peut être *formelle*, c'est à dire lorsque « **des modes primitifs d'expression et de figuration remplacent les modes habituels** ». Ceci annonce la place de la *figurabilité* dans la cure.

Troisième qualification de la régression, celle *temporelle*, c'est-à-

dire lorsqu'il s'agit de la « **reprise de formations psychiques antérieures** », ce qui concerne aussi bien - je le souligne - le rapport à l'objet, que le « stade » libidinal, que l'évolution du moi.

Comme Freud le remarquait ces trois régressions n'en font qu'une seule. Lorsqu'on parcourt son œuvre, il est assez aisé de constater que Freud inscrit la notion de régression dans la plupart des registres de la psychopathologie, psychose et mélancolie comprises.

En tous les cas, rien qu'à ce rappel freudien, on peut constater que nous ne sommes pas exactement au niveau des facilités de « descriptions » seulement phénoménologiques, lesquelles sont d'ailleurs porteuses d'un risque de réduction idéologique et normative. Confère la formule banale « il (elle) régresse ».

Je n'irai pas plus loin quant à ces rappels chez Freud, si ce n'est pour ne pas oublier la question du masochisme, tout particulièrement dans le texte de 1919, *Un enfant est battu*, où la formulation « **je suis battu (e) par le père** », lorsqu'elle est constituée, « **n'est plus seulement la punition pour la relation génitale prohibée, mais le substitut régressif de celle-ci** ». Le texte de 1924, *Problème économique du masochisme*, qui tient compte de l'introduction de l'instinct de mort quatre ans plus tôt, tient non moins compte de la place de la coexcitation sexuelle dans cette problématique. Ajoutons enfin que lorsqu'on parle de régression, deux autres notions complémentaires sont sollicitées, celle de *fixation* et celle de *progression*, le problème étant, en chaque situation, d'apprécier ce qui revient à chacun de ces termes.

Si j'ai tenu à m'attarder quelque peu à ces rappels chez Freud,



c'est qu'ils me paraissent nécessaires avant d'entrer plus précisément dans la question régression/dépendance.

Cette question, comme bien d'autres d'ailleurs, est indissociable de la *psychanalyse contemporaine*, laquelle depuis plusieurs décennies est tournée vers ce qu'on appelle « les cas difficiles ». Cela concerne l'analyse des patients *border line*, ou tout *travail psychanalytique*, depuis la consultation thérapeutique psychanalytique jusqu'au travail institutionnel, en passant par celui en face à face, quel que soit le nombre de séances hebdomadaire, qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, ou d'adultes. Le constat de cette évolution dans l'histoire de la psychanalyse ne signifie en rien que les patients du temps de Freud étaient des « cas faciles ». Il suffit de lire *Dora* ou *L'Homme aux loups* pour s'en convaincre. Je me suis exprimé récemment, et dans cette direction, sur le concept de *névrose infantile* éminemment complexifié actuellement. Il s'agit généralement beaucoup plus, dans cette évolution, du travail d'extension et d'approfondissement de la discipline tant dans ses aspects théoriques que pratiques, tout en tenant compte de l'évolution culturelle, y compris dans ses aspects caractérologiques, ainsi, et en contre-point, que des invariants et universaux du psychisme.

Il n'est pas très étonnant, dès lors, qu'une fois suffisamment établi le *corpus* nécessaire à l'ensemble des névroses, que les psychanalyses - comme l'histoire de la discipline l'indique - se soient de plus en plus tournés vers les dits « cas difficiles ». Parallèlement, la *dynamique contre-transférentielle* devint de plus en plus impliquée dans ces situations, contre-transfert, précisons-le, qui ne pouvait plus être limité à la question, devenue classique

depuis Lacan, *du désir de l'analyste*. Et, pour rester dans ce vocabulaire toute la question devint, comme je l'ai évoqué en une autre occurrence : où placer, dans ces cas, *le curseur* entre ce qui ressortit au désir et ce qui ressortit au besoin ?

On a reproché à Freud un certain *solipsisme*. J'ai toujours pensé que, chaque chose ayant son temps, Freud a eu d'abord à être solipsiste pour établir une théorie de la genèse, de l'organisation et du fonctionnement de *l'appareil psychique*, y compris dans ses différentes expressions psychopathologiques. En outre, à l'intérieur de l'ensemble considérable de son œuvre, il a ouvert suffisamment de pistes pour qu'en 2004, les analystes les plus éminents y trouvent toujours, dans leurs relectures des éléments de réflexion qui ont des résonances contemporaines, y compris pour ce qui ouvre aux inter-investissements entre soi et l'autre.

Mélanie Klein, comme on le sait, quels qu'aient été ses apports à la psychanalyse, y compris pour les cas difficiles, jusqu'aux problématiques psychotiques, n'a pas particulièrement porté l'accent sur *l'environnement* du sujet ou du pré-sujet, en regard de la forme des conflits *internes* les plus archaïques.

C'est donc principalement avec D.W. Winnicott que l'ouverture à l'autre s'opère, et tout particulièrement dans ce qui s'y exprime dans la cure au point de vue transféro/contre-transférentiel. C'est pour notre sujet l'auteur auquel je vais délibérément me limiter. Il est cependant au cœur de notre sujet, lequel reste tout à fait actuel. Pour ce qui nous occupe ici, Winnicott va porter son attention sur ce qu'en termes freudiens on appellerait les *failles du narcissisme* -rappelons au passage que Winnicott parle essentiellement en termes de *self* - Ces failles narcissiques obèrent la possibilité d'une expression, je dirais, « *suffisamment*

*bonne* » - pour paraphraser l'auteur - des mouvements pulsionnels. Ces mouvements mettent en fait en danger le narcissisme du sujet. C'est bien ce qui au long de l'œuvre de Winnicott - et dès la fin des années 40 - va le conduire progressivement à repérer, y compris chez des sujets chez lesquels le fonctionnement névrotique paraît dominer, à repérer les témoins d'un *en-deçà-névrotique*, déterminant par exemple des analyses interminables, et/ou répétées et insatisfaisantes. Ce repérage ne saurait se faire justement qu'à travers ce qui advient au niveau du contre-transfert de l'analyste.

Pour ce qui concerne l'enfant, je rappelle la lecture de Winnicott au Congrès d'Amsterdam de 1965 concernant le cas historique de Frankie, analysé à la fin des années 40 par B.Bornstein et réanalysé adulte par S.Ritvo. Le cas de Frankie illustre ainsi tout à fait ce qui malgré un travail analytique incontestable en deux temps, perdurait en même temps comme témoin d'un dysfonctionnement narcissique, lui-même lié à un dysfonctionnement de l'environnement familial dès l'origine. J'ai repris d'ailleurs moi-même ce cas comme une des illustrations de la question que j'ai intitulée : « La névrose de l'enfant existe-t-elle ? ». C'est ce que j'évoquais plus haut à propos de la névrose infantile réinterrogée.

C'est bien pour atteindre le cœur du *dysfonctionnement narcissique* du sujet que Winnicott dès son article de 1954 sur la régression dans la situation analytique va articuler celle-ci à la *dépendance* au sens où il s'agit pour le sujet de vivre dans le transfert une *régression à la dépendance*. Or, cette dépendance, c'est justement celle que ce sujet n'a pu vivre de façon fiable, pour X raisons concernant l'environnement familial. Il faut rappeler que

Winnicott différencie trois degrés de dépendance :

- □ celui qui va *vers l'indépendance*, où le bébé trouve des moyens de se débrouiller sans que sa mère soit effectivement présente. Il a acquis l'intégration d'un environnement fiable. Dans la cure ultérieure éventuelle on se trouvera devant des patients de *structure névrotique* ;
- □ celui de *dépendance relative*, où le nourrisson peut avoir conscience qu'il a besoin des soins maternels et Winnicott ajoute qu'il peut les associer de plus en plus à ses propres *pulsions*. Ceci, plus tard, se répètera dans la cure, et c'est là que se place la dynamique de « **l'utilisation de l'objet** » et de celle, complémentaire, de la « **survie** » de l'analyste ;
- □ celui de *dépendance absolue*, où le bébé ne différencie pas ce qui vient de lui de ce qui vient de l'autre, principalement sa mère. Les défaillances sérieuses de l'environnement à cette période sont source, pour l'auteur, de futurs états *border-line*, schizoïdes etc... Ici le travail analytique interprétatif habituel doit être suspendu *sine die*, au profit principalement de celui de *holding*.

On saisit donc que la régression à la dépendance dans le sens que lui donne Winnicott est une régression qui concerne avant tout *le moi*, en topique freudienne, une de celles que Freud avait envisagées ainsi que nous l'avons noté. On pourrait d'ailleurs dire que cette *régression du moi* est la condition d'une retrouvaille du « vrai self » en terminologie winnicottienne, c'est à dire au sens où le sujet se sent *réel*. À lire la gradation de l'auteur, on se rend

compte que plus on avance vers la dépendance absolue moins on doit, si je puis dire, toucher aux pulsions. C'est d'ailleurs ce qui fera dire à Winnicott dans « Jeu et réalité » : « **les pulsions constituent la plus grande menace pour le jeu et pour le moi** »

Au point où nous en sommes de notre développement, nous nous trouvons donc devant *deux sortes de régressions*, celle pulsionnelle et celle à la dépendance. C'est, pour mon compte retrouver une certaine dialectique narcissisme/érotisme, les pulsions d'agression, jusqu'à leur expression destructrice s'extériorisant - où se tournant, voire retournant contre soi - à la mesure grandissante et historisantes des tensions entre narcissisme et érotisme. Toujours est-il que Winnicott, comme il l'écrivait par exemple à Enid Balint le 22 mars 1956

*évitait de mélanger régression à la dépendance et celle en termes de stades pulsionnels*. Plus précisément encore, il ajoutait qu'il voulait « **la détacher complètement** - la régression à la dépendance - **des stades et du développement pulsionnels et donc la mettre en rapport avec la fonction de relation du moi, qui précède** (c'est moi qui souligne) **l'expérience pulsionnelle reconnue en tant que telle** ». On ne peut être plus clair.

À une époque, j'avais critiqué cette vision de Winnicott comme trop dichotomique, puisqu'il en arrivait au contenu de la citation évoqué précédemment : « **les pulsions constituent la plus grande menace pour le jeu et pour le moi** ». Or, comme je le soulignais d'ailleurs, cela ne l'empêchait pas d'écrire qu'une

bonne fessée pouvait faire cesser une excitation, ce qui était une façon de retrouver Freud, si je puis dire, par les mouvements pulsionnels masochiques, modalité possible de réintrication pulsionnelle. Autrement dit sortez les pulsions par la porte, elles rentreront par la fenêtre. *Laquelle me direz-vous ? Réponse : celle de l'environnement parental*, que ce soit sur le mode direct, contre-investi, projeté ou dénié. C'est bien d'ailleurs, pour ce qui me concerne, que les travaux de D. Braunschweig et M. Fain m'avaient particulièrement intéressés, pour - et schématiquement, certes - une fois l'étape majeure winnicotienne franchie - se tourner vers la complexité des inter-investissements parents-enfants et leurs modalités triangulaires, la triangulation et ses avatars étant de toutes manières *aux fondements*.

La question de *l'utilisation de l'objet* dans la dynamique transféro/contre-transférentielle peut être aussi examinée sous l'angle de la dialectique narcissisme/pulsions. Certes l'analyste doit survivre aux attaques, mises à l'épreuve etc...qui font pour la première fois vivre au patient une fiabilité au long cours, jusqu'à la non-destructivité de l'objet -analyste. Ceci précisé, le travail sur le contre-transfert n'est pas rien. C'est non seulement lutter contre la souffrance, les blessures narcissiques - les patients sentent très bien où « ça fait mal » - mais c'est aussi prendre conscience de son propre sado-masochisme, *donc, une fois encore de ses pulsions*. Nous sommes en situation où *la question narcissique est majeure*. En métapsychologie freudienne, il n'étonnera guère qu'aient, dans la cure, à se constituer les figures du double retournement pulsionnel entre patient et analyste, double retournement mis en avant par Freud en tant qu'un des destins de pulsions dans son écrit de 1915, *destin narcissique* justement, comme il le qualifiait lui-

même. Au passage, nous sommes au cœur ici de l'articulation narcissisme pulsion. On peut même ajouter que la cure ici offre la possibilité de la *transformation de la haine en sadisme par sexualisation*, ce qui n'est peut-être pas sans incidence par rapport au « destin » de la haine dans le contre-transfert particulièrement étudié par Winnicott.

Quelques mots concernant cet autre terme employé par Winnicott, c'est à dire celui de *repli ou retrait*. Certains passages de ses textes pouvaient faire penser que le repli concernait en fait ce que j'ai décrit précédemment comme la régression à la dépendance. De fait, il paraît plus heuristique, et plus cohérent sur le plan métapsychologique, où là il y a complémentarité entre Freud et Winnicott, de parler de *deux modalités de régression* - donc pulsionnelle et narcissique - lesquelles ne sont pas, comme on l'a vu, et sous condition d'introduire la pulsionnalité de l'environnement, ne sont pas nécessairement dans un rapport d'exclusion. Ceci ne signifie pas pour autant que dans la séance il faille se précipiter sur l'interprétation pulsionnelle, mais la *potentialité* de celle-ci entre au moins dans la *dynamique représentationnelle* de l'analyste, *condition de toute interprétabilité à venir*. Une note sur repli et régression marque ici bien la différence entre les deux : « **Cliniquement** - écrit l'auteur - **les deux états sont pour ainsi dire identiques. On verra cependant que la différence est très grande. Dans la régression, il y a dépendance ; dans le repli, il y a une indépendance pathologique.** ». Autrement dit, pour prendre un exemple, il y a façon et façon de se mettre sous une couverture en séance en même temps que la tête entre des oreillers : *soit* cet acte s'inscrit dans un mouvement de régression enfin possible par la certitude cette fois acquise de la

fiabilité du cadre et de la personne de l'analyste dans ce cadre, *soit* cet acte s'inscrit dans un mouvement d'hostilité, en tous cas de très grande ambivalence. Bien entendu les deux phases, compulsion de répétition aidant, peuvent alterner jusqu'à ce que progressivement le travail analytique, disons plus classique, puisse prendre sa place.

Enfin j'aimerais ajouter une chose à la question du « danger pulsionnel » au sens de Winnicott. Je suis tout à fait d'accord qu'il ne sert à rien d'interpréter un mouvement pulsionnel, *a fortiori* dans le transfert, alors que l'état du narcissisme ne le permet pas. En ce sens on peut retrouver Winnicott sur le temps de *holding* d'abord nécessaire. J'ajouterai *le holding pour l'associativité*, au sens où, dans ces situations, nous ne sommes pas proches du *modèle de l'association libre*. En termes freudiens, on travaille au niveau du pare-excitation et des contre-investissements. C'est particulièrement évident dans le travail analytique avec l'enfant. Et, comme on le sait, il y a toujours l'enfant dans l'adulte... Mais, ainsi que je le disais plus haut, la question se posera nécessairement de temps en temps de définir la place du curseur entre ce qui ressortit au *besoin* ou au *désir*, pour reprendre les deux termes que Winnicott a employé lui-même. Cependant, et d'une part, les deux peuvent faire chiasme au point d'étayage : d'autre part l'interprétation ne porte pas que sur les contenus inconscients, elle porte sur une certaine *processualité* soutenue par le *préconscient* siège des représentations de mots surinvestissant celles de choses, comme l'écrivait Freud ; ces termes « intermédiaires » du préconscient, écrivait-il aussi. Cette topique du préconscient, à mon avis, a donc *une fonction de médiation entre narcissisme et pulsionnalité*, le rôle de la *symbolisation* à ce niveau étant complémentaire. Dès



lors, dans cette partie du travail, et sous les conditions que je viens d'évoquer, le curseur peut se déplacer plus vers la pulsionnalité.

Conférence d'introduction à la psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent,  
13 octobre 2004

---

# Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique

**Auteur(s) :** Christo Joannidis

**Mots clés :** cadre - contre-transfert - dispositif - face-à-face - formation psychanalytique - neutralité analytique - pratique psychanalytique - processus analytique - psychanalyse - psychothérapie (psychanalytique) - régression - silence analytique - transfert

---

*Cet article, issu de la revue Psychoanalytic psychotherapy vol. 20, n° 1, pp. 30-39, mars 2006 tente de traiter des similitudes et des différences entre la psychothérapie psychanalytique et la psychanalyse en tant que pratique. Prenant comme point de départ les points techniques évidents, que l'auteur écarte comme étant périphériques, il*

*atteint cette position qu'il considère comme étant le domaine fondamental de l'assertion, c'est-à-dire l'arène de transfert et de contre-transfert. En se concentrant sur la position de contre-transfert du professionnel dans ce processus, l'auteur distingue les différences déterminantes de ces deux approches et espère démontrer qu'elles sont plus complémentaires qu'opposées.*

En élaborant l'interaction complexe entre le Moi et l'Autre - ce qu'il considère comme étant une dialectique fondamentale du racisme - le philosophe français V. Jankélévitch écrit : « Tu es presque comme moi. La similitude entre nous est si évidente qu'au regard des autres, tu es mon frère. Mais pour être franc, tu n'es pas mon frère. Mon identité, en relation avec toi, consiste précisément dans les façons selon lesquelles je suis différent de toi. Cependant, plus tu me ressembles, plus il est difficile pour quelqu'un de voir ces différences cruciales. Notre ressemblance menace d'effacer tout ce qui est particulier en moi. Donc, tu es mon faux frère. Je n'ai pas d'alternative si ce n'est celle de te haïr, puisque en développant une haine contre toi, je défends tout ce qui est unique en moi » (Berman, 1994).

Freud emploie le terme « narcissisme des petites différences » afin de décrire la même constellation, dans laquelle nous pouvons distinguer outre la haine, une certaine hostilité et de puissantes projections :

- soit, idéalisation du Moi avec dénigrement concomitant de l'Autre, ainsi que peur de contamination, au cas où une personne s'approche de lui,

- soit, le contraire, idéalisation de l'Autre, dénigrement et rejet du Moi, avec une simulation sans fin de l'Autre ainsi que le souhait d'être accepté comme étant l'Autre.

En effet, il s'agit ici des pierres angulaires aisément reconnaissables du racisme. Avec de telles pensées qui servent de cadre, cet article tentera d'approcher le vaste continuum d'interventions psychologiques formalisées, que l'on appelle « thérapies psychanalytiquement orientées », au sein duquel les différenciations sont toujours celles du degré et jamais celles de l'absolu. L'absence d'un point de coupure absolu fait que le but initial d'une définition claire, en ce qui concerne ce qu'est la psychanalyse et ce qu'est la psychothérapie psychanalytique (et non pas la psychothérapie de soutien ou expressive), est essentiellement inaccessible (Wallerstein, 1988a).

Il est important sur ce point de mentionner le point de vue maximaliste avancé par certains analystes selon lesquels la psychothérapie psychanalytique *n'existe pas*. Ils revendiquent que tout ce qu'un analyste fait est, soit de la psychanalyse, soit quelque chose de totalement différent, par conséquent n'ayant aucun rapport avec cette discussion. De la même manière, tout ce qu'un psychanalyste exprime est une « interprétation ». Selon eux, toute modification de technique ou d'axe d'intérêt, tout « paramètre » - à partir du moment où cela s'intègre dans la position et le cadre analytique - relève toujours de la psychanalyse (Aisenstein, 2003).

Ceci n'est pas une position facile à maintenir, puisqu'elle a tendance à minimiser ou même à effacer des différences dans sa tentative de garantir la cohérence, la continuité et la pertinence des prestations thérapeutiques que la psychanalyse fournit à la

société dans son ensemble. Cela est une réminiscence de « totalisation », le terme que les philosophes utilisent pour la réduction de l'Autre au Même, des instances où « rien ne peut rester en dehors, car la simple idée de « condition d'extériorité » est considérée « suspecte » (Adorno et Horkheimer, 1979).

Ainsi, sans recours à des définitions artificielles, nous amorçons cette investigation avec un sens de fertile confusion. Ce qui suit peut sembler légèrement exagéré, étant donné que je me focaliserai - par le truchement de la juxtaposition - sur les limites supposées de chaque espace, cependant l'objectif sera toujours une tentative visant à clarifier la zone où les frontières se chevauchent.

## **Principes fondamentaux communs**

Les deux approches ont un certain nombre de principes communs et ce sont justement ces aspects communs qui portent parfois à confusion. Une tentative d'identifier ces dogmes partagés pourrait créer la catégorisation suivante :

1. Écrits de Freud comme point de départ.
2. Croyance en l'existence de l'Inconscient et de son investigation en tant qu'objectif principal.
3. Croyance en l'existence du transfert et de son utilité dans la compréhension de ce qui se produit dans le travail.
4. Expérience personnelle d'un voyage analytique en tant que partie incontestable de la formation.

5. Utilité de la neutralité et de l'interprétation verbale comme technique et le fait d'éviter la suggestion, le soutien ou les actions.

6. Croyance en ce que le *modus operandi* du processus est basé sur une transformation structurelle interne progressive (ce que l'on nomme le changement psychique).

## Paramètres de technique évidente

Des variations dans la technique évidente et l'orientation théorique sont souvent employées en tant que preuve de la différence dans la nature du processus, cependant, un regard plus scrupuleux pourrait révéler que ce n'est pas dans ces zones que nous pouvons localiser les différences équivoques.

1. *Fréquence* : bien que les deux extrémités de la frise (soit une séance par semaine, soit cinq séances par semaine) puissent aider à différencier, aucune *per se* ne peut garantir la caractérisation, particulièrement quand la fréquence se trouve au milieu de la frise. Il existe des cas de rencontres deux fois par semaine qui portent toutes les marques d'une véritable analyse et d'autres cas de cinq séances hebdomadaires, portant celles d'une psychothérapie.

2. *Tête-à-tête opposé à l'utilisation du divan* : bien que la question de la perception et les dynamiques complexes qu'elle engendre dans la zone du transfert - contre-transfert, de la régression, de la neutralité, etc. (comme nous le développerons plus loin dans l'article) puisse souvent être utilisée en tant que trait distinctif entre la psychanalyse et la psychothérapie, il n'est pas rare de trouver des analyses en tête à tête de diverses fréquences,

rapportées à la fois dans la bibliographie et de façon anecdotique. De là, la question reste ouverte de savoir si oui ou non cela constitue un facteur de différenciation.

3. *Durée* : la durée du processus peut varier entre quelques mois et plusieurs années, tant en psychanalyse qu'en psychothérapie psychanalytique, sans aucunement modifier la nature essentielle du travail. Par conséquent, il est difficile de considérer ce paramètre en tant qu'élément de différenciation entre les deux.

4. *Approches théoriques - One psychoanalysis or many (une ou plusieurs psychanalyses)* (Wallerstein, 1988b) : il existe une vaste documentation traitant de cette question et, comme le titre de Wallerstein le propose, l'argument selon lequel il existe une seule entité identifiable pouvant revendiquer de façon légitime le nom de psychanalyse, ou bien, diverses positions et pratiques théoriques qui peuvent de manière concomitante revendiquer ce même nom, reste controversé. Toute liste des écoles de pensées actuelles devrait inclure de telles positions différentes comme ce que l'on nomme l'analyse classique, la psychologie de soi, les trois groupes britanniques, les écoles lacaniennes, l'analyse relationnelle-interpersonnelle et de nombreuses encore. Il peut être particulièrement difficile de discerner des différences essentielles qui pourraient exclure de façon convaincante la psychothérapie psychanalytique d'une telle liste.

## **Formation/qualifications**

La société au sein de laquelle un individu a reçu son éducation, énonce clairement ce pour quoi la formation est offerte. Elle énonce également le titre précis de la qualification conforme à ces

diplômes.

Cette réalité ne peut malheureusement pas éradiquer l'éventualité, en raison de mauvaise conscience, si ce n'est volontairement par mauvaise foi, qui peut sous-tendre les cas où quelqu'un usurpe un titre qui ne lui est pas donné, à titre d'exemple un psychanalyste qui se fait appeler psychothérapeute - Kernberg (1999), nomme ceci la « psychothérapie sauvage » - et son contraire très connu, que Freud nomme « analyse sauvage ». Sans aucun doute, cela est en corrélation avec la relation de l'objet interne que le professionnel en question maintient avec la discipline per se.

## h2>Points fondamentaux du processus et dynamiques latentes

Un grand éventail d'objectifs et de critères finaux a été proposé pour le processus analytique, à partir du « malheur humain ordinaire » jusqu'à l'ego remplaçant l'identité, jusqu'au changement structurel interne, jusqu'à la rétraction de projections et la résolution du transfert avant que la conclusion puisse être envisagée, etc. Dans tout cela, nous devons également inclure une vision du processus qui manque pour ainsi dire d'objectif, qui conceptualise le processus comme étant un fragment qui commence et prend fin par le truchement de ruptures et forme une partie de l'interminable continuum de la recherche du soi, ou comme Hinshelwood (1997) l'a exprimé, d'une route vers l'être moral. Lorsqu'une personne se place vis-à-vis de cet éventail d'objectifs ou de manques, il pourra définir le processus qui s'en suivra.

De même, la position que le professionnel prend vis-à-vis de la nature et l'emphase de ses interventions (comme nous le

décrivons plus loin dans l'article), ainsi que la constellation cognitive et affective (tant conscient qu'inconscient) qui découleront de son positionnement, sont d'une importance vitale. Le terme « cadre de contre-transfert » a été utilisé en raison de cet état d'esprit complexe de plusieurs couches, dans lequel se trouve le professionnel (Faimberg, 1992), et, ce que revendique l'article, c'est qu'il s'agit en fait de la zone où pourraient probablement se rencontrer les différences entre les deux disciplines.

Afin d'aborder ces zones de différenciation, plaçons-nous maintenant sur un plan subjectif imaginaire. Qu'est-ce qu'un membre ordinaire d'une société psychanalytique, au sein de laquelle il a achevé sa formation, dirait-il sur lui-même ? Qu'est-ce qu'il est qu'il *n'est pas*, et qu'est-ce que à quoi il (idéalement) *ne s'engage pas*, durant son travail ?

Il ne se tiendrait pas à un objectif spécifique. Ni l'éradication des symptômes, ni nécessairement l'abolition du mal psychique ne rentreraient dans ses attributions. Il n'aurait d'autre tâche que celle de fournir un environnement très distinct dans lequel peut avoir lieu un voyage de connaissance de soi. Il croirait, comme d'autres dans cette profession, que ce processus de connaissance de soi est *per se* thérapeutique (Spillius 2002).

Il ne prendrait pas la responsabilité des interventions visant à empêcher le jeu d'un comportement. Il considérerait le patient comme étant l'agent responsable, dans ce voyage de recherche et de découverte, et lui-même comme n'étant rien d'autre que le « témoin discret du mal psychique » (Khan, 1989, p. 210-211).

Il essaierait de ne pas se laisser aller à une attention flottante



librement et à ses propres et libres associations d'idées, sachant très bien qu'il pourrait consciemment manquer certains détails, ainsi que des communications non verbales possibles venant de la personne analysée. Il penserait qu'une communication cruciale l'atteindrait par le biais des routes de l'inconscient.

Il ne reculerait pas devant la connaissance qu'il est inévitable qu'il sera transformé dans l'objet, fortement chargé négativement pour la personne analysée. Par conséquent, il essaierait d'éviter de se plier à sa tendance naturelle de devenir attentionné, sensé, réconfortant et de soulager l'anxiété du patient, voire son propre besoin de devenir un objet chargé positivement.

Il n'hésiterait pas à travailler avec l'incertain, le confus, l'incompréhensible et le non-verbalisable - phénomène qu'inonde l'espace analytique - et s'y tiendrait aussi longtemps qu'il le faut. S'il ne comprend pas et n'interprète pas aujourd'hui, il lui est toujours possible de le reporter à demain. Il ne sentirait aucune pression de formuler hâtivement des interprétations intégrantes/articulées et de les offrir à la personne analysée afin de l'aider à contenir son anxiété et ainsi évoluer dans le processus analytique.

En essayant de se focaliser - avec autant de consistance que possible - sur les dynamiques de transfert comme elles surviennent au cours de la séance, il ne céderait pas aux pressions en vue de l'interprétation d'extra-transfert qui émane de l'inévitable intrusion massive de la réalité externe du patient.

Il ne serait pas formé et ainsi préparé - et donc, ne se sentirait pas compétent face - aux rencontres en tête à tête et aux exigences de s'écarter de la neutralité que ces situations imposent. La

proéminence de son visage avec le reflet de miroir de sa communication inconsciente (Trevarthen, 2004) aussi bien que la présence manifeste de son corps réel avec son potentiel pour une expressivité non-verbale (Scheflen, 1964) introduira inévitablement des moments de révélation du soi et ainsi tâchera de manière subliminale l'interaction du transfert - contre-transfert. En d'autres termes, sa formation ne l'aurait pas nécessairement préparé convenablement à l'interaction complexe entre la perception et la représentation mentale qu'engendrent ces situations. Il n'aurait pas non plus été formé aux moyens à travers lesquels un individu ressaisit la neutralité de ces écarts qui inévitablement surviendront.

Il n'aurait pas été formé à réfléchir et encore moins à « donner une signification » sur le cadre et sur sa propre formation analytique, à une pause de six jours régulièrement répétée (ou de six jours, si le traitement est de deux fois par semaine) qui existe entre les séances psychothérapeutiques, et particulièrement en ce qui concerne son impact sur l'espace analytique.

Il ne serait pas obligatoirement formé pour gérer des modifications de technique psychanalytique, lorsque sa compréhension théorique demeure inaltérée. Des informations provenant des sources IPA (Kilborne, 2005) révèlent qu'extrêmement peu de sociétés psychanalytiques incluent dans la formation qu'elles offrent des séminaires spéciaux de psychothérapie. Il connaîtrait très peu des rôles changeants du silence lors de séances en tête à tête, séances peu fréquentes.

Son identité professionnelle se sentirait rassurée afin de l'aider face aux sentiments d'aliénation ou de frustration lorsqu'il est empêché de pratiquer ce à quoi il a été formé. Ce sentiment de

sécurité pourrait même éventuellement le préparer à aller à « contre-courant » si le besoin se présente.

Imaginons de surcroît ce qu'un membre d'une société de psychothérapie psychanalytique pense de lui-même. Qu'est-ce qu'il est qu'il *n'est pas*, et qu'est-ce que à quoi il (idéalement) *ne s'engage pas*, durant son travail ?

Son objectif serait non seulement la découverte du soi caché de son patient et de son inconscient, mais aussi son éventuelle évolution thérapeutique, ainsi qu'une intégration plus solide de son monde intérieur. Il ne se permettrait pas de pénétrer dans l'espace analytique sans mémoire, ni désir, ni direction.

Il n'aurait pas à attendre la mise en place d'une profonde relation de transfert, ou en effet, une régression inappropriée - chose qui ne peut être obtenue que dans des séances quotidiennes - afin de former sa position analytique et commencer à travailler. Les interprétations de transfert ne constitueraient pas ses interventions exclusives.

Il ne se limiterait pas à comprendre et à faire la cartographie du paysage inconscient, mais il se permettrait aussi de placer la même intensité sur la présentation consciente affective, et ainsi finirait par travailler simultanément avec les deux. La neutralité analytique et le silence analytique ne porteraient pas le caractère absolu et la signification spécifique qui leur sont donnés lors d'un processus psychanalytique (avec le risque accru qu'ils se transforment en une idée « surévaluée »). Il ne serait pas nécessairement inquiet si ses sentiments d'attention et d'intérêt à l'égard du patient venaient à être par inadvertance révélés.

Bien que son passé théorique et ses lectures, ainsi que son comportement et sa compréhension analytiques ne différeraient pas de ceux d'un psychanalyste, il n'aurait pas été formé dans l'unique expérience de travail dans un environnement caractérisé par des rencontres d'une continuité quotidienne, d'une régression profonde et de l'unique, sinon poétique, qualité que ces éléments engendrent.

Il n'aurait pas toujours le luxe de temps illimité que d'autres processus pourraient avoir (et pour de bonnes et valables raisons), d'où sa focalisation sur des thèmes spécifiques et des dynamiques d'inconscient (ou du moins de la présence du spectre de la fin des séances, dès le début) qui pourraient risquer d'imposer une certaine direction au processus.

Il serait préparé à affronter des moments où il se bat avec le doute qu'il vient juste de trahir des principes analytiques, en faisant quelque chose de « pas très approprié », alors qu'en même temps, il se sentirait trahi par sa propre technique analytique qui ne semble « pas très appropriée » pour la situation en question.

Les indications du caractère analysable chez l'éventuel patient, ainsi que les diagnostics concernant sa structure psychique et sa disponibilité émotionnelle diffèrent considérablement de ceux d'un candidat à l'analyse. De là, sa propre disponibilité psychique et mentale, sa position de contre-transfert (Faimberg, 1992) ainsi que la technique qu'il devra employer, requièrent une certaine adaptation.

Il est proposé que le caractère triangulaire inhérent à toute relation analytique peut avec le temps alterner avec une dualité intersubjective en psychothérapie. Dans un récent essai (2000),

Pontalis fait une référence espiègle de la description qu'Homère donne de la fameuse ruse d'Ulysse, et remarque qu'en psychothérapie psychanalytique l'individu cherche à être « Quelqu'un » (un être humain face à un autre être humain), alors qu'en psychanalyse, l'individu cherche à n'être « Personne ». Nous ne pourrions jamais mettre assez l'accent sur le rôle vital que joue le contre-transfert du professionnel afin de définir la nature relative du processus dans lequel nous sommes engagés.

Des pensées conscientes aussi bien qu'inconscientes, des images, des émotions et des attentes moulent l'état d'esprit du professionnel et les constellations de relation de l'objet interne avec lesquels il entre dans le processus. Ces forces complexes émanent de l'historique/formation du professionnel et de son vécu intérieur personnel, de pair avec les attentes conscientes et inconscientes du patient et incitent à la mise en œuvre de transfert (c'est-à-dire par le biais d'emploi répété de l'identification projective), testent la position de contre-transfert dans ses limites, alors qu'ils imposent une forme au processus. Il s'agit de cette lutte lors du contre-transfert qui permettra au caractère du processus d'émerger et ainsi de définir sa nature.

Tout ceci est bien connu (Bibring 1954 ; Churcher et Sedlak 2001 ; Frisch 2003 ; Blatt et Shahr, 2004) et quelque peu théorique, mais laisse de côté une dimension supplémentaire extrêmement importante, c'est-à-dire, les questions d'identité politique et professionnelle cachées sous la trame. Dans le monde entier, il existe des sociétés scientifiques et des instituts qui forment déjà des professionnels hautement qualifiés selon l'une ou l'autre approche. Cependant, il existe également ceux qui gardent une position hostile à l'égard de la pensée psychanalytique, et il

existe une intarissable source commune de patients et de candidats à la formation (Frisch, 2003). L'anxiété et l'insécurité nous touchent manifestement et provoquent et incitent au narcissisme de différences mineures, tel un phénomène inconsciemment déterminé.

De surcroît, ce narcissisme est en opposition par rapport à la tendance qui pousse à se mettre ensemble dans une tentative d'affronter une - dès maintenant - menace commune. Ces processus peuvent être observés en groupes, de façon toute aussi déterminante que ceux observés chez des individus. Commentant sur les dynamiques de groupes, Bion (1961) écrit : « La défense que le schisme fourni contre l'idée menaçant le développement peut être envisagée dans l'opération de groupes schismatiques, en apparence opposés, mais en fait visant à promouvoir le même dessein. Un groupe adhère au groupe dépendant...[et] vulgarise les idées établies en les dépouillant de toute qualité qui pourrait exiger des efforts douloureux, et ainsi assure de nombreuses adhésions de ceux qui s'opposent aux douleurs du développement... Le groupe respectif, supposé soutenir la nouvelle idée, devient si précis dans ses exigences qu'il cesse de se renouveler. Par conséquent, les deux groupes évitent la douloureuse rencontre entre le primitif et le sophistiqué, ce qui est l'essence du conflit de développement. »

La recherche de l'intégration, qui représente une constellation spécifique et inconsciente d'objet-relation, se trouve dans un équilibre précaire avec le narcissisme mentionné ci-dessus, lequel représente une constellation inconsciente de l'objet-relation tout à fait différente. Les processus intégrants s'appuient sur des tests de réalité et impliquent la reconnaissance ainsi que l'acceptation

de ce que je suis, et de manière plus critique de ce que *je ne suis pas* et de ce que *je ne peux pas faire*. L'acceptation de mes limites est un processus réparateur interne par le biais duquel je reconnais que l'Autre peut m'offrir quelque chose de valeur qu'il possède et moi non. Inévitablement, ce sont des questions comme celles-ci qu'affrontent les groupes qui s'identifient avec l'une des deux approches cliniques, au moment où l'un rencontre l'autre avec leurs disciplines respectives et la perspective de sa survie, la société à l'intérieur de laquelle ils fonctionnent et en dernier, mais pas de moindre importance, le patient.

La pensée psychanalytique est si vaste, si riche et si sûre d'elle-même qu'elle est ouverte et n'appartient pas à un seul groupe ou à une seule technique. C'est un comportement envers la vie, pas très différent de « *l'exetasis* » (enquête) de Socrate ou le « *K* » de Bion (le mouvement vers la connaissance, la recherche de la connaissance) et par conséquent, elle est vivante et constamment changeante, contrairement à l'état où la possession du savoir peut devenir statique et stérile.

La psychanalyse et la psychothérapie psychanalytique ensemble se partagent un espace commun, auquel a été donné une variété de noms, parmi lesquels « le comportement analytique » se démarque. En 1922, Freud donna la définition tripartite suivante : « La psychanalyse est le nom, 1) d'une procédure visant l'investigation de processus mentaux qui sont presque inaccessibles d'une autre manière, 2), d'une méthode (basée sur cette investigation) en ce qui concerne le traitement de désordres névrotiques, et 3) d'une collecte d'informations psychologiques obtenues à cette fin, qui est progressivement insérée dans une nouvelle discipline scientifique. »

Conformément à la déclaration ci-dessus, la psychanalyse en tant que pratique penche vers le premier élément, et la psychothérapie psychanalytique semble pencher vers le deuxième, tandis que les deux se partagent le troisième élément comme étant leur base sûre, ainsi que leur source de pouvoir.

La psychothérapie psychanalytique exprime la tendance vers un accueil de valeur, une connaissance de nouvelles conditions, obtenue grâce à de durs efforts, et emploie des modifications afin de satisfaire différents besoins qui proviennent d'une psychopathologie plus vaste. Elle permet même la décision consciente de tenir compte d'un degré de besoin de satisfaction (étant un paramètre sévèrement contrôlé) contrairement à la position interprétative d'une position théorique plus ancienne basée sur la privation. Finalement, elle prend en compte des modifications de cadre, imposées par des dispositions du secteur public de la santé ainsi que par des réalités financières changeantes, dans une tentative de satisfaire une population de patients aussi vaste que possible. Elle est également influencée par des découvertes scientifiques dans des disciplines connexes comme la psychologie de développement et la neurobiologie, s'enrichissant et se développant ainsi davantage.

En revanche, la psychanalyse en tant que pratique, traitant le psychique et non le psychologique, exprime la tendance opposée mais qui n'a pour autant pas moins de valeur. La psychanalyse en tant que pratique exprime le « non-conciliant », l'inattendu, le subversif, l'espace ineffable de la ruine psychique, ainsi que l'« Ailleurs » qui rétrospectivement donne un sens à l'« Ici ». Elle évalue et préserve son autosuffisance et la richesse de son propre potentiel génératif. Elle impose des exigences considérables à



l'analyste, puisqu'elle exige de lui d'entrer volontairement dans des zones d'abandon mutuel de la raison, quelque chose que seulement peu d'entre nous parviennent à faire, et pas avec toutes les personnes que nous analysons. C'est souvent nous qui sommes terrorisés et qui nous cachons derrière des simplifications exagérées et des rationalisations.

La psychanalyse est un « *pharmakon* » (un mot grec qui signifie à la fois médication et poison). Si la psychothérapie psychanalytique est thérapeutique, la psychanalyse en tant que pratique empoisonne, comme la peste que Freud a rapportée aux rives lointaines de l'Atlantique. C'est donc un signe de normalité et de santé mentale lorsque quelqu'un la craint et y résiste.

Une psychanalyse qui est facile et populaire est tout autant dépourvue de ses droits qu'une psychanalyse isolée dans sa tour d'ivoire onirique, coupée des exigences de la réalité extérieure. Toutefois, il est bien de garder en tête les éthiques d'Épicure qui nous rappellent que : « Vains sont les mots de tout philosophe s'il n'existe aucune passion humaine à laquelle ils peuvent servir comme fonction thérapeutique ».

## Références

- Adorno T. et Horkheimer M. (1979), *Dialectic of Enlightenment*, London, Verso p.16.
- Aisenstein, M. (2003) Psychoanalytic Psychotherapy does not exist. In: S. Frisch (Ed.) *Psychoanalysis & Psychotherapy* (London, Karnac).
- Berman, P. (1994), The Other and the Almost the Same. *New Yorker*, v.70 (2) p.62.
- Bibring, E. (1954) Psychoanalysis & Dynamic Psychotherapies, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2:745-70.
- Bion, W. (1961) *Experiences in Groups*, London, Tavistock, p. 159.
- Blatt, S. & Shahar, G. (2004) Psychoanalysis vs. Psychotherapy, *Journal of the American*

*Psychoanalytic Association*, 52: 393-447.

Churcher, J. & Sedlak, V. (2001) *Psychoanalysis & Psychoanalytic Psychotherapy*, *Bulletin of BPAS*.

Faimberg, H. (1992) *The Countertransference Position & the Countertransference*, *International Journal of Psychoanalysis* 73: 541-46.

Freud, S. (1922) *Two Encyclopaedia Articles*. S.E. vol. 18, p. 235.

Frisch, S. (Ed.) (2003) *Psychoanalysis & Psychotherapy*, London, Karnac.

Hinshelwood, R.D. (1997) *Therapy or Coercion*, London, Karnac Books

Kernberg, O. (1999) *Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy & Supportive Psychotherapy*. *International Journal of Psychoanalysis*, 80:1075

Khan, M. (1989) *Alienation in Perversions*, London, Karnac

Kilborne, B. (2005) *Personal Communication*.

Pontalis, J. (2000) *Fenêtres*, Paris, Gallimard.

Spillius, E. (2002) *Psychoanalysis in Europe Bulletin*, 56: 5-16.

Trevarthen, C. (2005) *First things first*. *Journal of Child Psychotherapy* 31 (1): 91-113.

Wallerstein, R. (1988a) *Psychoanalysis and Psychotherapy*, *Annals of Psychoanalysis*, 16:129-151.

- (1988b) *One Psychoanalysis or Many*, *International Journal of Psychoanalysis*, 1988, 69: 5-21.

---

# Place et valeur de la régression dans les

# traitements analytiques

**Auteur(s) :** Bernard Chervet

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

---

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

## Contrainte, régression et manque

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Pluralité et diversité : l'hétérogène et l'incompatible**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Régression, régrédience, régressivité**

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

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

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

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

## **De la notion au concept**

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

endimanchés, indifférents et nantis.

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

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

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

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



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

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

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

Probablement qu'un des premiers mouvements d'indépendance de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

même, par la régressivité extinctive.

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

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

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

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

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

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

## **Evolution de la méthode thérapeutique**

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Les activités psychiques régressives

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

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

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

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

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

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

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



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

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

## **Bibliographie**

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

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

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

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