

Discussion avec Danielle Kaswin-Bonnefond et Jean Bergeret

Auteur(s) : Alain Kséné - Christine Jean-Strochlic - Danielle Kaswin-Bonnefond

Mots clés : compulsion (de répétition) - narcissisme - pulsion de mort - réaction thérapeutique négative - réaction thérapeutique positive - trace (traumatique)

À propos du texte de Jean Bergeret

Danielle Kaswin-Bonnefond

J'apprécie la réponse de Jean Bergeret, et je lui proposerai une nuance : « une réaction thérapeutique négative positive » et, en effet, comme il le remarque, la question de la pulsion de mort et sa complexité sont l'un des motifs de ma réflexion. Le transfert en un premier temps, puis le transfert négatif ont été considérés comme obstacles au traitement avant de devenir les leviers essentiels de la cure à travers l'interprétation. C'est dans cette perspective que je situe la RTN, et le travail d'analyse du contre transfert est donc primordial pour l'élaboration des résistances majeures.

N'étant pas germaniste, je ne peux débattre de certains points sémantiques, mais le concept de pulsion intéresse une force psychique qui n'est ni besoin, ni désir tout en restant contigu de l'un comme de l'autre. En dehors d'un léger vacillement durant cette courte période d'introduction du narcissisme dans la théorie, Freud a toujours maintenu la notion de dualisme pulsionnel ainsi que celle de poussée constante. De ce fait, la pulsion ne peut donc jamais être satisfaite, ou de manière parfaitement éphémère au risque de porter atteinte à l'intégrité de son principe même. A cette poussée constante de et dans la pulsion répond une autre force, la compulsion de répétition qui ne répond pas au principe de plaisir, mais tend à autre chose. Cet au-delà du principe de plaisir met en danger et effracte le mécanisme pulsionnel portant alors atteinte à son propre fonctionnement. C'est le processus même qui organise la pulsion qui la menace et met en danger l'un ou l'autre des encadrants de la pulsion : le fonctionnement psychique et le fonctionnement somatique.

Le terme de pulsion de mort est peut-être mal choisi, nous nous retrouvons devant la question de la pulsion et de l'instinct. Instinct de mort et pulsion d'agressivité ? La pulsion porteuse d'un savoir sans connaissance, ne se conçoit qu'à travers la relation à l'autre. L'instinct peut être entendu comme une connaissance sans savoir et n'implique pas de processus d'objectalisation. Et si beaucoup d'auteurs n'ont pas reconnu la notion de pulsion de mort, la question n'est pas close.

Jean Bergeret insiste à juste titre sur la nécessité de distinguer plusieurs cliniques de RTN selon les exigences pulsionnelles de la logique névrotique, psychotique, ou narcissique du patient. Toutefois les cliniques contemporaines ne s'appuient plus autant

sur des données nosographiques inéluctables. L'hétérogénéité des organisations psychiques nous autorise à supposer des plages narcissiques, des zones de clivage à potentialité psychotique et des défenses plus souples sur le modèle du refoulement et ce serait le facteur quantitatif, comme le rappelle M Klein, qui déterminerait la qualité des processus psychiques.

28 novembre 2003

A propos de la réaction thérapeutique négative

Christine Jean-Strochlic

Merci à Danielle Kaswin-Bonnefond de nous introduire à une discussion sur la réaction thérapeutique négative et la trace.

M. Proust affirmait la pluralité du concept de mort : « Nous disons la mort pour simplifier, mais il y en a presque autant que de personnes. »

Dans sa réponse ,J. Bergeret souligne les nombreuses différences tant dans le concept de pulsion de mort que dans la réaction thérapeutique négative introduisant l'idée d'une positivité qui pourrait inclure la proposition d'entendre la réaction thérapeutique négative comme une manifestation du processus analytique à la condition d'inclure des modalités d'expressions cliniques diverses selon les structures sous-jacentes.

W. R. Bion insiste sur l'existence d'une valence négative qu'il attribue à son trépied pulsionnel (-L), (-H), (-K) et qui serait à l'origine des forces négatives retrouvées dans la clinique dans des intensités variables. Seule, l'élaboration minutieuse et patiente de ce versant permet d'atteindre le moment conclusif d'une analyse comme un temps précieux et incontournable de confrontation au deuil de l'objet primaire.

Les développements de D. Anzieu vont aussi dans ce sens lorsqu'il considère cette réaction comme un paradoxe agi intriquant un processus primaire (l'envie destructrice) avec un processus secondaire (le dilemme).

Si cette réaction peut s'envisager comme un opérateur théorico-clinique c'est dans un sens proche de D. W. Winnicott lorsqu'il évoque la question fondamentale de l'utilisation de l'objet dans le fait de la survivance de ce même objet (l'analyste) à la destructivité du patient.

Pour sa part R. Roussillon parle d'une neutralisation énergétique pour éviter la reviviscence d'un état traumatique qu'il qualifie d'agonistique. Dans la mesure où la situation transférentielle permet l'élaboration des traumatismes précoces nous sommes ici confrontés à la question des traces advenues ou pas dans l'espace psychique, c'est dans ce contexte que le contre-transfert prend toute son importance comme seule possibilité de traduire ce qui n'est pas encore psychisé en tant que tel dans la pensée du patient. Dans cette perspective une réaction thérapeutique négative peut exister chez l'analyste liée à la réactivation de ses propres traces traumatiques. Rappelons à ce propos la théorisation de P. Aulagnier sur la question de l'originaire qui ne peut se représenter que dans la construction théorique qu'en fait

l'analyste : « Ce qui se joue dans l'originare ne peut comme tel avoir place dans la scène du primaire et ne peut être de ce fait mémorisable, mais par contre, ce qui va se construire sur cette scène en portera la marque. »

Pour A. Green la pulsion de mort se traduit dans une fonction désobjectalisante par la déliaison à l'origine d'un désinvestissement que l'on retrouve à son apogée dans les manifestations du narcissisme négatif. C'est un risque majeur que certains patients prennent particulièrement lors des fins d'analyse et qui comporte un enjeu somatique non négligeable.

Il me semble que ces mouvements sont en jeu tout au long de la cure selon des modalités variables en fonction des traumatismes sous-jacents en particulier au niveau narcissique mais qu'ils impriment l'histoire psychique du couple analytique même à minima, dans l'unité de la séance.

Pour conclure, je partage cette conception dont l'évolution me semble fonction de la qualité de l'intrication pulsionnelle. Il existe un indicateur qui est très parlant à savoir la haine, quelle que soit sa modalité d'expression, son évolution au cours du processus analytique traduit l'intensité des processus sous-jacents.

29 novembre 2003

Réponse à Christine Jean-

Strochlic

Danielle Kaswin-Bonnefond

Je ne peux qu'approuver le choix des auteurs auxquels Christine Jean-Strochlic fait référence. Ils ont tous approfondi la clinique et la théorie des patients aux structures non névrotiques.

La question se pose de savoir, si, comme Freud s'interrogeant sur le transfert négatif, en particulier celui de Ferenczi qu'il avait ignoré, nous pouvons déceler les indices d'une réaction thérapeutique négative potentielle et aborder ce travail dans la cure avant que cette clinique négative ne s'y déploie. La valence traumatique du processus transférentiel, mais aussi contre-transférentiel lorsque se profile une éventuelle fin de cure remet au travail cet impossible deuil de l'objet primaire toujours réactualisé.

Et, comme Christine Jean-Strochlic le rappelle, « ces mouvements sont en jeu tout au long de la cure », avec le risque qu'un déséquilibre économique bouscule les capacités élaboratives du couple analytique.

5 janvier 2004

Réaction thérapeutique

négative et Narcissisme

Alain Ksensée

L'auteur de cette proposition théorique s'expose courageusement à une discussion très critique mais passionnante. La réflexion de Madame Kaswin-Bonnefond s'appuie avec résolution sur le concept de pulsion de mort. Je ne partage pas la certitude théorique de Madame Kaswin-Bonnefond concernant la pulsion de mort. Mais je ne pourrais lui reprocher son choix. N'est-il pas celui de beaucoup de psychanalystes et non des moindres ? Ces derniers ne se privent pas d'apporter à ce concept plus philosophique que psychanalytique (de l'aveu même de Freud) la certitude de leur expérience clinique et théorique. Mais ce qui complique encore son propos, l'écarte pour une part de toute référence clinique, me semble lié à un autre recours théorique.

En effet, son approche fondée sur la pulsion de mort, se poursuit par l'évocation de la « trace mnésique » qui demeure selon mon point de vue « impalpable. » Il s'agit là encore d'un concept qui mériterait discussion ; bien que Freud lui accorde une importance décisive, sans l'hésitation qui le conduira à formuler l'hypothèse de la pulsion de mort. C'est donc avec un certain soulagement et un grand intérêt que la proposition théorique de Madame Kaswin-Bonnefond aborde le problème de la RTN à partir du contre transfert, une approche dont Jean Bergeret souligne dans son intervention, l'intérêt, la nécessité.

Mon intervention dans la discussion est avant tout d'ordre clinique. Il s'agit d'une réflexion qui m'est venue au cours de

l'écoute de certains patients, après la lecture de l'intervention de J. Bergeret précédée par celle du texte de Madame Kaswin-Bonnefond. D'une manière générale, nous évoquons la RTN lorsque nous constatons une aggravation de l'état du patient alors même que l'ensemble des interventions, des interprétations, le « climat » de la cure devrait avoir un effet bénéfique. Je me propose d'aborder la RTN non pas à partir de ce que nous constatons lorsqu'elle est présente, mais de tenter de circonscrire une configuration transférentielle susceptible de favoriser sa survenue. Cette configuration transférentielle souligne l'importance des blessures narcissiques et la défaillance narcissique ; cette dernière semble intéresser le tout jeune âge de ces patients. Il en résulte que ces failles narcissiques hypothèquent gravement le développement de la classique névrose œdipienne du jeune enfant.

L'importance de l'atteinte narcissique n'apparaît pas toujours dans toute son ampleur lors des entretiens préliminaires. En effet, dans le cadre de ces derniers, le face à face semble permettre au patient de « s'accrocher » à un objet, en l'occurrence l'analyste si ce dernier sait moduler et aménager la distance au patient : trop neutre et trop bienveillant menace le patient d'un nouvel abandon ! Mais trop près : la menace d'intrusion lui est insupportable ! En fait, il s'agit d'un objet que nous pourrions qualifier après Freud et J. Bergeret d'objet anaclitique. Cet objet est fondamentalement narcissique. La libido sexuelle peut « donner le change » nous faire croire que c'est un objet investi par les pulsions sexuelles. Mais en fait la libido sexuelle est là pour s'attacher, pour garder, ne pas perdre un objet narcissique. C'est du moins, ce que révèle très rapidement l'analyse. Nous pourrions dire de façon quelque peu abrupte : il existe bien un transfert, mais c'est un transfert sur

le cadre, lequel inclut l'analyste en sa qualité d'objet narcissique.

Le travail analytique passionnant, difficile, s'engage selon des modalités que je ne puis préciser dans cette discussion : Freud dans le texte que nous allons évoquer insiste sur la difficulté clinique de cette configuration ; puis en donne un exemple autour de l'identification inconsciente à une autre personne qui fut jadis l'objet d'un investissement érotique. Il arrive un moment où le processus analytique permet au Moi du patient d'être confronté à un objet qui perd sa qualité narcissique, du moins dans une certaine mesure, pour devenir par le jeu du retour du refoulé un objet dont la valence pulsionnelle est certaine. L'objet est investi par la libido objectale. Cette entrée sur la scène analytique de la libido objectale constitue une sorte de figure transférentielle, au cœur de laquelle peut apparaître la réaction thérapeutique négative. Il ne s'agit pas de certaines fermetures narcissiques ou de bénéfice liée à la maladie névrotique. Dans ces cas évoquons Freud : « On arrive finalement à l'idée qu'il s'agit d'un facteur pour ainsi dire moral, d'un sentiment de culpabilité qui trouve sa satisfaction dans l'être malade [...] Mais ce sentiment de culpabilité est, pour le malade muet ».

Danielle Kaswin-Bonnefond évoque dans ce cas la réaction thérapeutique négative qui « serait l'expression de la réactivation de mouvements internes de désinvestissement sur le modèle de l'évitement de la douleur lorsqu'elle s'associe à une menace de désorganisation psychique ou somatique : l'absence d'investissement du sujet par l'objet primaire se combine à l'absence d'auto - investissement du moi pour lui-même. Les traces investies alors pourraient-elles être celles de la désorganisation elle-même ? » Elle évoque de fait sans

véritablement le développer une « subjectivation » impossible, (selon le sens que lui confère R. Cahn). Il serait peut-être intéressant d'interroger d'un point de vue théorico-clinique, la deuxième topique. C'est-à-dire la place de l'idéal, le rôle de ce dernier dans le sentiment de culpabilité inconscient. Nous savons que le sentiment de culpabilité relève du Surmoi : « on peut aller plus loin et risquer la présupposition qu'une grande partie du sentiment de culpabilité doit normalement être inconsciente parce que l'apparition de la conscience morale est intimement rattachée au complexe d'Œdipe. » écrit Freud.

Nous pouvons nous demander autrement mais toujours avec Freud pourquoi « le malade ne dit pas qu'il est coupable ; il ne se sent pas coupable, mais malade. » Être malade, n'est-ce pas dire qu'il est certes châtré mais que cette dernière, la castration, est débordée, incapable d'endiguer une atteinte de l'intégrité narcissique ? N'est-ce pas autour du corps fantasmatique, « être malade » d'un corps fantasmatique « idéalement défaillant » que se joue la réaction thérapeutique négative ? Ce qui nous renvoie, certes, au corps fantasmatique du patient, au corps érogène mais aussi au corps de l'objet primaire. Mais aussi au rôle respectif et peu précisé du rôle de l'idéal (formation narcissique) et du Surmoi. En effet, Freud dans le passage que nous avons cité associe ces deux dénominations (l'idéal et le Surmoi) comme les versions d'une même instance topique.

17 décembre 2003

Réponse à Alain Ksensée

Danielle Kaswin-Bonnefond

« La théorie des pulsions est notre mythologie » écrivait Freud en 1932. Il ajoutait : « Les pulsions sont des êtres mythiques, grandioses dans leur indétermination ». Aussi ne peut-il y avoir que plusieurs versions d'un mythe dont la spécificité est d'être le siège d'un remaniement permanent, comme toute dialectique pulsionnelle, comme la vie aussi.

Lorsque nous évoquons la pulsion, il s'agit d'un concept théorique qui garde son statut d'hypothèse, en particulier lorsqu'il s'agit de la pulsion de mort, quelle qu'en soit la valeur heuristique. Aussi, lorsque, après avoir abordé la théorie de la pulsion de mort en 1920 comme hypothèse spéculative, Freud en 1924S. Freud, *Le problème économique du masochisme*. Œuvres complètes, vol. XVII, pp. 11-23. Paris, Puf, 1992. avec « *Le problème économique du masochisme*] affirme l'origine interne de la destructivité, ne tente-t-il pas de maintenir le cap sur les transformations et les mouvements internes de la libido, ainsi que l'expression du transfert de cette libido entre les différentes instances ? Il n'y a d'analysable que ce qui est transférable à l'intérieur même de l'appareil psychique.

Dans le jeu transféro-contre-transférentiel, devant l'expression d'une RTN, il s'agit bien du côté du patient, comme le rappelle Alain Ksensée d'un narcissisme défaillant à travers la réactivation de traces « perceptives » qui n'ont pas trouvé d'issue mnésique, et n'ont de ce fait pas pu se psychiser. On pourrait parler d'un défaut

de sexualisation, ou à tout prendre d'une fausse sexualisation. Ces manifestations cliniques correspondant au surgissement d'un matériel non transférable ne peuvent que réactiver les défenses narcissiques primaires du côté de l'analyste également et nécessiter un nouveau travail élaboratif chez celui-ci. Ces failles narcissiques surgissent de l'ombilic du refoulement originaire et peuvent relever d'un idéal du Moi non tempéré. Ne sommes-nous pas alors au plus près de l'énigme de la pulsion dans sa définition même ? Quelque chose de déjà là mais qui nécessite toujours d'être créé, avec le risque toujours actualisé de perte des capacités de figurabilité.

Certes, avec *Inhibition, symptôme et angoisse*, FreudS. Freud, Le problème économique du masochisme. Œuvres complètes, vol. XVII, pp. 11-23. Paris, Puf, 1992.</ref] aborde cette résistance du Surmoi, comme « la dernière, la plus obscure, mais pas toujours la plus faible... Elle s'oppose à tout succès et en conséquence aussi à la guérison par l'analyse ». Toutefois dans le passage qui précède celui-ci, il parle de cette résistance du Ça, qui inclut la puissance de la compulsion de répétition et l'attraction des éléments du refoulement originaire. Cette résistance du Ça semble largement aussi redoutable.

5 janvier 2004

La réaction thérapeutique négative et la trace.

Approche conclusive

Danielle Kaswin-Bonnefond

Ce qui ferait la valeur heuristique d'un concept en psychanalyse serait sa valeur d'outil théorique à faire travailler. Les réponses à ma proposition théorique : la réaction thérapeutique négative et la trace me semblent aller dans ce sens pour le premier terme : la réaction thérapeutique négative, mais c'est moins évident pour le second : la trace. Pour la pulsion de mort, le débat est loin d'être clos.

La trace pose la question du danger de réification dans la théorie, au carrefour des deux topiques. Je la placerais à un niveau processuel entre psychique et somatique, consubstantielle à la pulsion, peut-être même participant à sa constitution, non seulement en perpétuel réaménagement mais toujours en train de se créer ou de se recréer, faisant le lit du hiatus entre affect et représentation. A jamais insaisissable, cette entité perceptivo-sensorielle se situerait du côté de la castration lorsque se déploie la subjectivation mais se maintiendrait au niveau de l'impensé lorsqu'elle échappe à l'inscription représentative et se maintient en deçà du registre de la symbolisation : un infantile non sexuel qui ressurgirait à travers la réaction thérapeutique négative. Cet infantile deviendrait potentiellement médiatisable et dès lors pourrait acquérir la qualité du sexuel. Lorsque les failles narcissiques s'actualisent dans le transfert, elles concernent tout autant les matrices représentatives et placent le sujet dans l'incapacité de transformer les traces perceptives en traces

mnésiques.

N'est-ce pas par sa mobilisation et son adresse transférentielle, avant et au-delà de son inscription mnésique, que la « trace » travaille dans la cure, tant chez le patient que chez l'analyste, réactualisant l'indicible et la spécificité asymptotique de la cure analytique ? En mobilisant les auto-érotismes infantiles à côté des failles représentatives de l'analyste, l'actualisation du perceptif et de l'agir met en tension ce qui relève de l'originare. Donc ce qui relève du travail de symbolisation.

Jean Bergeret ouvre une véritable clinique de la réaction thérapeutique négative, Christine Jean-Strochlic en souligne l'inscription dans les travaux post freudiens et contemporains et Alain Ksensée questionne le démoniaque de la compulsion de répétition et son saisissement, tant théorique, qui reste en discussion à travers le concept de pulsion de mort, que clinique, à travers les problématiques narcissiques. Nous retrouvons les questionnements de Freud dans *L'Analyse avec fin et l'analyse sans fin*.

Je les remercie vivement d'avoir enrichi une discussion qui touche à notre clinique d'aujourd'hui.

27 février 2004

La réaction thérapeutique négative et la trace

Auteur(s) : Danielle Kaswin-Bonnefond

Mots clés : compulsion (de répétition) - contre transfert négatif - désinvestissement - douleur psychique - pulsion de mort - réaction thérapeutique négative - trace (mnésique) - trace (traumatique)

Propositions...

La réaction thérapeutique négative, expression clinique de la compulsion de répétition, conduit Freud à « *inventer la pulsion de mort* ». Le concept de pulsion de mort met au travail ce paradoxe d'un originaire que qualifie une dualité pulsionnelle déjà là. Mais en même temps, la pulsion appartient au champ processuel de la création de l'appareil psychique.

En 1937, dans « *Analyse finie et analyse sans fin* » ainsi que dans « *Construction dans l'analyse* », Freud met cette résistance au travail analytique en lien avec la culpabilité inconsciente. La réaction thérapeutique négative devient expression de la pulsion de mort. Elle résulterait d'un mixage des forces moïques masochistes et surmoïques sadiques.

La pulsion de mort dont l'élaboration théorique recouvre la nécessité de rendre compte de ce fait clinique qu'est la réaction thérapeutique négative, devient par inférence conceptuelle la cause même de cette réaction thérapeutique négative. Serait-elle une conséquence du passage trop direct postulé par Freud de la

compulsion de répétition à la pulsion de mort ?

Peut-on disjoindre le parcours personnel du parcours théorique dès lors que le travail sur cette autre scène que génère l'espace analytique croise et entrecroise les différents registres intrapsychique, inter psychique, inter analytique et leurs multiples mouvements transférentiels et contre transférentiels.

Peut-on questionner le concept de pulsion de mort sans en repenser soi-même la genèse, reprendre des trajets, réinvestir des traces ?

La théorisation de la pulsion de mort par Freud a été interprétée comme un travail élaboratif de positions contre transférentielles négatives non transférables sur l'analyste qu'il n'avait pas. Cette réflexion ouvre le champ des échanges inter analytiques et le nécessaire recours à un autre analyste pour un travail du contre-transfert devenu exigence éthique.

Il est incontestable qu'il est difficile de distinguer l'intrication et la désintrication des mouvements transféro-contretransférentiels de la problématique de la transmissibilité de l'analyse. Le processus analytique s'origine avec « *l'appropriation subjective de la méthode* » à travers l'entendement du travail d'auto-analyse que Jean Luc Donnet présente comme « *l'indéfini du processus analytique chez l'analyste* ».

La création de la pulsion de mort peut se comprendre comme une forme d'expulsion de la destructivité hors du cadre analytique, mais elle se soutient également de sa reprise dans la constitution du psychisme et donc du processus lui-même. Le traitement de cette destructivité intègre aujourd'hui l'approche interprétative

du contre-transfert. L'élaboration concerne la destructivité et ses intrications, et se présente dans la continuité des recherches concernant le travail du négatif.

Le changement fondamental de la conception du fonctionnement psychique avec la deuxième topique, dont on retrouve les prémices dans les écrits antérieurs à 1920, fait apparaître la notion d'une processualité pulsionnelle toujours en mouvement où l'inconscient n'est plus présenté comme une entité organisatrice du psychisme mais acquiert le statut de qualité psychique qui concerne toutes les instances à des degrés divers. Le Moi et le Surmoi plongent leurs racines dans le Ça, miscellanées pulsionnelles « *émanées de l'organisation somatique et qui trouvent dans le Ça sous des formes qui nous restent inconnues, un premier mode d'expression psychique* ». Rien n'est acquis, tout est en devenir : l'appareil à penser les pensées reste à construire, le processus pulsionnel lui-même dans ses valences de vie et de mort est à inventer. Et l'objet y joue un rôle primordial.

Le refoulement qui façonnait l'appareil psychique sous l'égide d'une fonctionnalité représentative conservatrice est supplanté par des défenses concernant la destructivité. La remémoration, qui devait lever l'amnésie infantile et les symptômes, laisse la place à un processus dynamique de construction, de création. La nouvelle topologie que Freud propose introduit une perspective dynamique et processuelle. La construction d'un appareil psychique à partir d'un vécu élaboré au contact de l'autre se complexifie. Elle fait intervenir des forces dont l'organisation en motions pulsionnelles relève de rencontres ou encore d'expériences qui laisseront des traces de satisfaction et/ou de douleur, forces et mouvements en perpétuels réaménagements.

Comment penser cette désorganisation des forces psychiques qui conduit à la réaction thérapeutique négative ? Dans cette répétition, quelle figuration donner à l'impensable, à l'inconnaissable, à la destructivité, à la mort ?

- Les expériences de satisfaction laissent des traces dont le réinvestissement induit au sein du psychisme une rencontre qui sollicite le déploiement de la potentialité hallucinatoire. L'échec de la satisfaction hallucinatoire est à la source même de la constitution du désir à la recherche de l'objet susceptible d'engendrer la satisfaction. La rencontre me semble pouvoir être représentée par l'entité « *objet-zone complémentaire* » telle que la conçoit Piera Aulagnier, représentation qui possède déjà cette qualité topique d'intrapsychique et d'inter psychique, à la fois interne à tonalité d'auto-engendrement mais aussi radicalement dépendante d'un étayage externe donnant toute son importance à l'objet et à son environnement. Mais surtout la rencontre ne peut se concevoir en dehors d'autres rencontres, ayant déjà eu lieu ou à venir.
- Lorsque c'est la douleur qui envahit ces différents champs de l'inter et de l'intrapsychique, les mouvements d'investissement tentent de s'y opposer ou de l'éviter. La potentialité générative relevant du précipité des expériences avec l'objet se renverse en un recours massif indifférencié au désinvestissement. Dès lors dans ces moments de décharge menaçant l'intégrité du sujet en devenir, la désorganisation creuse le lit d'une auto-destructivité interne. Ces forces destructrices entravent

l'organisation des auto-érotismes secondaires, processus essentiel pour l'avènement de l'altérité et donc du sujet. Le dispositif pulsionnel n'est pas là d'emblée, mais sa fonctionnalité est déterminante pour la constitution du psychisme et générative de sa structuration. Elle a cette spécificité du vivant d'être toujours à inventer et en devenir, dans l'intrication-désintrication des mouvements d'investissement et de désinvestissement de circuits potentiels.

Qu'en est-il alors de ces situations où l'appareil psychique semble refuser les mouvements de réorganisation et d'élaboration internes ? Avec la notion de position phobique centrale, André Green nous permet une certaine compréhension d'un mécanisme qui consiste à éviter au prix d'une mutilation psychique le retour d'une douleur innommable dans la réactivation de ces traces-motions dont il faut détruire non seulement la potentialité mais la virtualité même. La position phobique centrale et la destructivité qui s'y attache sont immanentes et relèvent tout à la fois des participants de la rencontre à leurs multiples niveaux : l'analysant, l'analyste, le principe qu'ils représentent ensemble et chacun d'eux avec leurs objets psychiques mais relèvent également des processus mêmes de leur constitution. Rencontre d'une butée qui serait l'annulation de la destructivité et de la douleur, ou de tout ce qui pourrait y renvoyer. Ma proposition : La réaction thérapeutique négative, expression d'une butée du travail analytique pourrait être entendue comme manifestation paradigmatique du processus analytique, expression manifeste de forces négatives à l'œuvre, tant au niveau du transfert, du contre-transfert que de l'inter-transfert. Élément de la clinique psychanalytique, elle devient également opérateur théorique

comme la résistance qui d'obstacle est devenue outil essentiel. Apparaissant à la suite d'une amélioration clinique ou encore appartenant aux mouvements de fin de cure, la réaction thérapeutique négative serait l'expression de la réactivation de mouvements internes de désinvestissement sur le modèle de l'évitement de la douleur lorsqu'elle s'associe à une menace de désorganisation psychique ou somatique : l'absence d'investissement du sujet par l'objet primaire se combine à l'absence d'auto-investissement du moi pour lui-même. Les traces investies alors pourraient-elles être celles de la désorganisation elle-même ?

Mise en acte du transfert, symptôme adressé à l'analyste, la réaction thérapeutique négative peut alors être ressaisie comme déplacement de la destructivité du côté de l'analyste et mobilise ses propres traces traumatiques qu'il lui faut remettre au travail.

Bibliographie

Aulagnier P. - *Un interprète en quête de sens*, Paris, Payot 1991, 425 p.

Donnet J.-L. - *Le divan bien tempéré*. Paris, Presses Universitaires de France 1995, 308p.

Freud S. - *Abrégé de psychanalyse*, Puf, 1978.

Freud S. - *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot 1972

Freud S. - *Résultats, idées, problèmes : t.2 : 1921-1938* Paris, Puf, 1985, 298 p.

Guillaumin, J. (dir.) - *L'invention de la pulsion de mort*, Paris, Dunod 2000, 200 p.

Green A. - *La position phobique centrale : avec un modèle de l'association libre*,

Revue française de Psychanalyse, 2000, vol. 64, n° 3, pp. 743-771.

Potamianou A. *Le traumatique, répétition et élaboration*. Collections Psychismes, Dunod éditeur. 2001. 164 pages.

Résumé

En interprétant la conceptualisation par Freud de la pulsion de mort à partir de la constatation clinique de la réaction thérapeutique négative comme une expulsion de la destructivité et de la négativité hors de l'analyse, l'auteur envisage que la RTN puisse être un outil au même titre que la résistance névrotique, passage à l'acte transférentiel qui doit être entendu comme un retour de la destructivité dans le cadre de l'analyse, dans une tentative d'évitement d'une douleur innommable, que ferait craindre l'amélioration clinique avec son risque de réinvestissement de traces traumatiques.