

L'acte du psychanalyste au service de la subjectivation

Auteur(s) : Bernard Penot

Mots clés : acte (d'interpréter) - contre-transfert - désir (de l'analyste) - interprétation (comme acte) - processus (psychanalytique) - savoir (supposé -) - subjectivation - transfert

Nous avons aujourd'hui plus que jamais à définir *notre acte de psychanalyste*, de manière à mieux le spécifier par rapport à toutes les autres activités psychothérapeutiques. Encore faut-il pour cela commencer par bien reconnaître *l'implication active* de l'analyste dans la pratique des traitements qu'il assure.

Ainsi au Congrès des Psychanalystes de Langue Française qui s'est tenu en Mai 2002 à Bruxelles sur « Les transformations psychiques », d'éminents collègues Belges ont voulu mettre l'accent sur la dimension d'acte de leur travail ordinaire de psychanalyste (Godfrind-Haber, 2002) - *acte de parole* surtout, bien sûr, car c'est bien poser un acte que de choisir de parler plutôt que de se taire ! - mais auquel peuvent s'associer des agirs comportementaux plus ou moins discrets, voire des actes manqués, lesquels seront alors précieux à saisir comme indicateurs de ce qui peut inconsciemment se jouer avec tel ou tel patient difficile.

L'acte psychanalytique

Dans le contexte historique des bouleversements de Mai 1968 (il y a déjà presque un demi siècle !) Jacques Lacan a choisi d'intituler

son séminaire « L'acte psychanalytique ». Il y constate d'abord combien cette dimension d'acte du travail de l'analyste demeure largement méconnue : « *Sa vérité [d'acte] est restée voilée* », remarque-t-il. Il pense même être le premier à en parler explicitement. Car de fait, dans le mouvement psychanalytique après Freud, le fameux voile de *la neutralité* est venu largement occulter l'implication active du psychanalyste dans le processus des cures (sauf que Freud lui-même n'utilise pas ce terme). Cela s'est tout d'abord concrétisé par le rejet, dans les années trente, des conceptions *inter actives* de Ferenczi (dont s'inspire largement aujourd'hui le courant *intersubjectiviste* américain) ; depuis lors, la plupart des psychanalystes ont eu tendance à éviter de reconnaître la dimension d'acte de leur pratique, comme s'ils éprouvaient une difficulté d'ordre *éthique* à assumer une telle implication active.

Freud n'avait pourtant pas éludé cette dimension d'acte thérapeutique. On peut notamment remarquer la tonalité activiste de l'ensemble de ses Ecrits techniques (1910-1919) précisant les attitudes qu'il recommande de la part celui qu'il continue du reste d'appeler « le médecin ». Mais surtout, dans « Observations sur l'amour de transfert » (1915) Freud insiste sur l'impératif pour le psychanalyste de ne pas manquer de se servir de l'amour de transfert. A la condition de s'abstenir d'y répondre en actes, il peut faire en sorte que ce transfert amoureux se mette au service de l'analyse, alors même que cela semble contrevenir aux règles d'Hippocrate (qui enjoignent comme on sait au médecin d'éviter tout lien d'amour avec son patient).[1]

Freud défend ici clairement une éthique du psychanalyste qui se différencierait de celle traditionnelle du *médecin*. Nous avons

encore aujourd'hui à mieux spécifier cette action propre au psychanalyste, de manière à la différencier, non seulement donc de la pratique médicale, mais aussi de celle du *maître* qui prescrit et suggestionne... de celle de l'*éducateur* forcément moralisante et normative... du *professeur* cherchant à inculquer un savoir déjà établi. On sait que Freud aimait comparer la psychanalyse à ces différents métiers qu'il qualifiait d'« impossibles ».

Dans son séminaire de 1968, Lacan déclare que le propre de l'acte psychanalytique est de « *révolutionner* » quelque chose. Il entend certes rapprocher ainsi la pratique analytique de l'activité contestataire déchaînée cette même année. De cette dernière, il propose l'analyse suivante : la révolte étudiante, dit-il, tend à dénoncer quelque chose « *demeuré occulté dans la bulle du savoir universitaire* ». Il pense que l'enjeu serait de dévoiler les effets que ne manque pas d'avoir le progrès scientifique au registre de la réalité économique, à savoir une exploitation (capitaliste) de plus en plus rigoureuse et *déssubjectivante*. [2]

De cela, l'Université se serait longtemps faite la couverture complaisante et silencieuse, maintenant là-dessus une véritable *communauté de déni* - laquelle se trouverait dénoncée par le « *retour dans le réel* » des barricades et des pavés...

Quelque chose d'occulté qui ferait ainsi *retour* sur la scène de l'actualité concrète, c'est la définition même du phénomène du *transfert* tel qu'il vient se manifester dans une cure psychanalytique : un surgissement dans l'actuel, une prise en masse aveuglante, certes, mais qui contient en même temps les données permettant de reconnaître sa vérité méconnue. En somme, si l'acte psychanalytique est à même de « *révolutionner* » quelque chose, c'est qu'il peut, en se servant de l'actualisation du

transfert, « *mordre sur le réel* » de l'existence et en permettre une meilleure *subjectivation* – nous reviendrons pour finir sur ce terme clé.

L'ouverture du savoir psychanalytique

Précisons d'abord quelles seraient les *dispositions* particulières permettant à l'analyste d'engager et de mener à bien cette révolution subjective. L'histoire des sciences nous montre régulièrement qu'un savoir, une fois constitué, tend à 'oublier' la démarche subjective de son(s) découvreur(s). Pourtant, la physique contemporaine en est venue à prendre de plus en plus en compte l'incidence *du dispositif d'observation* sur l'observé – autrement dit, *le caractère participatif* de sa découverte. C'est à plus forte raison le cas des sciences dites humaines, et bien sûr de l'observation psychanalytique dont les avancées tiennent constamment aux dispositions subjectives favorables de ceux qui les mettent en œuvre.

On peut considérer que l'œuvre de Freud consiste essentiellement à poser les bases d'une approche scientifique d'un objet subjectif – celui-là même qu'il continue d'appeler la « *vie d'âme* » (*Seelenleben*) alors même qu'il ne lui conçoit rien de surnaturel. C'est avant tout à partir des perturbations de cette vie d'âme qu'il cherche à élucider les conditions de son développement et les règles naturelles de son fonctionnement. Il a choisi le dispositif divan-fauteuil pour supporter la démarche d'analyse, en mettant à profit des dispositions subjectives particulières de l'analyste.

Car s'il est vrai qu'on n'observe que ce que l'on cherche, il

importe d'examiner les « *postulats* » qui supportent toute entreprise psychanalytique (Canestri, 2004). Ce qu'on peut appeler *le désir de l'analyste* précède bel et bien ce que Freud désigne comme le *contre-transfert* que le même analyste pourra éprouver vis-à-vis de chaque patient. Ce qu'il faut entendre par *désir de l'analyste*, c'est bien sûr son *désir d'analyse*, c'est-à-dire ce qu'il attend a priori de sa pratique. Cette disposition subjective de l'analyste constitue *l'offre* qu'il propose plus ou moins consciemment à l'investissement de son patient - et qui va peu ou prou favoriser le transfert de celui-ci.

Ce caractère déterminant des dispositions subjectives de l'analyste au départ de chaque cure n'est pas sans rappeler ce qui se joue au départ de l'existence de chaque être humain : *l'attente* des parents, leurs *dispositions désirantes* vont déterminer pour une part la possibilité du bébé de se constituer comme « *sujet nouveau* » (Freud, 1915). Là aussi, en effet, les *postulats* d'attente des parents, leur façon d'anticiper leur bébé en le *supposant sujet*, conditionnent au départ le développement subjectif de celui-ci. (Penot, 2001).

Concernant donc *les dispositions* qui seraient à même de favoriser le processus analytique, on peut généralement dégager, au-delà des particularités propres à chaque psychanalyste, les trois *attendus* suivants :

1 - Il y a d'abord l'idée que chaque nouvelle cure psychanalytique serait supposée apporter à l'un et à l'autre protagoniste *un plus de savoir* (Lacan reprend même là-dessus la notion marxiste de *plus-value*) ; on peut du reste régulièrement constater (dans les mémoires cliniques notamment) qu'une cure ne saurait réussir pour un patient sans que l'analyste n'y ait lui-même appris et

acquis quelque chose.

2 - Cette attente d'un gain de savoir implique que l'analyste considère tout savoir constitué comme *structurellement déficient*. N'est-ce pas le propre de la démarche de tout chercheur que de supposer *l'incomplétude* du savoir antérieurement acquis ? l'infirmité structurelle de tout système signifiant constitué ?[3]

Une condition de base d'une démarche scientifique expérimentale est de s'affranchir de tout *dogmatisme* en forme de *suffisance*, à plus forte raison de tout *intégrisme* ; et la recherche psychanalytique ne peut être scientifique qu'à cette condition.

3 -Il en résulte que la dynamique processuelle d'une cure ne sera pas tant entretenue et relancée par *les explications* que peut fournir l'analyste à partir de son savoir déjà acquis, mais va bien plutôt dépendre de l'aptitude de celui-ci à maintenir *l'ouverture de son désir d'analyse* - autrement dit sa quête *d'un savoir inédit* sur le patient, sur lui-même, et sur le monde...[4]

De là sans doute les effets souvent surprenants des cures d'analystes débutants...

Entretenir la dynamique du processus

Mais à partir de ses dispositions particulières d'*ouverture* qu'il offre au départ de chaque cure, le psychanalyste ne pourra favoriser le processus transformateur, révolutionnant, de celle-ci que pour autant qu'il saura se maintenir dans une position qui ne laisse pas d'être ambiguë

A/ Au départ, en effet, c'est par le fait de se prêter « *supposé-savoir* » aux yeux du patient qu'il favorise l'amorce du processus. Sa posture de *grand-Autre-qui-se-tait* (sans se croire tel bien sûr !) tend à susciter l'indispensable *transfert* du patient, tout en laissant celui-ci 'choisir' sa forme particulière : transfert positif, négatif, agressif, érotique, dépendant, régressif, etc.

B/ Mais une fois le *transfert* instauré, et quelque en soit la nature, le psychanalyste va avoir pour tâche de graduellement l'explicitier de manière à le rendre saisissable par le patient. La parole interprétative a pour fonction d'élucider (c'est à dire plus ou moins *dénoncer*) le malentendu transférentiel - d'abord perçu par Freud comme « *fausse liaison* » anachronique - mais sans manquer ce faisant de tirer parti de la précieuse valeur indicative qu'elle contient.

Aussi peut-on dire que l'activité du psychanalyste repose sur un certain *porte-à-faux*, nécessaire pour entretenir la dynamique du *processus* de la cure. Freud (1906) a joliment illustré cela au travers de la pièce de Jensen, la *Gradiva* (celle qui marche) : c'est en effet un déséquilibre qui conditionne l'aptitude à progresser. L'art de notre métier « impossible » relève donc d'une aptitude à manier au mieux une sorte de *décalage* qui en conditionne la dynamique.

Lacan a certainement raison d'affirmer que l'acte du psychanalyste consiste avant tout à « *supporter le transfert* » ; c'est-à-dire pas seulement le subir ou l'endurer, mais de s'en faire *le supporter* ! La première tâche dans chaque cure est de bien recevoir et d'accueillir le transfert particulier que le patient a besoin d'effectuer, surtout si ce transfert est 'négatif'. Car c'est par le fait de se prêter à être *objet de transfert* du patient que

l'analyste pourra être instruit de ce qu'il s'agit pour lui d'analyser. Il est clair, en effet, que tout « *supposé savoir* » qu'il puisse s'être donné à croire, l'analyste ignore au départ quel objet de jouissance inconsciente il aura à incarner pour l'analysant (que penser, en effet, d'un analyste qui prétendrait savoir ce que son patient ne lui a pas encore appris ?). C'est précisément l'expérience du transfert qui va l'informer, de sorte que l'éprouvé transférentiel restera toujours sa boussole, d'un bout à l'autre de l'aventure.

L'interprétation du psychanalyste comme « *démenti* »

Lacan en vient à dire (séance du 18 Juin 1968) : « *par son acte, le psychanalyste a pour fonction de présentifier dans la cure un démenti* ». On voit pourtant que l'action première de l'analyste, celle de *supporter le transfert*, revient surtout à instaurer une complicité silencieuse ; et que c'est seulement la levée de cette complaisance, le moment venu, qui apportera un démenti (pour autant que dé-mentir c'est littéralement lever un mensonge !). L'actualisation réalisée par le transfert n'apporte, en effet, par elle-même aucun démenti ; elle confirme bien plutôt le *symptôme*, porteur de ce qu'il y a lieu d'analyser. Notamment ce que Freud a désigné comme « *névrose de transfert* ». Aussi a-t-il d'abord considéré le transfert comme *résistance* : une prise en masse symptomatique *a priori* opaque qui ne pourra s'élucider que dans la mesure où sa charge significative aura pu être explicitée, symbolisée et rendue saisissable par le patient. Le démenti qu'apporte l'intervention du psychanalyste ne tient donc qu'au deuxième temps de son acte : celui de l'élucidation du transfert-

symptôme, amenant la levée de la complicité silencieuse jusque-là maintenue. Lacan le laisse entendre en disant qu'il s'agit de « *jouer sur quelque chose que votre acte va démentir* ».

Il apporte surtout cette précision que cela va consister à « *faire passer quelque chose de la jouissance à la parole* ». Démentir le transfert, en effet, c'est tenter de passer de la compulsion agie répétitive à l'intérêt de la saisir en mots. C'est donc une opération qui implique de la part du patient un renoncement à la satisfaction directe de son symptôme, afin d'accéder au bénéfice de saisir à la fois son *anachronisme* (fausse liaison attributive en forme de *méprise*) ET sa *précieuse charge de vérité* concernant sa genèse personnelle.

L'action de l'analyste pour favoriser une telle opération va dépendre de son aptitude à jouer entre deux écueils, ou plutôt à *surfer* entre deux chutes qui seraient chacune fatale au processus.

1 - Interpréter en effet (démentir) trop vite, sans avoir suffisamment accueilli et supporté le transfert, ne peut être perçu par le patient que comme une *fin de non recevoir* (je ne suis pas celui que vous croyez !) - c'est-à-dire un rejet par l'analyste du *bien fondé du transfert*. De sorte que le patient sera incité à *rejeter* lui aussi cette donnée comme non pertinente pour son élaboration subjective personnelle.

2 - A l'inverse, ne pas interpréter, et s'en tenir à endosser le transfert sous prétexte de s'en servir psycho-thérapeutiquement, revient à entretenir indéfiniment *la mystification* du patient. La passivité complaisante de l'analyste cautionne alors le transfert en faisant perdurer la *communauté du déni*. Winnicott expliquait (1962) joliment, à sa manière, la nécessité pour lui comme

analyste de donner des interprétations : « *si je n'en fais aucune, le patient a l'impression que je comprends tout* » !...

Il faut dire qu'à cet égard, divers témoignages permettent, hélas, de nous rendre compte que la pratique particulière de Lacan n'a pas toujours servi la finalité démystifiante de son acte psychanalytique. L'impératif proclamé à Rome, en 1953, de respecter les *signifiants* propres au patient, l'a conduit à s'abstenir de proposer à celui-ci toute verbalisation du transfert (dans les termes de l'analyste). Il se contentera désormais de « *scander* » le discours du patient (par des onomatopées, ou par l'arrêt de la séance) pour « *faire coupure* » de façon significative. L'inconvénient en a bien souvent été que le transfert sur sa personne n'a jamais été ...*démenti*, mais seulement canalisé vers l'appartenance institutionnelle à l'École...

L'action du psychanalyste, au-delà de *supporter le transfert*, doit aider le patient à en acquérir une saisie subjective qui lui permette un plus d'existence. En cela la psychanalyse constitue une entreprise de *démystification*, ce par quoi elle s'apparente à une démarche scientifique, comme le voulait Freud. On peut donc regretter que la démarche heuristique de Lacan en soit venue à se perdre dans une pratique évitant l'explicitation et, partant, la subjectivation du transfert. Elle aura tout de même fortement contribué à nous aider aujourd'hui à mieux saisir l'objet par excellence de la psychanalyse : le processus de subjectivation.

La subjectivation, un objet naturel

complexe

Ce terme de *subjectivation* est un néologisme qu'on voit apparaître pour la première fois sous la plume des surréalistes. André Breton l'emploie en premier lieu dans son récit autobiographique « Nadja » (1928). Et Lacan s'étant personnellement associé au mouvement surréaliste sera le premier psychanalyste à faire usage de ce terme dans ses écrits d'après guerre. Ainsi dans « L'agressivité en psychanalyse » parle-t-il de « *subjectiver sa mort* » (1948, Xème Congrès des Psychanalystes de Langue Française à Bruxelles) ; et plus tard, du « *drame de la subjectivation de son sexe* »... Mais après avoir eu le mérite d'introduire cette notion nouvelle dans le champ de la psychanalyse, il va lui tourner le dos dans les années 1960, préférant se rallier – sous la forte influence de Levy Strauss – à des approches plus objectivantes (se voulant plus « scientifiques » ?) du *sujet* – comme l'anthropologie structurale et la linguistique...

On peut pourtant considérer aujourd'hui *le processus de subjectivation* comme constituant l'objet par excellence de la démarche psychanalytique. Encore faut-il pour cela bien voir qu'il forme ce qu'on peut aujourd'hui appeler un *objet naturel complexe*. On sait que Freud aimait référer sa démarche scientifique à celle de la physique contemporaine, en raison notamment de la capacité de cette dernière à remettre en question ses propres postulats au fur et à mesure des nouvelles données de l'expérience (il assistait aux débuts de la physique quantique). Or les développements de la physique ont permis de spécifier aujourd'hui des *objets naturels complexes* qui se caractérisent comme tels par le fait qu'un seul dispositif expérimental ne peut permettre de reproduire l'ensemble de leurs

propriétés ; et du même coup, qu'une seule théorie ne peut suffire à rendre compte de leur totalité... On sait que le premier objet de ce type fut historiquement la lumière, avec sa double nature ondulatoire et corpusculaire...

Considérer la subjectivation comme un *objet naturel complexe* nous encourage à prolonger la démarche de Freud dans le sens d'une approche méthodologique conséquente de ce qu'il tenait à appeler, un peu malicieusement sans doute, « *la vie d'âme* » (*Seelenleben*), tout en affirmant en même temps sa conviction que la psychanalyse avait à prendre sa place parmi les sciences de la nature ! Se déclarer freudien aujourd'hui implique donc, d'un côté, qu'on s'abstienne résolument de *botter en touche* du côté de l'ineffable, du 'spirituel' (ce fut la grande divergence avec Jung) en décrétant *méta-physique* ce qui échappe à nos prévisions ; et d'autre part, qu'on rejette non moins résolument le faux semblant d'une pseudo scientificité formelle comme celle du DSM 4 ou 5 (comme si atomiser la multitude des données symptomatiques en déniait leur valeur *d'indice* pouvait conférer quelque objectivité scientifique !)... Le fameux proverbe chinois - quand le doigt montre la Lune, l'imbécile regarde le doigt - trouverait bien plutôt ici une illustration...

La démarche psychanalytique se propose bien plutôt comme un dispositif conséquent pour mieux saisir cet objet naturel complexe qu'est la vie subjective. Mais il ne faut pas manquer de voir que l'acte de subjectiver constitue en lui-même quelque chose de complexe et de paradoxal. Dire qu'on subjective quelque chose évoque certes l'idée qu'on *se l'approprie* en personne propre ; c'est le versant qu'on peut dire *actif* de l'opération, celui qui contribue à *l'étoffage du Moi* au sens où l'entend Freud dans La

Négation (1925) : « *cela je veux l'introduire en moi* », ne pas l'exclure de moi.

Mais progresser dans l'aptitude à subjectiver comporte simultanément un autre versant, celui qui ne manque pas d'apparaître dès lors qu'un analysant avance au fil de ses séances : c'est la capacité de mieux *se reconnaître assujetti*, et d'accepter d'assumer une certaine *passivation*. On ne cesse de vérifier au long d'une cure, et la vie durant, que si subjectiver consiste à faire son affaire des données de son histoire (se les approprier), cela revient en même temps à accepter d'y être soumis, *d'y être assujetti*.

C'est pourquoi on voit la subjectivation progresser dans le processus d'une cure en fonction de l'aptitude accrue du patient à *la passivation* : notamment celle de se reconnaître *assujetti aux significances* qui surgissent lorsqu'on laisse libre cours à l'association. Il s'agit en somme de *se laisser faire sujet* de son propre discours inconscient, tel qu'il peut être entrevu au travers de la langue des rêves, de la formation des symptômes, et bien sûr du *transfert* sur l'analyste. On voit que la subjectivation se saurait se réduire au classique étoffage du moi.

Le terme de *passivation* est ici fort utile en ce qu'il se différencie de la simple *passivité*, et permet de désigner la recherche active d'une satisfaction passive. Il rend compte de ce temps crucial de *renversement* subjectivant que Freud met en évidence dans « Pulsions et Destins de Pulsions » (1915). Chaque fois qu'il veut décrire le temps où un couple pulsionnel cherche à se satisfaire sur le mode passif, Freud fait apparaître le terme de *sujet* (*subjekt*) - « *un sujet nouveau* ». Il rend alors compte de cette passivation subjectivante par l'expression « *se faire* » : se faire

voir, se faire prendre - qui correspond à ce qu'il est convenu d'appeler *la position féminine* (dans les deux sexes), à différencier bien sûr de la simple passivité (Green, 1980).

Encore faut-il qu'une telle passivation puisse être *mutuelle* : celle du patient devant être favorisée par celle dont l'analyste se montre lui-même capable. C'est d'ailleurs l'occasion de rappeler que l'un comme l'autre se trouvent soumis au *cadre* de la cure...

Peut se boucler par là notre propos de mieux spécifier l'action propre du psychanalyste.

Conférence du 10 janvier 2018

Notes

[1] Freud dit notamment ceci : « Inviter à la répression pulsionnelle, au renoncement et à la sublimation, dès que la patiente a confessé son transfert d'amour, serait agir non pas analytiquement mais stupidement. Il n'en irait pas autrement si l'on voulait, par d'artificieuses conjurations, contraindre un esprit à sortir du monde souterrain, pour le renvoyer ensuite sous terre sans l'avoir interrogé. On n'aurait fait alors qu'appeler le refoulé à la conscience pour le refouler de nouveau avec effroi. » (p. 204).

[2] On peut aujourd'hui percevoir quelque chose de similaire dans les effets de la *mondialisation* !

[3] Voir l'ouvrage fort éclairant de Guy Le GAUFÉY, *L'incomplétude du symbolique*, édit. E.P.E.L. 1991.

[4] Dans « Les résistances contre la psychanalyse » (1924) Freud envisage ainsi la question du *nouveau*.

Bibliographie

CANESTRI G., 2004, « Le processus psychanalytique », in *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5 (spécial congrès) 2004, PUF Paris - p. 1495.

FREUD S. 1914, « L'homme aux Loups », *Œuvres Complètes*, vol. XIII, p.82.

FREUD S. 1915, « Observations sur l'amour de transfert », *La technique psychanalytique*, P.U.F, p. 116.

FREUD S. 1915, « Pulsions et destins », *Œuvres complètes*, vol. XIII, p.172.

FREUD S. 1925, « La Négation », *Œuvres Complètes*, vol. XVII, p.168.

FREUD S. 1937, « Constructions dans l'analyse », *Œuvres Complètes*, vol. XX, p.57.

GODFRIND J. et HABER M, 2002, « L'expérience agie partagée », in *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5 (spécial congrès) 2002, PUF Paris - p. 1417.

GREEN A. 1980, « Passions et destins des passions », in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°21, repris dans *La folie privée*, édit. Gallimard, p.186.

LACAN J. « L'acte psychanalytique », séminaire de Juin 1968.

LACAN J. 1969-70 « L'envers de la psychanalyse » dit « *Les quatre discours* ».

PENOT B. 1989, *Figures du déni - en deçà du négatif*, épuisé Dunod, réédité chez Erès, 2003.

PENOT B. 2001, *La passion du sujet freudien*, éditions Erès, Toulouse.

PETRELLA F. 2004, « Procéder en psychanalyse. Images, modèles et mythes du processus », in *Revue Française de Psychanalyse*, n° 5 (spécial congrès) 2004, PUF Paris, p.1555.

WINNICOTT D. 1962, "The aims of psychoanalytical treatment", in *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, London, Hogarth Press (p. 167).

Résumé

Reconnaître le rôle actif du psychanalyste dans le processus de la cure est nécessaire pour définir la spécificité de l'acte psychanalytique - ce en quoi il se différencie des autres abords psychothérapeutiques. Il importe de bien considérer l'ouverture particulière créée au départ par les dispositions du psychanalyste, son offre à transférer ; et puis dans le cours de la cure, la façon dont il lui faut jouer entre, d'une part, l'impératif de supporter le transfert dans un parti pris de réceptivité et, d'autre part, la nécessité de l'interpréter pour le rendre saisissable, subjectivable par le patient.

Dépression et différence des sexes

Auteur(s) : Jacqueline Schaeffer

Mots clés : angoisse (de perte) - dépendance - dépression/dépresseurs - dépressions (du milieu de la vie) - féminin - perte - perte (objectale) - perte narcissique - sexes (différence des -)

Il y a deux fois plus de femmes dépressives que d'hommes disait-on récemment à la télévision. Alors pourquoi ?

C'est cette différence des sexes que j'interroge dans mon travail depuis de nombreuses années.

Freud, en 1937, à la fin de sa vie, désigne comme une énigme, comme un roc sur lequel se brisent les efforts de la psychanalyse, le refus du féminin. C'est le titre que j'ai choisi pour mon livre.

Pourquoi le féminin ? Je dirai : parce que le féminin c'est ce qui pose problème à la différence des sexes. Parce que le sexe féminin est ce qui est le plus difficile à cadrer dans une logique anale ou phallique. Un sexe invisible, secret, étranger et donc porteur de tous les fantasmes dangereux. Parce qu'il renvoie, aux hommes comme à beaucoup de femmes, une image de sexe châtré, qui demande à être élaborée dans le sens de la découverte de l'altérité de l'autre sexe.

Donc je pense pour ma part que ce que Freud désigne comme roc, c'est celui de la différence des sexes.

Il faut savoir, pour commencer, que depuis la nuit des temps, les scientifiques, chercheurs, philosophes et autres penseurs ont étudié les phénomènes de l'humain, de la pensée et du social sans tenir compte de la différence des sexes. Celle-ci, par exemple, n'a jamais été un objet officiel de la philosophie. De surcroît, jusqu'au 19^e siècle, les femmes ont été exclues des domaines du savoir.

Je dirai que, même en psychanalyse, beaucoup d'entités structurelles ou psychopathologiques ne sont pas examinées théoriquement en fonction de cette différence, même si l'approche clinique en tient compte. Dans une hystérie, une névrose obsessionnelle, par exemple, on sait que les manifestations et la gravité varient en fonction de cette différence des sexes.

À plus forte raison lorsqu'on parle des structures borderline, personnalités narcissiques et autres. Et pourtant, même si la

différence des sexes est fonction de l'organisation névrotique liée au conflit oedipien, cela n'exclut pas le fait que ces configurations dites non névrotiques ou dont la frange névrotique est faible, ne se présentent pas de la même manière selon qu'on est garçon ou fille, homme ou femme.

La dépression, qui est une souffrance à prévalence narcissique en est un exemple, et beaucoup des ouvrages que j'ai consultés n'insistent pas sur cette différence, que je tenterai d'aborder avec vous ce soir. On parle de la dépression du bébé, de l'enfant, de l'adolescent, du vieillard, du post-partum. Rarement de la dépression de la femme différenciée de celle de l'homme.

Ce que je vais en dire est à entendre comme une prévalence et non pas une radicalité, car on peut trouver des formes féminines de dépression chez bien des hommes, lorsque leur défense phallique est effondrée. Tous sexes confondus, l'abandon de la défense qu'est le refus du féminin peut les faire échouer sur une même rive.

Il m'advient de parler le plus souvent de l'état dépressif, celui qu'on appelle « la déprime », et qu'il convient de différencier de la dépression, qui en est la forme pathologique. Je pense que l'état dépressif est de moins en moins toléré par la société actuelle, qui force vers un idéal de bonheur, d'accomplissement individuel, et accentue le narcissisme et l'Idéal du Moi au détriment du Surmoi. Les sentiments de honte l'emportent sur ceux de culpabilité. L'intolérance aux états dépressifs conduit hélas à une surconsommation d'antidépresseurs, qui ne font qu'amputer les sujets du recours à leurs propres ressources psychiques.

L'état dépressif nous amène à parler de la perte, de la perte

d'objet, de l'objet de la perte. Et de la situation de dépendance.

Je dirai que la forme de dépendance, le sens de la perte, l'objet de la perte, l'atteinte objectale ou narcissique, l'expression de la douleur ou de la souffrance ont souvent des manifestations différentes d'un sexe à l'autre.

La situation de dépendance

Elle est inscrite constitutivement, peut-on dire, dans la néoténie du petit être humain, c'est à dire sa naissance prématurée, là où s'enracinent les expériences primaires de détresse et de satisfaction. Tout développement psychique tend à éloigner le sujet de cette dépendance.

Quelles sont les ressources internes et les satisfactions substitutives qui le permettent ?

Dans les premiers temps, elles sont assurées, lorsque le rythme de présence-absence de la mère est bien tempéré, par les premières activités psychiques du bébé que sont l'hallucination de la satisfaction et l'autoérotisme.

Freud écrit, dans les *Trois Essais sur la théorie sexuelle*, en 1905 : l'objet sein, celui de la pulsion sexuelle, est perdu au moment où l'enfant a la possibilité de se représenter la personne globale à laquelle appartenait l'organe qui lui procurait la satisfaction. La pulsion sexuelle devient alors autoérotique ». Donc l'objet ne peut exister qu'en tant qu'objet perdu.

C'est à ce moment que Mélanie Klein situe la position dépressive, laquelle si elle est bien élaborée, et bien encadrée par un milieu

sécurisant, protège contre les états dépressifs ultérieurs.

Plus tard, la construction de l'objet interne sera renforcée par l'activité représentative et l'épreuve de réalité.

Mais la première expérience d'indépendance du corps maternel, sur le plan moteur corporel et fantasmatique, c'est l'organisation de l'analité qui la procure. C'est la fonction sphinctérienne qui fournit psychiquement la capacité d'ouvrir et de fermer le moi à la pulsion et à l'objet. Elle produit du lien, et fournit au moi les capacités de tri, de fractionnement, de périodisation, de temporalité. Elle participe donc à la construction de l'identité subjective, à la différenciation moi/non moi, et donc en grande part au champ de la symbolisation. Ce qui est observable c'est le moment où l'enfant est capable de dire « non », « moi tout seul », de donner ou refuser.

Mais c'est la logique phallique, l'angoisse de castration et le complexe d'Oedipe qui vont réorganiser et re-symboliser après coup ce premier travail dans le sens de l'identité sexuée et sexuelle, dans la différence des sexes et des générations. C'est cette organisation qui assure un plus fort dégagement de la dépendance au corps maternel, par la triangulation, par les identifications et par la création d'un surmoi impersonnel.

Dans ces premiers temps, que se passe-t-il au niveau de la différence des sexes ?

La mère n'investit pas narcissiquement de la même manière un

garçon ou une fille.

Le garçon peut satisfaire davantage son narcissisme phallique, mais si la mère s'approprie le pénis du garçon, sans retour à sa vie érotique adulte, si le père est disqualifié, l'investissement par le garçon de son propre pénis ne peut pas s'étayer sur une identification paternelle. Le risque est que l'organisation phallique ne puisse se constituer, et que le garçon se trouve entravé dans son développement sexuel, ou qu'advienne un autre risque identitaire plus grave, de type psychotique.

Tandis que pour la mère, **la fille** - de même sexe qu'elle et de même sexe que sa propre mère - peut la renvoyer soit à la rivalité, soit à l'angoisse d'une représentation de « castration » féminine, mais aussi à la représentation substitutive que celle-ci recouvre : à savoir l'angoisse de la jouissance féminine et celle de l'inceste.

L'inceste entre mère et fille a pu être considéré comme le fantasme homosexuel fondamental.

La mère, lorsqu'elle retrouve sa vie érotique, en faisant dormir son enfant, exerce une censure par le silence sur l'érogénéité du sexe de la petite fille, instaurant le refoulement primaire du vagin (D. Braunschweig, M. Fain). Il s'agit davantage de mettre la fille à l'abri, non du désir du père, mais de la jouissance maternelle, et ainsi de la préparer au réveil de son propre sexe par l'amant.

La mère soumet alors la fille à la logique phallique, symbolique, à la loi du père. En raison de ce refoulement du vagin, le corps tout entier de la fillette va développer des capacités érotiques diffuses et sera préparé à l'éveil du désir par l'amant. J'utilise volontiers le conte de la Belle au bois dormant.

La dépendance de la fille à la mère dure donc davantage. Et il faudra, comme Freud le décrit, un changement d'objet, à la fois par l'investissement du père et de l'investissement par le père, pour que la fille se développe dans le sens du féminin de la différence des sexes.

Les angoisses de perte

Freud décrit, dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, en 1926, le trajet de l'élaboration des angoisses de perte en fonction des situations de danger. Depuis la détresse du nourrisson, le danger de la perte d'objet liée à la dépendance des premières années, puis l'angoisse de castration du conflit oedipien jusqu'à l'angoisse devant le Surmoi à la période de latence. Donc depuis les angoisses de perte du tout jusqu'à celles des pertes partielles symboliques qui permettent de sauver le tout.

La perte des excréments, érotisée, ne devient une angoisse prégénitale préoccupante que dans les structures à tendance psychotique. Dans un développement libidinal disons normal, elle sert davantage à organiser une logique anale d'équivalences d'organes et de pertes partielles, que Freud a développée dans son article de 1917 sur les *Transpositions des pulsions*.

L'angoisse de castration de la phase phallique ne peut se trouver que rassurée par l'équivalence de la perte du pénis sur la perte des excréments, puisqu'il s'agit d'une opération contrôlable par le sphincter anal, et d'un objet partiel dont le retour est assuré, périodiquement.

Le moment de l'Œdipe confronte le petit sujet humain à la

perception anatomique de la différence des sexes, et met en question son identité sexuelle face à l'autre sexe. La rencontre du sexuel a un effet traumatique et mobilise des défenses. Celles-ci, pour le dire brièvement, sont d'une part la solution phallique, qui consiste à dire qu'il n'y a qu'un sexe, le pénis, dont on est soit pourvu soit châtré, et d'autre part la solution identificatoire, qui engage l'enfant dans une identification croisée aux deux parents de sexe différents.

C'est ainsi que le complexe d'Oedipe permet à l'enfant de renoncer à ses vœux incestueux. L'oedipe est antagoniste de l'inceste. La constitution du Surmoi, héritier du complexe d'Oedipe, instance morale, agent de la culpabilité, en fait le gardien vigilant de toute transgression incestueuse ou des vœux meurtriers.

Cet opérateur oedipien à la fois interdicteur et protecteur, sert de cran d'arrêt et de réorganisation de beaucoup d'angoisses archaïques antérieures, aussi bien des angoisses sans nom, celles que certaines manifestations psychotiques permettent de qualifier d'anéantissement, de liquéfaction, de ré-engloutissement dans le corps maternel, que des angoisses orales ou anales. Celles décrites par M. Klein ou Winnicott, par exemple.

Une bonne organisation oedipienne, si le milieu familial est suffisamment fiable et encadrant, peut donc également protéger de toute chute dépressive.

Le destin du complexe d'Oedipe est différent selon le sexe de chacun. Les angoisses de perte et les défenses contre ces angoisses sont différentes, ce qui va orienter différemment le destin de l'état dépressif.

Chez le garçon, la perte va se symboliser davantage sur l'angoisse de castration, ce qui peut servir de cran d'arrêt, de butée à la chute dépressive.

Chez la fille la perte sera davantage celle du tout, donc le risque dépressif est prévalent.

Cette organisation défensive qu'est la phase phallique, celle du surinvestissement narcissique du pénis, est un passage obligé, pour la fille comme pour le garçon, car c'est un des moyens de s'arracher à l'emprise de l'imgo maternelle

Le garçon, en principe, est favorisé par le fait qu'il possède un pénis que la mère n'a pas, parce qu'il peut négocier, via l'angoisse de castration, la symbolisation de la partie pour le tout, avec l'appui de son identification paternelle.

Il renonce à ses vœux incestueux de manière violente, pour sauver son pénis. La menace de l'angoisse de castration le fait sortir du conflit oedipien.

Quant à la fille, elle n'a pas d'angoisse de castration, puisque, selon Freud, celle-ci « est déjà accomplie ». Mais elle a un complexe de castration, une « envie du pénis », et c'est ce qui la fait entrer dans le conflit oedipien. Elle y entre pour acquérir un pénis, grâce à papa, qui lui donnera plus tard un enfant substitutif du pénis, et elle en sort difficilement, quelque fois jamais, par la faute de maman. Je caricature, bien évidemment.

Mais qu'en est-il d'un féminin érotique ? La négociation est-elle possible, car comment symboliser un intérieur, qui est un tout, et comment séparer le sien de celui de sa mère ?

Chez les filles, les femmes, le pulsionnel reste très proche du corporel, de la source. C'est le ventre, l'intérieur du corps qui peut être objet d'angoisse, ou menacé de destruction, comme le théorise Mélanie Klein. Il l'est davantage par envahissement et intrusion que par ce qui peut être arraché, coupé.

Freud oppose l'angoisse de castration des hommes à l'angoisse de séparation, de perte d'objet et d'amour chez les femmes. Il soutient que l'absence d'angoisse de castration chez les filles les expose bien davantage à des angoisses de perte du tout, du tout de l'être davantage que du tout de l'avoir. La perte d'objet et la perte d'amour les rend davantage menacées par la dépression.

On a ainsi pu dire que les filles, les femmes manquaient d'angoisse de castration. En fait, cette angoisse de castration des femmes se déplace sur la valeur phallique de leur corps tout entier. Ce qui rend les femmes dépendantes du regard et de l'amour de l'objet. Si le surinvestissement narcissique des garçons et des hommes porte sur le pénis, c'est leur corps tout entier que les filles et les femmes peuvent investir comme « tout entier phallique », accroché à la réassurance du regard de l'autre. C'est là que je différencie la « *féminité* », toute de surface et de séduction, du « *féminin* », tout intérieur.

Attente et déception

L'état dépressif peut être lié à une attente déçue, que celle-ci soit consciente ou inconsciente. Winnicott dit que la pire des choses qui puisse arriver à un petit d'homme n'est pas tant la déficience de l'environnement que l'espoir suscité et toujours déçu.

Le garçon, l'homme, destiné à une sexualité de conquête, c'est-à-dire à la pénétration, s'organise le plus souvent, bien étayé sur son analité et son angoisse de castration, dans l'activité et la maîtrise de l'attente et de la perte. Son narcissisme est phallique.

La fille, la femme, en revanche, est vouée à l'attente : elle attend d'abord un pénis, puis ses seins, ses « règles », la première fois, puis tous les mois, elle attend la pénétration, puis un enfant, puis l'accouchement, puis le sevrage, etc. Elle n'en finit pas d'attendre. Et comme ces attentes sont pour la plupart liées à des expériences non maîtrisables de pertes réelles de parties d'elle-même ou de ses objets - qu'elle ne peut symboliser, comme le garçon, en angoisse de perte d'un organe, jamais perdu dans la réalité - ainsi qu'à des bouleversements de son économie narcissique, il lui faut l'ancrage d'un solide masochisme primaire. Son narcissisme est d'essence corporelle.

Mais surtout sa dépendance à son objet primaire, de même sexe qu'elle, et nécessaire au support identificatoire, rend son autonomie beaucoup plus tardive. Comment, pour la fille, s'arracher à l'imgo maternelle, quand le corps se met à se rapprocher et à ressembler au corps de la mère ?

Elle est donc vouée à un changement d'objet qui l'oriente vers le père oedipien, et elle est dépendante d'un homme pour la révélation et l'éveil de son sexe féminin.

La dépendance féminine

J'ai précisé que l'amant de jouissance vient aussi en position de tiers séparateur pour arracher la femme à sa relation archaïque à

sa mère. Si la mère n'a pas donné de pénis à la fille, ce qui, selon Freud, la fait virer en objet de haine, ce n'est pas elle non plus qui lui donne un vagin. C'est en ouvrant, en révélant son sexe féminin que l'homme pourra arracher la femme à son autoérotisme et à sa mère prégénitale. Depuis la nuit des temps, les hommes doivent venir arracher les femmes à la nuit des mères, aux « reines de la nuit ».

La vraie révélation du vagin érotique, celle de l'érogénéité profonde de cet organe féminin ne pourra avoir lieu que dans la relation sexuelle de jouissance. L'autre sexe, qu'on soit homme ou femme, c'est toujours le sexe féminin. Car le phallique est pour tout un chacun quasiment le même.

Le couple masculin-féminin se construit par une co-création, dans la découverte du sexe féminin, lequel ne peut venir à existence qu'à travers la conquête et l'arrachement par le masculin de l'homme des défenses anales et phalliques de la femme. Dans ce même temps se construit le masculin de l'homme, par le lâchage de ses propres défenses anales et phalliques. Forte est ma surprise de constater, au cours de certains colloques, que le masculin persiste à être assimilé au phallique sans la moindre prise en compte qu'il puisse être son antagoniste !

La femme se soumet par amour. Elle ne peut se donner pleinement sans amour. C'est ce qui pose sa dépendance et sa soumission à la domination de l'homme dans la relation sexuelle.

Sa dépendance amoureuse rend la femme davantage menacée par la perte de l'objet sexuel que par la perte d'un organe sexuel, angoisse autour de laquelle se structure plus aisément la sexualité œdipienne du garçon et la sexualité « à compromis » de l'homme

adulte.

C'est pourquoi elle est plus exposée, comme le dit Freud, à la perte d'amour, et se trouve très menacée de dépression en cas de perte d'objet amoureux.

L'objet de la perte objectale

L'opéra a bien mis en évidence la dissymétrie de la position féminine et masculine face à l'abandon.

« *Si tu me quittes, je te tue* », dit Don José à Carmen.

Alors que Mme Butterfly s'écrie : « *Si tu me quittes, je me tue* ».

L'homme abandonné tue l'objet, en général fantasmatiquement, la femme abandonnée se fait objet perdu.

La perte de l'investissement amoureux et le sentiment d'échec qui l'accompagne réveillent les traces de l'échec oedipien et le deuil du désir oedipien est à reprendre à nouveau. La dévalorisation par perte de l'amour d'objet, vécue comme un trauma narcissique, peut désorganiser le système féminin de valorisation - complétude par le pénis de l'autre - et chez l'homme réactualiser toute la problématique de la castration.

Le mode de séparation radical et symbolisant, mis en œuvre par le garçon pour sortir du conflit oedipien, reste une tactique exemplaire pour l'homme contre toutes les angoisses de perte objectale ultérieures, une perte amoureuse par exemple. L'objet de la perte masculine peut se confondre avec son angoisse de castration, qui sert de cran d'arrêt à la chute dépressive, et limite

les dégâts.

« *Si tu me quittes, je te tue... ou bien je te remplace* »

L'objet d'amour perdu peut se négocier en tant qu'objet partiel interchangeable, et la défense consiste à rassurer la puissance phallique. On connaît l'adage : « Une de perdue, dix de retrouvées ». La quête phallique reprend ses droits. Dans le cœur de tout homme, un don Juan sommeille. Il existe trois types de frein à la tentation polygamique des hommes : ce sont l'amour pour une femme, la peur des femmes, ou... le surmoi.

Tandis que chez une femme la perte d'un amour peut signifier perdre le tout, être renvoyée au néant, n'être plus rien.

Je dirai que la dépression féminine est liée à la déception de l'attente, à la difficulté de symbolisation de son sexe féminin. Lorsque son masochisme érogène primaire n'est pas bien ancré, la chute peut être profonde et virer à la mélancolie. L'attente déçue du désir d'un homme, l'attente déçue d'un enfant la confronte à un sentiment de vide. Le vide d'un corps qui n'est plus habité par un narcissisme corporel, qui n'est plus éclairé par le regard de désir d'un homme, ou par la tendresse d'un enfant. La dépendance, qui pouvait se dissimuler dans la présence, se dévoile et se découvre brutalement lorsque le manque se précise, lorsque la confirmation par l'objet et par son regard disparaît. On peut dire que pour la femme, la perte objectale se confond avec une perte narcissique totale.

« *Si tu me quittes, je me tue... ou bien je reste seule* »

La solitude des femmes est un fait de société, qu'elle soit choisie ou subie. Les hommes restent rarement seuls. Le premier objet a

été maternel..., et il le reste.

La disparition, l'effacement ou l'usure de l'amour éprouvé pour un objet constituent une épreuve. Le désinvestissement laisse un vide, et se trouvent perdus un support, une occasion d'attente, de fantasmatisation, d'exaltation, d'excitation, d'auto excitation.

La souffrance est un objet intérieur qui peut parfois être précieux, excitant et le lamento féminin peut aussi être une jouissance. Ce qui retrouve le lien avec le masochisme érotique féminin.

« *Ah je voudrais ne vous avoir jamais vu !* écrit la Religieuse portugaise, pour dire aussitôt : « *J'aime bien mieux être malheureuse en vous aimant que de vous avoir jamais vu* » (Lettre troisième).

L'objet de la perte narcissique

Le narcissisme phallique du garçon, prenant appui sur l'identification au père, se prolonge dans l'Idéal du moi, lequel peut s'avérer bien plus cruel que le surmoi.

L'atteinte narcissique phallique, la chute d'idéal semblent plus fréquentes chez les hommes, dans le sens d'une dépression d'infériorité, d'impuissance, d'insuffisance. La souffrance d'une dévalorisation de soi naît du sentiment d'être confrontés à des exigences qu'ils ne sauraient satisfaire, sommés de se construire sur des modèles idéaux de perfection et de réussite. On parlait lundi dernier au journal télévisé de *burn out*, de « pétage de plomb » face à aux exigences de performance.

Quand la maîtrise anale fait défaut, ou quand le narcissisme

phallique et l'Idéal du moi sont menacés, c'est alors que le garçon ou l'homme adulte risquent la chute dépressive.

Un garçon a volé un objet dans une boutique. Le vendeur, pour lui donner une leçon, va en parler à son père. Le garçon est accablé par le regard profondément humilié et déçu de son père. Il est effondré par la honte, et la chute de son idéal, confondu avec celui de son père, le conduit à une tentative de suicide.

La perte d'une situation de pouvoir, la victoire d'un rival, la panne de puissance sexuelle, la mise à la retraite, le déclin de l'âge exposent un homme au risque d'une dépression d'infériorité, de dévalorisation, de sentiment d'inutilité. Elle peut se produire aussi lors d'un trop plein de succès et du sentiment d'en être indigne.

La dépression de l'homme, du fait de la blessure narcissique, fait souvent l'objet d'un déni, car elle est le signe soit d'une régression à la dépendance infantile, qui retrouve contact avec le corps maternel et les menaces incestueuses frappées d'interdits, soit à une identification à la passivité féminine qui fait l'objet du refus du féminin, en tant qu'identifiée à une castration. Le fantasme homosexuel fondamental, celui d'être une fille pour sa mère, conjoint les deux menaces.

La dépression lui est donc difficile à vivre et à mentaliser. La défense se manifeste souvent dans le comportement, les réactions de prestance, les troubles de l'humeur ou par des décompensations somatiques.

Chez les femmes, la blessure narcissique touche le corps tout entier, celui du féminin érotique privé de réassurance par le regard ou le désir, celui du maternel blessé, et la dépression

prend davantage la couleur du vide. L'atteinte du narcissisme corporel va de pair avec une fragilité somatique et des tendances dépressives plus marquées.

Une patiente a été abandonnée par son amant plus jeune qu'elle. Elle est possédée, obsédée. Elle a maigri de 15 Kg et éprouve un mal constant au bas ventre. Elle pense à mourir. Quand elle aperçoit cet homme, son intérieur descend dans le sol, elle se vide, elle n'est plus rien. C'est comme une drogue, mais c'est doux à l'intérieur, dit-elle et on perçoit qu'elle ne souhaite pas s'en débarrasser. Elle ne peut ressentir de haine, car se couper de lui c'est se couper d'une partie d'elle-même, s'amputer. Elle ne comprend pas. Comment n'a-t-elle rien senti, rien vu venir, n'a-t-elle pas perçu qu'il y avait une autre femme ? « Je veux savoir, dit-elle, mais je ne veux pas l'entendre ».

L'amant s'est arraché d'elle, sans doute comme un enfant qui s'émancipe, mais en emportant une partie de son corps. A sa place manquante elle a créé un cancer pour combler le vide, pour souffrir. Pourrait-on oser dire que cette relation fusionnelle qui a fait le vide de toute altérité, a fait place à une incorporation mélancolique ?

L'expérience du stade du miroir, selon Lacan, paraît apte à éclairer la constitution du narcissisme féminin. L'enfant regarde le regard de sa mère le regardant en confirmant ce qu'il voit dans le miroir. C'est un temps de reconnaissance par l'objet de l'image spéculaire. Le miroir des yeux de la mère, selon Winnicott rejoint cette confirmation.

La femme, dont le narcissisme ne peut s'étayer sur la confirmation phallique, reste davantage dépendante de l'objet qui l'a confirmée

dans son image narcissique, et elle construit son objet libidinal en fonction de ce désir d'être désirée.

Si la femme n'est dépendante que de son image dans le miroir, si elle n'a pas constitué des objets internes suffisamment valorisants, et qu'un objet aimant ne lui donne pas, par le brillant de son regard, un autre miroir, elle risque, lors de toute séparation, la chute dépressive. Lors d'une rupture amoureuse, d'une trahison, d'un deuil, ce qui manque brutalement c'est ce regard, et la femme peut perdre alors du même coup ses repères symboliques, comme si elle n'était plus rien.

Les femmes actuelles savent ou ressentent que leurs « angoisses de féminin » ne peuvent s'apaiser ni se résoudre de manière satisfaisante par une réalisation de type « phallique ». Elles savent et ressentent surtout que le fait de ne pas être désirées ou de ne plus être désirées par un homme les renvoie à un douloureux éprouvé d'absence de sexe, ou de sexe féminin nié, et ravive leur blessure de petite fille forcée à s'organiser sur un mode phallique face à l'épreuve de la perception de la différence des sexes. C'est là que se situe leur « angoisse de castration ».

Les dépressions du milieu de la vie

La perte de séduction chez la femme, la perte de puissance sexuelle chez l'homme représentent des expériences de castration au sens fort du terme.

Dans les crises du milieu de vie, le versant psychique est celui des représentations du sexuel et de la mort. Ce qui nécessite une

réélaboration du complexe de castration et de la position dépressive des moments de crise antérieurs.

Chez les hommes

Lors de ces crises, l'angoisse de castration s'intrique étroitement à l'angoisse de mort, qui n'en est qu'un équivalent, comme le dit Freud.

La lutte anti-dépressive et les défenses mises en œuvre s'orientent bien souvent dans le sens du déni et d'une suractivité d'allure hypomaniaque. Mais le sentiment que la mort n'est plus une abstraction devient inévitable.

Bien des hommes, aiguillonnés par cette angoisse de castration, provoquent une crise du couple, et se lancent dans de nouvelles amours avec des femmes bien plus jeunes qu'eux, souvent de l'âge de leurs enfants. La conquête d'une femme jeune, se pliant aux caprices du désir, et si possible en admiration, redore le blason narcissique phallique de l'homme. Et elle concourt à assurer le maintien de la puissance de leur capacité érotique, excitée par des motions incestueuses inconscientes.

D'autres se lancent dans de nouvelles paternités. Une nouvelle paternité induit un sentiment de renaissance, avec le sentiment que l'enfant procure à l'homme une attestation visible de sa virilité, et assure une prolongation de sa vie au-delà de la mort.

Par ailleurs, la position d'un père face à un fils qui entame une vie sexuelle et amoureuse le met en situation de reviviscence du conflit de rivalité oedipienne. Lui qui était en tête de la famille se retrouve soudain en seconde position, comme il l'était par rapport

à son propre père, en position infantile face à un fils devenu un homme et en puissance de devenir un père. L'angoisse de castration est ré-acerbée.

Lorsqu'il s'agit d'une fille, les sentiments de jalousie, de trahison renvoient également aux tourments de la période oedipienne. L'image de père séducteur et idéalisé qu'il a gardé l'illusion d'être à tout jamais, comme celle qu'il avait d'être le préféré de sa mère, chute de son piédestal. Un autre homme est advenu. L'angoisse de castration réactive des tentations incestueuses qui peuvent se porter sur les amies de sa fille ou sur d'autres jeunes femmes de son âge.

Chez les femmes

La cinquantaine est souvent marquée par une dépression, soit passagère, soit définitive, parfois accompagnée d'angoisse, d'une dévalorisation hostile de sa propre image et d'une perte d'auto-estime. Ce qui a été possédé est perdu, ce qui a été espéré n'est pas arrivé.

A la ménopause, en lien avec des pertes réelles à subir, de nombreux renoncements sont à accomplir chez la femme : ceux de l'enfantement, de la jeunesse, de la mère archaïque et de la mère oedipienne, de l'enfance des enfants devenus grands, des parents disparus ou proches de la mort, etc.

L'arrêt de la fonction des organes de procréation peut être vécue, dans la période de crise, comme une castration réellement advenue.

Une femme revit également son angoisse de castration féminine,

qui est celle de ne plus être désirable et désirée.

Elle revit ses angoisses d'adolescence : l'image du corps et sa capacité de séduire redeviennent un facteur central dans le regard qu'elle porte sur elle-même, et dans son auto-estime qui auparavant dépendaient du regard des autres.

Les patientes racontent leur sentiment catastrophique d'être devenues transparentes, subitement invisibles dans la rue, d'avoir perdu ce regard anonyme des passants.

Cette blessure narcissique peut renvoyer la femme, non seulement à l'époque de la puberté, mais à celle de la déception de la petite fille de la phase phallique, qui se vit comme n'ayant pas de sexe. Elle ne se sent alors plus capable ni d'être une mère, ni d'être une femme, et elle n'est pas davantage un homme.

Les affects envieux visent les hommes pour lesquels il est possible de refaire leur vie avec une jeune femme et des enfants.

Ils visent également les jeunes femmes, qui ont tous ces possibles devant elles. L'ombre d'une femme jeune et belle tombe sur le moi, ce qui peut entraîner des sentiments hostiles vis à vis d'une fille. « Miroir, mon beau miroir, dis-moi.. ». On connaît la réponse. L'objet de rivalité ce n'est plus désormais la mère, mais la fille.

Le sentiment du vide peut devenir lancinant. Vide pour les femmes chez qui la maternité avait été le centre de leur identité et qui avaient projeté tout leur narcissisme phallique sur leurs enfants. Vide surtout pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

Le départ des enfants risque de réactiver ce vécu de vide. C'est le « syndrome du nid vide ».

Il y a souvent refuge dans la maladie, dans les souffrances physiques, et dans les somatisations. Le narcissisme blessé reprend sa place et dégrade la libido ou la détourne.

Les affects dépressifs et la douleur psychique peuvent être déniés, souvent par une mise en acte, une suractivité, ou une exacerbation hystérique.

Comment tenter de conclure ?

L'engagement total d'une femme dans la relation amoureuse, corps et âme, qui se rencontre aussi bien chez certains hommes, ressemble fort à celui des premiers temps de la vie avec l'objet primaire. Et l'état dépressif peut renvoyer au deuil qui accompagne toute expérience d'altérité. L'autre, c'est celui qui naît dans la haine, celui qui vient rompre la fusion, c'est aussi bien le père, le bébé frère ou sœur ou ... la mère oedipienne.

Pourquoi tout à coup est-on envahi par un sentiment de tristesse ou de désespoir, alors qu'il ne s'est rien passé de grave, seulement une allusion à un passé douloureux ou trop heureux qui convoque la nostalgie ? Alors qu'« on a tout pour être heureux », selon la formule consacrée, pourquoi surgit soudain le sentiment que rien ne va plus, que la joie de vivre s'est envolée, que le sens de la vie s'est enfui, que le moteur de la libido est en panne, que la croyance à l'illusion n'est plus possible, que l'avenir n'a plus d'intérêt ?

Il est impossible de ne pas évoquer un effet d'après coup de cette relation primaire. Le deuil impossible de l'objet maternel.

L'état dépressif, qu'on appelait mélancolie, la bile noire, est un

mal connu depuis la nuit des temps, qui a eu ses moments de noblesse et d'exaltation chez les écrivains et musiciens romantiques, chez les peintres. Le spleen, le blues.

L'angoisse et l'état dépressif sont des expériences constitutives de l'être, liées à l'intériorisation et à la maturation de l'humain, une tentative de maîtriser les conflits, la déception ou la perte

Le sentiment dépressif (La *grande tristezza* de Dante) ne naît pas d'une circonstance particulière mais de l'existence elle-même. Il est dû à l'inévitable confrontation de l'humain à l'existence, aux séparations, arrachements, pertes, au sentiment de nos insuffisances, à la présence du mal, à l'inéluctabilité de la mort et du vieillissement, à l'expérience du non-sens, à l'atteinte des limites.

C'est une situation de crise existentielle qui peut aller dans le sens d'une chute dépressive ou être l'occasion d'un remaniement narcissique et objectal.

Elle constitue, comme on le sait, l'épreuve rencontrée et surmontée par des personnalités hors du commun : héros, mystiques, artistes, grands philosophes, « génies créateurs. »

Didier Anzieu note que les grandes découvertes et les livres les plus importants de Freud accompagnaient des moments de dépression (trouble de mémoire sur l'Acropole, mort de son père, arrêt du tabac).

Tomber amoureux constitue bien souvent le mode habituel de sortir d'un état dépressif. C'est le fonctionnement amoureux qui se trouve surtout investi. Christian David a parlé des « perversions affectives ».

Il est intéressant de comparer la Mélancolie de Dürer, noire et prostrée dans sa tristesse, et celle de Cranach, une femme tout de rouge vêtue, qui soumet tous les éléments de la première à un traitement plus sexuel. Où l'on voit comment l'hystérie peut venir, chez la femme tout particulièrement, habiller de rouge la noire dépression, et chasser le « soleil noir de la mélancolie ».

Mais il peut s'avérer plus bénéfique au plan de l'économie psychique, de faire appel aux vertus des activités sublimatoires pour pallier les pertes objectales ou narcissiques, et recueillir le parfum de la nostalgie qui est dans leur sillage. Une liberté trouvée ou retrouvée de jouir des plaisirs de la vie, de réinvestir la sensorialité et les autoérotismes, comme nous y convie l'écrivain Colette. Un élan qui peut s'adresser à des objets de nature, à des paysages, à des œuvres d'art, mais aussi à de nouveaux liens de tendresse. Une pratique littéraire ou artistique.

L'engagement dans une démarche psychanalytique permet aussi un nouvel investissement objectal et narcissique allant vers la consolation, l'acceptation des limitations, et le renoncement aux illusions. Le bénéfique narcissique escompté étant celui de la découverte du travail psychique, de l'intériorité, et d'une nouvelle capacité à supporter tout ce qui advient dans l'existence et à tirer plaisir de la vie.

Conférences d'introduction à la psychanalyse, 13 novembre 2008

Le devenir des dépressions de l'enfance

Auteur(s) : Bernard Penot

Mots clés : catamnastique (méthode) - dépression infantile - désaide - deuil - équivalents dépressifs - maniaco-dépressive (pathologie) - position dépressive

Le statut de la dépression chez l'enfant a fait l'objet de bien des controverses durant les soixante dernières années. Cela résulte d'abord d'un défaut d'évidence clinique du phénomène dépressif, en tous cas chez le jeune enfant ; mais cela tient aussi à l'importance de l'enjeu d'évaluer le devenir possible des dépressions précoces dans l'organisation ultérieure, et plus généralement encore, à la fonction centrale de l'expérience dépressive dans le développement de la personnalité.

Si dans nombre d'adolescences difficiles, la souffrance dépressive vient s'imposer comme une donnée clinique de premier plan, sa reconnaissance durant l'enfance est beaucoup moins évidente. C'est un fait que la clinique psychiatrique traditionnelle a remarquablement ignoré cette éventualité. Les pionniers de la psychiatrie infanto-juvénile semblent avoir eu du mal à se dégager d'une collusion de point de vue avec, d'une part, les parents pour qui la dépression n'est à peu près jamais le motif invoqué lorsqu'ils consultent pour leur enfant, et d'autre part, les enseignants qui ne la mettent pas davantage en cause comme motif de signaler un enfant en difficulté.

Aussi jusqu'à la dernière guerre mondiale, voit-on la littérature

psychiatrique écarter l'éventualité d'une maladie dépressive chez l'enfant. Leo Kanner, dans l'édition de 1937 de son fameux manuel de psychiatrie de l'enfant, estime que la survenue d'un état mélancolique au dessous de l'âge de 15 ans est d'une rareté telle qu'on peut la mettre en doute. Il en va de même d'auteurs comme Bradley ou Barton-Hall (1952) qui considèrent qu'on ne saurait envisager une forme infantile de dépression mélancolique.

La réaction va surgir à partir des années cinquante, aux USA avant tout. Certains numéros de la revue *Nervous Child* vont ainsi être le théâtre d'une forte polémique ayant pour enjeu la reconnaissance de troubles dépressifs graves chez de nombreux enfants. Des auteurs comme Campbell, et puis Harms (1952) y mènent l'attaque contre la position officielle de l'American Psychiatric Association en dénonçant l'inadéquation de la grille nosographique héritée de Kraepelin et de Bleuler. Ils évoquent une « conspiration à grande échelle » qu'ils attribuent à la résistance foncière des adultes à se trouver mis en cause au travers de la constatation d'un trouble affectif sévère chez un enfant. Ils affirment que les symptômes d'une dépression grave chez l'enfant se manifestent selon des modalités spécifiques, complètement différentes de celles de l'adulte.

Les déclarations de ces professionnels en vue d'obtenir de la société de leur temps une reconnaissance de la dépression chez l'enfant ont une tonalité qui n'est pas sans ressemblance avec celle par exemple des promoteurs des droits de la femme, ou d'autres catégories de la population ; et de fait, leurs efforts ont sans doute contribué à ce que la communauté internationale en vienne récemment à promulguer les droits de l'enfant.

Cette dimension historique rappelée, je dirai qu'une clé essentielle

du débat concernant la maladie dépressive chez l'enfant tient à la définition même de ce dont on parle : que faut-il entendre au juste par état dépressif ?

Beaucoup de psychiatres s'en tiennent aujourd'hui encore à une vision essentiellement organiciste du phénomène, et s'appliquent par conséquent à en donner une description aussi *objective* que possible. Ceux-là sont d'ailleurs rejoints par tous ceux qui considèrent, avec Bowlby (1961) par exemple, que chez l'enfant il ne peut s'agir que des effets de la privation actuelle d'un objet réel externe. Là-dessus, l'observation première de Spitz (1946) chez de jeunes enfants hospitalisés constitue un repère capital ; ce qu'il a choisi d'appeler « dépression anaclitique » du nourrisson est une réaction facilement constatable par l'observateur, et qui relève clairement de la privation actuelle d'un objet maternel réel.

Il en va tout autrement dès lors qu'on envisage le phénomène dépressif selon des critères psycho-dynamiques, et notamment, comme c'est mon cas, dans une conception psychanalytique du fonctionnement de la psyché. *On entend alors par état dépressif un phénomène qui se joue essentiellement au sein d'une subjectivité ; et on s'efforce de l'évaluer et d'en rendre compte dans des termes aptes à rendre compte de cette subjectivité, à partir notamment bien sûr de ce que le sujet lui-même peut en exprimer.* Il est clair que sous cet angle, l'hospitalisme décrit par Spitz ne peut être considéré comme une dépression, pas plus que ne saurait l'être l'abattement d'un enfant en train de mourir de faim, par exemple.

On peut définir l'état dépressif comme manifestation psychique durable d'une *détresse internalisée*. Encore est-il important de bien préciser chacun de ces deux termes.

1. 1. Par détresse, il faut entendre ce que Freud appelle *Hilflosigkeit* et qui s'est trouvé régulièrement traduit en anglais par *helplessness*. En français récemment, Laplanche (*Œuvres Complètes*, PUF) a proposé le terme de *désaide* qui présente certes l'inconvénient d'être un néologisme, mais a l'avantage de rendre compte au mieux de la dimension de support *anaclitique* mise en cause.
2. 2. Par internalisée, il faut entendre *intra-psychique*, c'est à dire un phénomène qui se joue entre instances de l'appareil psychique, au-delà donc et sans rapport direct avec la privation contemporaine d'un quelconque objet extérieur.

La formulation la plus exacte serait de dire : *une dépression est la manifestation clinique d'un état de désaide intrapsychique*. Elle met en cause le représentant psychique d'une instance dont la fonction devrait être d'apporter un soutien et qui va non seulement se dérober mais se retourner contre le moi en l'accablant

On voit aussitôt qu'une telle conception psychodynamique de la dépression suppose un psychisme suffisamment constitué, différencié en instances assez stables pour pouvoir jouer l'une contre l'autre. Cela n'est manifestement pas le cas du nourrisson. Mais qu'en est-il de l'enfant ? Il faut ici rappeler la surprenante initiative de Mélanie Klein (1948) d'appeler « position dépressive » une période cruciale du développement de l'enfant, avant la fin de sa première année, au moment où il en vient à percevoir sa mère à la fois dans sa globalité et dans ses limites physiques. Contre l'usage de cette dénomination, il y a le fait que l'observation attentive des enfants normaux n'a aucunement

confirmé qu'ils connaissent à cet âge quelque chose de l'ordre d'une dépression.

Je m'en tiendrai dans ce qui va suivre à recenser succinctement les pathologies dépressives de l'enfant dans leurs différentes formes cliniques possibles ; et puis d'en envisager les destins possibles, tels que l'on peut les saisir au travers d'études *catamnétiques*, lesquelles impliquent bien sûr au premier chef l'incidence éventuelle d'une psychothérapie. Mais j'évoquerai aussi, en sens inverse, la question, elle aussi beaucoup débattue, de l'anamnèse des mélancoliques adultes : c'est à dire de savoir quels enfants ils ont pu être...

A) Aspects cliniques des dépressions infantiles

Les formes cliniques de dépression durant l'enfance varient selon l'âge. Cela semble logique par rapport à ce que nous venons de voir concernant la condition nécessaire d'un suffisant développement des instances intrapsychiques et notamment bien sûr du *surmoi parental*.

1) Aujourd'hui la plupart des psychiatres admettent l'existence d'un tableau clinique d'état dépressif franc chez des enfants, filles et garçons, mais plus souvent des filles, parvenus en fin de période de latence, c'est à dire vers les dix ans, ainsi qu'à la période pré-pubertaire. Des cliniciens comme l'Américain Glaser (1967) ont bien montré que la symptomatologie apparaît alors dominée par l'expression d'un vécu d'insuffisance et de dévalorisation, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de désespoir, l'impression d'un rejet de la part d'autrui et un repli

sur soi.

Ces données frappent d'autant plus qu'elles ne semblent pas correspondre aux données réelles de la situation de l'enfant - il faut répéter que ce sont des enfants que les enseignants, par exemple, ont tendance à apprécier beaucoup ! Il reste que même ces tableaux dépressifs francs ont pour caractéristique, chez ces enfants, de se manifester de façon assez labile, avec des variations importantes selon le contexte immédiat, pouvant notamment passer très vite à une pseudo euphorie, elle aussi transitoire.

On conçoit que cette relative labilité des symptômes proprement dépressifs tient à la structuration encore incomplète du psychisme avant l'adolescence. Mais ce serait une erreur de croire pour autant que la dimension dépressive n'est pas d'une importance centrale dans le destin évolutif de la personnalité.

2) La prise en considération de cette immaturité structurelle du psychisme infantin a amené, dès les années soixante, des psychiatres psychanalystes à avancer l'idée d'*équivalents dépressifs* chez l'enfant - notion d'autant plus pertinente que l'enfant considéré est plus jeune.

C'est Sperling qui a le premier proposé ce terme d'équivalent dépressif, mais il vaudrait sans doute mieux parler de symptômes d'appel ou de couverture. Après lui, James Toolan (1962) a beaucoup contribué à imposer cette notion, à partir de la constatation que les enfants gravement déprimés sont habituellement amenés en consultation pour des symptômes réactionnels multiples tels que : accès de colère, désobéissance, fugues, école buissonnière, accidents multiples autodestructeurs. La diversité de ces symptômes manifestes, avec les

rationalisations fumeuses que l'enfant peut en donner, font souvent taxer celui-ci de paresseux, provocateur, caractériel, de mauvaise volonté. Mais l'examen attentif découvre que ces symptômes sont sous-tendus par un vécu d'être mauvais, méchant, inacceptable par autrui. L'explicitation du matériel fantasmatique et des rêves de ces enfants permet peu à peu de rattacher leurs comportements antisociaux à un sentiment d'autodépréciation et un vécu intime dominé par la perte d'amour. Bien souvent, ce sera seulement dans le cours d'une relation psychothérapeutique bien conduite que le vécu dépressif va pouvoir s'exprimer dans toute son ampleur.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'une détection aussi précoce que possible d'un tel soubassement dépressif en profondeur, car il peut produire des conséquences graves dans le développement de ces enfants, à commencer par des troubles sévères à l'adolescence. Il ne faut pas non plus négliger le risque suicidaire immédiat car il est déjà important vers la fin de l'enfance.

Chez nombre d'enfants plus jeunes, cette notion d'équivalent dépressif a pris peu à peu toute son importance. Dans les premières années de la vie, la menace dépressive se manifeste au travers de symptômes de couverture concernant l'alimentation ou le sommeil, mais aussi le fait de pleurer à tout propos, ou des comportements auto-agressifs. Des psychiatres d'enfants à la suite de Campbell (1952) ont pu mettre en évidence ces « serious babies », trop calmes et sujets à des phases de tristesse et de repli, entrecoupées ou non d'excitation sans cause apparente.

3) Outre diverses formes assez courantes de manifestation de fragilité et d'insécurité interne chez de nombreux enfants en bas

à l'âge l'attention a été plus précisément portée sur la gravité de certains états que ces mêmes auteurs n'ont pas hésité à considérer comme « *psychoses affectives* » de l'enfance. Ce sont de jeunes enfants qui manifestent avant tout d'importantes variations de l'humeur, d'un extrême à l'autre, ainsi qu'une très grande fragilité devant l'échec ; leur comportement se caractérise surtout par de l'agitation.

L'abord psychothérapeutique de ces enfants jeunes présentant des troubles thymiques graves est rendu particulièrement difficile du fait de leur faible capacité d'auto-représentation, leur vie fantasmatique assez pauvre, leur vie onirique réduite à des cauchemars, ainsi que la mise au premier plan d'une symptomatologie somatique et aussi bien sûr comportementale sur fond d'agitation.

Les découvreurs de ces troubles affectifs graves ont été animés par la préoccupation de distinguer ceux-ci de formes précoces de la schizophrénie. Leur idée directrice était de parvenir à repérer et à traiter des manifestations aussi précoces que possible de troubles thymiques graves, supposés pouvoir donner une psychose maniaco-dépressive à l'âge adulte. Cela m'amène à examiner maintenant la question corollaire, complémentaire inverse, de l'enfance des mélancoliques adultes : quelle personnalité *prémorbide* ceux-ci ont-ils pu présenter qu'il serait sans doute utile de détecter préventivement.

B) La personnalité infantile des

adultes maniaco-dépressifs

Or c'est un fait que la très grande majorité des adultes mélancoliques n'ont jamais consulté durant leur enfance. On ne peut donc guère compter sur des études catamnétiques partant de l'enfance jusqu'à l'âge adulte pour éclairer la genèse de la maladie mélancolique. Il faut nous contenter de ce que les mélancoliques peuvent évoquer eux-mêmes de leur enfance, notamment dans le cours d'une cure psychanalytique.

L'impression rétrospective qui prévaut chez eux est celle d'une sorte de désastre silencieux durant leur jeunesse, avec un environnement familial présentant d'importants défauts, mais davantage d'ordre qualitatif que quantitatif (en termes de présence physique parentale). Ces patients ont généralement la notion d'avoir été des enfants peu communicatifs et repliés dans une certaine morosité.

De leur personnalité pré-morbide durant l'enfance se dégagent deux caractéristiques :

- D'abord un certain déficit d'assurance narcissique chez l'enfant qu'ils se souviennent avoir été, avec une propension à régresser sur un mode passif-oral devant une épreuve quelconque, ainsi qu'une fragilité particulière par rapport aux déceptions.
- Ces patients se décrivent en outre comme ayant été des enfants en défaut de vie fantasmatique. Ils font état de leur difficulté à *jouer* - non seulement avec d'autres, mais aussi solitairement. Leur imaginaire semble avoir été empêché de se déployer au travers du jeu, ce qui vient renforcer la fragilité narcissique mentionnée. Parvenus à l'âge adulte, ils se caractérisent par une

pensée plutôt opératoire et une propension à alterner repli inhibiteur et passages à l'acte intempestifs, surprenants pour les protagonistes.

Il faut remarquer qu'à peu près aucun des patients adultes maniaco-dépressifs ne semble avoir présenté durant l'enfance un tableau de « psychose affective » tel que nous l'avons évoqué plus haut. Ainsi l'espoir d'établir une continuité nosographique entre troubles thymiques similaires, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, se trouve catégoriquement démenti, au moins dans l'anamnèse des mélancolies de l'adulte. Examinons donc maintenant quel peut être le devenir des troubles dépressifs graves de l'enfance.

C) Le devenir des dépressions graves de l'enfance

En ce qui concerne les troubles thymiques sévères de la première enfance, ceux qui font parler de « psychoses affectives de l'enfance », le pronostic spontané est principalement celui d'une *psychose dissociative* et souvent dès l'adolescence. Mais il faut remarquer que ce lien évolutif qui peut mener des troubles dépressifs graves de l'enfance jusqu'à la psychose dissociative, peut ensuite se produire dans le sens inverse : il est fréquent en effet de constater comment la survenue d'un épisode dépressif chez un schizophrène vient témoigner d'un certain « progrès » dans son intégration évolutive intra-psychique ; encore ne faut-il surtout pas méconnaître alors ce qu'un tel progrès subjectif peut comporter en même temps de risques, à commencer par celui d'un raptus suicidaire. *Ces constatations conduisent à concevoir une*

unité foncière des diverses formes de pathologies psychotiques, troubles thymiques graves compris. Il reste que les psychoses affectives de l'enfance n'ouvrent pas la voie à une organisation maniaco-dépressive de l'âge adulte.

Cherchant à évaluer les probabilités d'évolution schizophrénique des troubles dépressifs graves de l'enfance, des études catamnétiques systématiques comme celles qu'a pu assurer depuis quarante ans le Centre Alfred Binet (Paris, XIIIème) confirment l'importance d'une psychothérapie adéquate entreprise à temps. Ainsi Serge Lebovici (1970) a pu rapporter nombre d'observations au long cours de ces « psychoses affectives » du jeune enfant. Il confirme que leur tendance évolutive spontanée, notamment à l'occasion de leur passage pubertaire, serait la décompensation sur un mode de psychose dissociative, c'est à dire l'entrée dans la schizophrénie. Mais il montre aussi comment une psychothérapie psychanalytique poursuivie sur des années permet souvent d'éviter un tel destin. Dans ces cas sous traitement, le risque existe d'une évolution vers des tendances psychopathiques avec des conduites plus ou moins perverses ou antisociales. Mais dans nombre de cas plus favorables, la progression tend plutôt à se faire vers ce qu'il est convenu aujourd'hui d'appeler une personnalité « limite », c'est à dire dont l'économie tend davantage à se réguler par l'agir que par des mécanismes névrotiques de répression et de contention.

Le pronostic est sensiblement moins sévère pour ce qui concerne les états dépressifs francs de la fin de l'enfance, à condition toutefois qu'ils puissent bénéficier d'une aide psychothérapeutique suffisante. Faute de quoi certains peuvent évoluer eux aussi vers une psychose dissociative à l'adolescence,

ou s'organiser en névrose handicapante notamment de type obsessionnel, ou enfin produire une pathologie de comportement.

J'ai pu personnellement (1973) suivre l'évolution de plusieurs de ces cas, depuis la première enfance jusqu'au seuil de l'âge adulte. J'ai été notamment frappé de constater comment leur symptomatologie pouvait successivement décrire presque toute la nosographie, depuis les manifestations hystéro-phobiques de l'enfance, la névrose obsessionnelle de fin de latence, en passant par des états dépressifs francs, et puis des périodes schizoïdes et de dépersonnalisation à l'adolescence, pour aboutir à cette structure de personnalité éminemment instable qu'on qualifie « d'état limite » au seuil de l'âge adulte, avec sa dimension de manipulation active, et parfois talentueuse, de l'environnement.

Facteurs psychodynamiques en cause dans la maladie dépressive

Je conclurai ce survol trop rapide et forcément incomplet de devenir cliniques complexes, en insistant sur l'éclairage fourni par les cures psychanalytiques approfondies de cas ayant présenté un trouble dépressif grave durant leur enfance. Il en ressort une prévalence de la dimension *qualitative* du défaut d'étayage dont leur psychisme a conservé l'empreinte durable. Le trait caractéristique des déprimés de se sentir attaqués intérieurement ne se confirme guère, en effet, comme résultant de carences d'ordre *quantitatif* dans leur histoire précoce ; beaucoup de ces

patients se souviennent bien plutôt d'avoir eu des parents hyperprésents à domicile. Cela recoupe le fait que les nombreuses études cherchant à faire la preuve d'un lien entre l'absence physique ou la mort d'un ou des deux parents et une maladie dépressive ultérieure ne donnent rien de significatif.

L'attaque interne que connaît le déprimé se révèle dans les cures psychanalytiques approfondies comme résultant bien plutôt de l'internalisation psychique d'un parent présent-absent, ou présent-hostile. La fameuse étude d'André Green (1983) sur « La mère morte » est là-dessus très éclairante. Ce qui prévaut en effet dans la carence d'étayage éprouvée par un enfant, ce n'est pas tant que sa mère lui fasse défaut parce doit s'en aller ailleurs, mais bien plutôt que, tout en étant physiquement présente, près de lui, elle se donne à percevoir comme absente mentalement, sourde aux avances de l'enfant. Elle est de ce fait perçue comme *disqualifiante* par ce jeune sujet en besoin d'étayage. Cela est largement corroboré au travers de l'usage aujourd'hui systématique de l'observation directe, notamment filmée, des interactions d'enfants en difficulté avec leur entourage : les messages-réponses des parents peuvent y être saisis sur le vif de leur incidence souvent inconsciente.

J'ai évoqué plus haut cette caractéristique générale de l'enfance des adultes déprimés de ne pas avoir comporté une qualité suffisante de *jeu* avec leurs partenaires premiers. De nombreuses confirmations de cette condition de départ m'ont personnellement conduit (2001) à une théorisation qui rend compte de l'importance primordiale de la qualité du *jeu pulsionnel* entre la mère et le petit enfant, matrice décisive de développement d'une assurance interne stable. La qualité des réponses des partenaires

parentaux premiers constitue un facteur beaucoup plus déterminant dans la genèse des dépressions qu'une perte d'objet proprement dite. *Cela tient sans doute au fait que, contrairement à ce qu'a cru pouvoir affirmer Spitz, il est beaucoup plus difficile de remplacer une mère mauvaise qu'une bonne mère !* Le deuil d'un partenaire parental premier éprouvé comme défectueux est beaucoup plus difficile à réussir, car la toxicité d'une relation précoce est au contraire génératrice de fixation, notamment mélancolique.

Reprenant des termes du vocabulaire kleinien, je dirai que les angoisses dépressives alimentées par le sentiment d'avoir abîmé irrémédiablement l'objet maternel viennent traduire en fait un besoin fondamental chez tout sujet ayant éprouvé une aliénation grave dans son rapport à ses partenaires premiers de s'en attribuer subjectivement la responsabilité. Le mythe du péché originel traduit à sa manière ce besoin subjectif fondamental, fondateur, de mettre hors de cause le Grand Autre.

Pour terminer sur une tonalité optimiste, j'évoquerai une étude dont le sérieux m'a beaucoup impressionné et qui a été menée en Angleterre par le Dr. Felix Brown (1971). Il a longuement cherché à mettre en évidence un rapport significatif entre la mort précoce des parents et le développement ultérieur d'une pathologie dépressive ou antisociale. De son énorme travail, il ne se dégage en définitive qu'une seule donnée vraiment significative : c'est que plus de moitié des hommes de lettres célèbres en Angleterre au XIX^{ème} siècle ont été orphelins, au moins de leur mère, en bas âge...

Conférence d'introduction à la psychanalyse, 22 octobre 2008

Bibliographie

BARTON-HALL M. 1952, *Nervous child*, vol. IX, p. 319.

BOWLBY J. 1962 « L'angoisse de la séparation », *Psychiatrie de l'enfant*, P.U.F. vol. I, n°1.

BROWN F. 1971, IVème Congrès de l'Union Européenne de Pédo-psychiatrie, *Etats dépressifs chez l'enfant et de l'adolescent*, Stockholm, Almqvist et Wiksell.

CAMPBELL J. 1952, "Manic-depressive diseases in children", *Journal of Nervous Mental Diseases*, n° 116, p. 424-439.

GLASER K. 1967, "Masked depression", *American Journal of Psychotherapy*, n° 21, p. 565.

GREEN A. 1983, "La mère morte", *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, édit. de Minuit.

HARMS E. 1952, "Differential pattern of MD disease on childhood", *Nervous Child*, vol. IV, n° 9, p. 326.

KANNER L. 1957, *Child psychiatry*, Springfield, Thomas.

KLEIN M. 1948, "A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states", *Contributions to Psychoanalysis*, Hogarth, London.

LEBOVICI S. et SOULE M. 1970, *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, P.U.F.

PENOT B. 1973, *La psychiatrie de l'enfant*, vol XVI, n° 2, p. 301-380.

PENOT B. 2001, *La passion du sujet freudien*, édit. Erès, Toulouse.

SPITZ R. 1946, "Anaclitic depression", *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. II, p. 313.

TOOLAN J. 1962, "Depression in Children and Adolescents", *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 32, p. 404.

Enjeux identitaires et dépression dans la cure analytique. Un cas de dépression mélancolique

Auteur(s) : Christian Seulin

Mots clés : dépression/dépressions - désêtre - états-limite - identité - mélancolie - narcissique (atteinte) - transfert négatif

Le reproche de Ferenczi à Freud, de ne pas lui avoir donné une analyse « complète », que mentionne Freud dans *Analyse avec fin, analyse sans fin* en 1937, peut aujourd'hui être compris selon plusieurs perspectives.

Il est certes question de l'analyse personnelle de Ferenczi avec Freud, et de l'impasse de ce dernier sur le transfert maternel archaïque et un transfert négatif difficile à déceler. Mais il s'agit aussi chez Ferenczi d'une identification de l'analyse à un idéal de complétude, de perfection, qui semble résonner avec un sentiment narcissique d'incomplétude, avec un enjeu identitaire qui se situe au cœur de sa plainte. Dans *Analyse avec fin, analyse sans fin*, vers la fin du texte, Freud précise que l'analysant ne peut loger tous ses conflits dans le transfert, ce qui revient à dire qu'il ne saurait être question de pouvoir prétendre à une analyse complète. En écho avec cette mention de Freud, nous savons bien aujourd'hui qu'aucune analyse ne saurait être complète en particulier du fait de l'hétérogénéité du fonctionnement mental chez chacun d'entre nous, ce que l'approfondissement des cures

et l'allongement de leur durée n'a cessé de mettre en évidence depuis des décennies. L'accent a été mis sur cette dimension d'hétérogénéité du fonctionnement mental par T. Bokanowski dans son rapport au Congrès des Psychanalystes de langue française sur le processus analytique en 2004.

Toutefois, des rapports quantitatifs existent et nous conduisent à repérer des lignes de forces, une thématique prévalente chez tel sujet, à tel moment de son existence lorsqu'il rencontre l'analyste. Le rôle de facteurs traumatiques actuels, éveillant les traumatismes historiques, jouera d'un certain poids dans la forme comme dans le degré de l'atteinte narcissique observée.

Ainsi, chez un même sujet, se côtoient conflictualité névrotique organisée par le sexuel infantile et problématique narcissique identitaire. Bien évidemment, le poids respectif de ces difficultés variera d'un individu à l'autre. À côté de la « classique » conflictualité névrotique oedipienne, les troubles narcissiques identitaires concernent les toutes premières assises du moi et son investissement libidinal premier, son narcissisme primaire. Ces troubles reflètent une mise en crise de la naissance corrélative du moi et de l'objet ainsi que de l'idéalisation première nécessaire à l'alimentation narcissique du moi. Dans la représentation théorique que nous pouvons nous en faire, l'objet, en tant qu'objet primaire y tient une place centrale. Son rôle est d'autant plus essentiel que le moi n'en est que très imparfaitement différencié. La construction historique qui peut aider à se représenter les enjeux serait celle qui envisage l'infans qui se reconnaît dans le regard de la mère (D.W. Winnicott), ce qui donne forme à son identité. Mais c'est aussi l'image proposée par Freud en 1914 dans *Pour introduire le narcissisme* de « *his majesty the baby* »

qui désigne la projection du narcissisme parental sur l'infans qui garantit l'investissement narcissique premier du moi, dont la forme du tout début est le moi idéal. Ces temps originaires de la constitution identitaire narcissique peuvent être troublés par l'action ou des modifications de l'investissement de l'environnement. Ce sera entre autres le cas quand la mère ou l'environnement ont des réactions inadéquates face aux manifestations de ces troubles fêtes que représentent les pulsions sexuelles prégénitales chez l'enfant, empêchant ce dernier d'accéder au moi plaisir purifié (Freud, 1915) et d'éprouver de façon tolérable l'oscillation inévitable entre illusion et désillusion (D.W. Winnicott). Pour le moi rudimentaire, la poussée pulsionnelle sera vécue comme une menace extrême et, face à elle, la répression et le double retournement seront les principales défenses, à moins que l'évacuation n'entre en action. Ce rapport négatif aux pulsions, induit en partie par l'objet, ne sera pas sans incidence sur l'idéal narcissique, désormais entaché par l'insuffisance du moi. A un stade précoce, l'Œdipe n'aura pas encore joué son rôle d'organisateur, le surmoi, mal différencié n'aura pas dépassé le stade d'une intériorisation inélaborée de l'autorité externe venant s'allier au ça. Ces distorsions dans les relations détermineront des fixations et des zones de fragilité, de vulnérabilité.

On conçoit donc que si survient une situation traumatique actuelle dont le sens est celui d'une perte d'objet ou d'une perte d'idéal dans le contexte d'une organisation psychique vulnérable (mais non psychotique avérée) de par l'imparfaite différenciation d'avec l'objet et ses exigences passées ou le maintien d'idéaux archaïques, une dépression pourra en découler.

L'atteinte narcissique identitaire peut prendre le devant de la scène clinique, voire caractériser le patient par la répétition de ses manifestations, pouvant prendre l'allure d'un destin. Les troubles observés vont alors s'exprimer selon un spectre vaste qui va de la dépressivité à la mélancolie.

La compulsion de répétition, à l'origine de ces destins, permettra de distinguer, schématiquement, des organisations défensives plus ou moins stables que l'on a pu qualifier d'états-limite, de borderline, de personnalité narcissique, voire de psychose maniaco-dépressive, en fonction d'une agénésie du moi, de distorsions du moi, d'une aliénation du moi. Dans tous ces cas de figures, le moi, ce médiateur entre le soma et le monde, est défaillant, ne parvenant ni à introjecter la poussée pulsionnelle, ni à traiter par le pare-excitation les agressions extérieures.

Le lien à l'objet est d'autant plus vital et insoluble que l'objet est contingent dans sa valeur d'autre sujet. Il n'a pas permis historiquement le frayage de l'élaboration pulsionnelle. A cet égard, une notation de Freud dans *Deuil et mélancolie* me paraît importante. Il écrit que chez le mélancolique : « Il doit exister d'une part une forte fixation à l'objet d'amour, mais d'autre part et de façon contradictoire une faible résistance de l'investissement d'objet » (p.156). Il semble bien que ce soit une modalité de lien à l'objet qui se répète sans issue, fixée alors même que l'objet en personne ne compte guère. L'objet dont il est question s'avère être avant tout un objet narcissique. Ce qui importe c'est le lien et la fonction de l'objet par rapport au moi bien plus que ses caractéristiques d'autre sujet. Cependant, ce constat général prendra des figures différentes en fonction des tableaux cliniques.

Pour situer le vaste champ qui conjugue enjeux identitaires et

dépression, je ferai un bref survol, nécessairement schématique, des principales configurations cliniques qui ont pu être décrites dans la cure analytique. Ce sera aussi une façon de situer la présentation clinique qui suivra.

Les états-limite, tels que J. Bergeret les a envisagés dans sa théorisation, n'ont pu encore développer une topique des instances achevée moi, ça, surmoi et sont à penser, selon l'auteur, comme régis par une topique antérieure soi, ça, idéal du soi. La dépression repose sur une fuite défensive face au conflit suscité par les pulsions violentes et l'affirmation narcissique de soi, dans un imaginaire archaïque qui oppose les forts aux faibles, les grands aux petits, bien plus qu'un univers régi par la différence des sexes et par l'Oedipe. Le monde interne de l'état limite met en jeu un conflit vital, premier dans lequel, c'est « moi ou l'autre ». La perte d'objet y est vécue comme l'effet de l'affirmation de soi mais, cette victoire sur l'objet est traumatique et plonge en même temps le sujet dans un vécu d'abandon.

Bien différents apparaissent les patients limites dits border-line, où la question des limites entre inconscient et préconscient, entre dedans et dehors (A. Green) est centrale. Ils recourent à des mécanismes de défense drastiques qui ne sont pas éloignés de ceux des patients psychotiques. Dans ces conjonctures cliniques, c'est l'expression de motions pulsionnelles brutes qui s'impose, alors que le moi, dont les fonctions sont entravées, ne joue plus son rôle de liaison, d'élaboration et de jugement. Le couple constitué par les processus primaires et secondaires se trouve désarticulé. Le noyau identitaire instable et peu construit (ou déconstruit), peut difficilement permettre l'accès à une position dépressive, se confronter à une perte d'objet, rendant compte de

la moindre fréquence dans ces cas d'une dépression authentique, bien vite évitée par les projections paranoïdes. Au sein de constellations symptomatiques complexes dominées souvent par l'angoisse et les agirs, nous verrons plutôt des raptus suicidaires et la dépressivité à l'œuvre avec une morosité au long cours, un désenchantement perpétuel, et surtout une rage impuissante. Cette rage vise un objet qui paradoxalement devrait tout apporter, tout donner mais n'est utilisé que comme un effecteur de la pulsion à peine élaborée, un instrument de décharge des motions pulsionnelles brutes. Le sentiment de diffusion d'identité (O. Kernberg) est majeur. La quête d'une union parfaite avec l'objet, l'avidité de ces sujets sont source d'une angoisse d'intrusion qui oscille avec une angoisse d'abandon par l'objet à la moindre défaillance de ce dernier, les plongeant aussitôt dans un sentiment de désêtre. Il semble que se répète inlassablement une haine meurtrière d'un objet primaire impossible à absenter, libérant une destructivité incessante.

Dans le cas des personnalités narcissiques, le tableau clinique est encore tout autre et H. Kohut a pu décrire à leur sujet les transferts idéalisant et en miroir. La synthèse identitaire repose en fait sur une alimentation narcissique incessante par l'objet. Ici, le moi peut sembler plus assuré dans ses positions, plus solide alors qu'en fait sa consistance dépend de l'environnement utilisé pour colmater ses failles, le faire paraître un moi idéal. La perte d'objet, par la levée du déni qu'elle impose, aura des effets ravageurs, à l'origine d'un effondrement dépressif majeur, entraînant une perte du moi parfois irréparable. Plus que par la culpabilité, cette dépression sera marquée par la honte, la blessure d'un narcissisme à vif. On pourrait rattacher à ce cadre les dépressions d'infériorité décrites par F. Pasche (1963).

Dans certains cas qui chevauchent d'ailleurs les catégories précédentes, chez des personnalités aux fortes fixations orales et aux exigences idéales comme de sévérité démesurées, l'issue mélancolique va apparaître et c'est de la cure d'une patiente mélancolique dont je vais vous parler pour illustrer mon propos théorique.

Avant d'évoquer la cure d'Aline, je crois bon de revenir à propos de la mélancolie sur une considération évoquée par Freud dans *Deuil et mélancolie* qui me semble toujours d'actualité. A savoir qu'il existe certainement différentes sortes de mélancolies, des plus proches du pôle somatique aux plus psychogènes et que toutes les mélancolies ne sont pas accessibles à une cure psychanalytique, ne serait-ce que parce que celle-ci est vue comme inutile voire injustifiée par les patients. Les lumières apportées par la psychanalyse sur ces pathologies ne sont malheureusement pas toujours applicables à tous les patients et certaines formes de psychose maniaco-dépressive ou de troubles bipolaires peuvent certes être améliorés par un traitement analytique en face à face mais ne peuvent bénéficier d'une analyse stricto sensu.

Il n'est pas aisé de tenter de définir les conditions d'accessibilité dans ces cas à une cure analytique. Sans doute faut-il prendre en compte les caractéristiques propres de tel ou tel analyste et ce que l'on a pu nommer les indications d'analyste. Je donnerai mon point de vue, issu d'une réflexion sur mon expérience personnelle. Dans ces problématiques dépressives installées de longue date, il m'est apparu que souvent l'identification narcissique à un objet hautement significatif de l'histoire précoce, lui-même porteur d'un deuil non fait, avait été une condition favorable à l'évolution de la

cure. Cette ombre portée pouvait s'avérer vectrice d'une ouverture et de la construction d'un sens dans la cure qui était alors source d'une réduction de la massivité identificatoire narcissique et d'une meilleure assise identitaire étayée par le transfert. L'histoire subjective pouvait alors se déployer en lieu et place de la temporalité figée de l'identification mélancolique. Débusquer ce tiers méconnu, aiguillon de douleur, imposé par l'objet primaire, s'avérait dans ces cas un pas essentiel dans la cure, décollant l'objet primaire de son propre objet mortifère, secret et évacué chez l'infans que fut notre patient.

Clinique

Le cas d'Aline est particulier, en ceci que cette patiente, qui m'était adressée par son psychiatre au décours d'une nouvelle crise dépressive (elle en avait déjà traversé une dizaine), avait déjà fait une psychothérapie de quelques années avec une collègue analyste quelque quinze ans plus tôt. Cette thérapie avait amendé les dépressions pendant plusieurs années. Ce travail avait été une expérience positive pour la patiente qui était motivée pour une nouvelle cure. Aline rêvait et s'intéressait à ses productions oniriques, était intelligente, fine et capable de s'écouter comme de s'entendre, attentive au sens latent de ses propos. Très déterminée, elle venait me trouver pour sortir de ce cycle de dépressions mélancoliques qui se répétaient pratiquement chaque année pendant trois ou quatre mois sur le même mode. Elle perdait goût à la vie, était inhibée dans tous ses actes, se réfugiait au lit, souffrait de désordres alimentaires et ruminait idées noires et pensées suicidaires. Sa pensée était alors comme paralysée, sidérée.

J'acceptais d'abord de la prendre en face à face à raison de deux

séances hebdomadaires puis, après quelques années, nous convenions d'une analyse sur le divan à raison de trois séances hebdomadaires.

Autant la thérapie l'avait améliorée au plan symptomatique que l'analyse, à peine avait-elle débuté, la plongeait dans le plus grand désarroi. Il y avait la perte de l'étayage spéculaire réalisé par le face à face et du renfort narcissique de la personne de l'analyste en face d'elle, dont elle se savait vue et écoutée, à l'affût de signes d'encouragement, d'un appui. Je m'étais rendu compte que c'était surtout quand elle était confrontée à ses mouvements hostiles vis-à-vis des personnages clés de son histoire qu'elle comptait sur moi pour la déculpabiliser mais surtout pour tenter de neutraliser ce mouvement affectif, empêcher qu'il aille jusqu'à son terme. C'est peut-être en partie en raison d'une insatisfaction grandissante que je percevais chez Aline en lien avec cette butée et pour aller au bout de cette dynamique pulsionnelle concernant l'objet que je lui avais proposé l'analyse, sachant que nous nous embarquions dans une aventure houleuse. Je ne pensais pas cette démarche comme hasardeuse car le facteur traumatique dans le cas d'Aline était au premier plan dans le déclenchement de ses troubles.

Aline avait quarante ans et à l'âge de vingt deux ans, peu après son mariage, elle s'était sentie trahie par son mari, avait eu le sentiment de le perdre à la suite d'évènements narcissiquement très blessants pour elle. N'ayant pu se résoudre à s'en séparer dans la réalité, elle l'avait cependant perdu en tant qu'objet d'amour et avait assez vite plongé dans une dépression mélancolique profonde. C'est après ce premier épisode qu'elle avait entrepris un travail analytique en face à face pendant quatre ans, qui lui avait permis de se stabiliser au plan symptomatique.

Aline attendait plus que cela de son analyste et lorsqu'elle avait demandé une analyse à sa thérapeute, celle-ci avait voulu l'adresser à un confrère, ce qu'Aline n'avait pas supporté. Il avait fallu quinze ans pour qu'elle se décidât à revoir un analyste, tant cette analyste, en qui elle avait toute confiance et qui l'avait aidée, avait été ressentie par elle comme blessante, en lui refusant une analyse avec elle.

Sur le divan, c'était le chaos. Des cauchemars se succédaient et l'espace du cabinet comme moi-même étions vécus comme persécuteurs. Les séances de fin de journée, la lumière des lampes faisait jouer des ombres inquiétantes pour Aline, qui voyait des griffes, des sorcières sur mes murs et au plafond. La régression, rapidement profonde, la conduisait à dépendre d'un être tout-puissant et malveillant. Elle se sentait perdue, ne sachant plus qui elle était, et son discours s'appauvriissait. Les séances étaient également très éprouvantes pour moi tant l'atmosphère était lourde, électrique, d'une violence sourde. Aline poursuivait cependant son travail d'analyse évoquant son enfance, son histoire. Assez vite, elle prit conscience que son mari avait remplacé sa mère comme objet primaire, objet de dépendance et de haine, qui longtemps lui avait permis de jeter un voile sur la relation à cette dernière. L'analyse des projections et du transfert négatif permettait certes de renforcer la relation analytique et le transfert positif. Cependant, cette analyse des mouvements persécutoires, si elle soulageait temporairement Aline, menaçait très vite cette dernière d'une répétition de la persécution sur la scène interne, entre moi et surmoi, sur un mode mélancolique. Le travail interprétatif, en réduisant les possibilités projectives et le transfert négatif, favorisait indirectement, du fait de la compulsion de répétition, le retour des dépressions. Et, en effet, à mesure que

l'analyse avançait des épisodes de dépression mélancolique se sont reproduits pendant plusieurs années, au cours desquels, elle venait le plus souvent à ses séances, sortant difficilement de son lit comme une automate, se taisait, incapable de dire, inhibée, douloureuse, tremblant sur le divan.

Ces temps, décourageants pour moi, entrecoupaient le travail en cours. Malgré cela, attachée à l'analyse, Aline n'en poursuivait pas moins ses associations dès qu'elle sortait de cet état sidérant pour se pencher sur sa relation précoce à sa mère, en appui sur l'analyste qui avait survécu aux assauts de sa destructivité.

Derrière le fantasme rassurant d'une famille idéalisée, sans histoire et d'une enfance heureuse, elle retrouvait la petite fille triste qu'elle avait été, sauvage et effrayée, les silences, le manque de tendresse de sa mère, que ce fantasme venait contre-investir. Aline s'interrogeait sur ses origines et sur le poids des traumatismes familiaux grevant son identité. La mère d'Aline n'avait jamais parlé de l'histoire de son enfance. Aline en avait partiellement eu connaissance par son père et d'autres membres de la famille alors qu'elle était déjà adulte. Pendant longtemps pour Aline, c'était comme si sa mère n'avait jamais été enfant, qu'elle avait banni ce temps de sa vie. Orpheline, la mère avait perdu ses deux parents avant ses cinq ans et n'en avait jamais fait le deuil. Je compris qu'elle en avait fait porter le poids à Aline tout en évacuant de sa psyché les souvenirs, les affects se rattachant à son enfance.

Aline, elle, fait retour sur son enfance. Petite fille triste, confrontée à une mère impénétrable, elle cherchait des indices de l'histoire de cette dernière dans l'armoire maternelle, des vieux bijoux, des menus objets ou encore des photographies.

Dans le cours de la cure, Aline se lance à la recherche de l'histoire de ses grands parents maternels. Le grand père maternel fut tué accidentellement avant la naissance de la mère d'Aline pendant la grossesse de sa femme. La grand-mère d'Aline, avait confié sa fille, peu après sa naissance, à sa propre mère et fut tuée dans un bombardement en 1944 quand l'enfant avait cinq ans.

Il est impossible dans le cadre d'une conférence de relater l'ensemble des dimensions d'une cure qui fut longue, difficile mais fructueuse. Je vais simplement en rapporter quelques moments et aspects significatifs pour mon propos.

L'un des aspects importants de cette cure était la vigilance extrême d'Aline concernant mes réactions. Ainsi, elle percevait avec beaucoup de finesse les variations de mon attention comme de mon écoute, était comme à l'affût de mes mouvements inconscients. Il lui est arrivé plusieurs fois de rêver de moi en mettant en scène des situations très voisines de celles que je vivais. Ainsi, par exemple, elle me rapporte le lendemain d'une conférence que j'avais donnée à Genève, qu'elle a rêvé que j'étais à Genève et que j'allais dans un grand amphithéâtre, ce devait être professionnel, un colloque ou un congrès... Cette dimension du transfert montrait à mon sens l'enfant qu'elle fut, attentive, guettant un signe, un sens, à la recherche de l'inconnu de sa mère, au-delà de la curiosité sexuelle infantile.

D'un point de vue métapsychologique, il est assez difficile de se représenter ces moments de la cure qui pourraient un peu rapidement être qualifiés de transmission d'inconscient à inconscient, de télépathie et revêtir une dimension magique, animiste. Il me semble que pour les comprendre, il faut prendre en considération la régression profonde temporelle, libidinale et

topique chez Aline, à l'origine de la création d'une entité chimérique (M. De M'Uzan) avec l'analyste, à potentialité hallucinatoire mêlant les deux psychés. Selon moi, au plus profond de la régression narcissique gît l'objet et de tels phénomènes étaient l'indice d'une reviviscence dans le transfert de la relation à l'objet maternel primaire. De mon côté, la régression formelle de la pensée (C. et S. Botella) m'amenait souvent à « voir » Aline enfant, à figurer en moi, à partir de son discours, des scènes de son histoire.

Mais, en même temps que cette forme de communication primitive, il faut aussi prendre en compte le besoin d'emprise qui se jouait dans le transfert et qui servait de défense du moi à Aline par rapport aux représentations terrifiantes de l'objet maternel. Ce besoin d'emprise dans le transfert actualisait aussi, dans une répétition élaborative, le besoin frustré d'un pouvoir sur une mère tout à fait lisse et neutre affectivement.

Ces expériences dans le vécu transféro-contre-transférentiel venaient, à mon sens, répéter, en la rééditant sous une forme nouvelle, la relation maternelle primaire et je m'en servis, intérieurement longtemps après, pour proposer une construction à propos d'une scène énigmatique, vécue de nombreuses fois par Aline dans son enfance sur un mode identique. Mais ce temps de l'analyse fut précédé d'un travail intense, que je ne peux rapporter ici, concernant le lien au père, en particulier son rôle majeur d'étayage narcissique quand Aline était enfant. Dans ce temps de la cure, Aline put vivre dans le transfert paternel cette fois, un espace de sécurité, de protection et de chaleur qui affermissait sa confiance dans l'analyse et amorçait un dégagement par rapport à l'emprise de la figure maternelle.

Quand Aline était enfant, elle était « collée » à sa mère à la maison, cependant, dès que des visiteurs s'annonçaient, elle fuyait, allait se cacher pour observer sans être vue et écouter sa mère recevant ses visites. Elle avait peur des visiteurs, mais était en même temps très curieuse, comme fascinée par ces visites. Elle garde le souvenir de personnages sombres, effrayants. Les visites étaient en rapport avec les activités associatives de sa mère, ses « bonnes œuvres » pour aider les plus démunis. Alors Aline se sentait comme une « petite orpheline », seule dans son coin.

Au fil de la cure, Aline pense à l'annonce du décès de sa grand-mère à sa mère quand cette dernière avait cinq ans, logeant chez sa propre grand-mère. C'était la guerre, l'enfant n'allait voir sa mère à la ville qu'une fois par semaine, accompagnée par sa grand-mère chez qui elle résidait pendant la semaine à la campagne. Des gens ont dû venir annoncer le décès tragique de sa mère à la grand-mère et à l'enfant dans cette ferme isolée, le curé peut-être. Qu'en a-t-elle compris, à cinq ans ?

Je propose alors une construction, à partir de l'image de la « petite orpheline », qui relie les deux scènes, celle vécue par Aline à de nombreuses reprises avec les visiteurs effrayants et celle imaginée par elle de l'annonce de la mort de la grand-mère à la mère. Aline, enfant quand elle fuyait et guettait les visiteurs s'identifiait à sa mère enfant lors de l'annonce de la mort tragique de sa propre mère dans un bombardement. Les affects de terreur disproportionnés d'Aline dans ces scènes d'enfance étaient l'expression de la douleur et de la confusion tues par sa mère petite fille.

Cette construction donnait figure pour Aline à un tiers terrifiant, qui à la fois donnait sens à l'angoisse de l'étranger et venait dans

le même mouvement la relativiser. La mise au jour de ce tiers mortifère qui obnubilait la mère facilitait par son exhumation l'accès au tiers oedipien.

Cette construction joua un rôle important dans la sortie de l'identification mélancolique d'Aline. Ce n'est que par la suite, qu'Aline put aborder plus précisément l'histoire de ses relations à son père. Il apparut que ce dernier avait joué un rôle complexe de substitut maternel et d'étai narcissique important quand elle était enfant. Ainsi, c'est grâce à lui que, petite, elle avait pu avoir des activités valorisantes et féminines. Elle le décrivit comme un homme sensible, attentif et attiré par les arts et l'esthétique. Mais cette dimension maternante du père n'allait pas sans une valence incestueuse coupable pour Aline. J'appris qu'après sa déception par son mari, Aline, qui n'avait alors reçu aucune aide ni accueil de sa mère en réponse à sa détresse, se tourna à nouveau vers son père. Ce dernier, symboliquement, à travers son intervention et son action concrète, à cette époque, dans la vie de sa fille et de son gendre, retrouva une place d'objet oedipien pour Aline, un objet oedipien dont l'intervention dans la réalité le rendait objet incestueux. Ce qu'Aline n'avait pas obtenu de sa mère, elle le cherchait auprès du père mais se heurtait alors à la culpabilité oedipienne qui, dans un mouvement de balancier la renvoyait à la mère.

Sans entrer dans le détail, il m'apparut clairement après coup que la qualité de la relation au père, de par sa dimension incestueuse, avait joué un rôle important dans le maintien de l'identification narcissique mélancolique à la mère, dans son besoin inconscient de porter le fardeau maternel par culpabilité. Ici, la culpabilité oedipienne se trouvait renforcée, majorée par l'appoint d'une

culpabilité d'emprunt inconsciente, celle de la mère concernant la disparition de sa propre mère (Freud, 1923). C'est sans doute l'importance structurelle du complexe d'Œdipe qui permet après coup de mieux comprendre la déception d'Aline concernant le refus d'analyse de sa première analyste femme, de même qu'il éclaire la difficulté de la cure avec un homme et les rechutes mélancoliques à chaque progrès de la cure. Comme si Aline ne pouvait, tant que n'avait pu être analysé le recours narcissique et maternel au père, réduisant sa culpabilité, abandonner vraiment son identification mélancolique à sa mère.

Que se passa-t-il au décours de ces longues années d'identification mélancolique ? Aline traversa un temps de vacuité plutôt agréable, qui me fit penser à ce qu'écrit D.W. Winnicott à propos de l'informe. Elle était comme flottante, mais sans inhibition. Il s'agissait d'un temps préparant à des choix plus personnels d'une identité plus assurée et dégagée des entraves préalables. Ce temps d'un flou interne non désagréable dura plusieurs mois avant qu'Aline n'inaugure de nouveaux investissements sources de satisfaction.

J'ai bien conscience de n'avoir pas envisagé de façon exhaustive la question des enjeux identitaires et de la dépression dans la cure mais j'ai souhaité me centrer à partir de ce cas clinique sur la question de la reviviscence dans la cure et le transfert de la relation maternelle primaire et de l'identification mélancolique pouvant surgir à l'occasion de la perte d'objet narcissique. Plus encore que la haine de l'objet maternel révélée par le transfert négatif, les sources de cette haine se devaient d'être analysées. Le déni de la perte chez la mère d'Aline et l'exportation de cette perte déniée chez Aline enfant en étaient les racines. Ce déni de la

perte emportait avec lui l'infantile de la mère. Il fallait lever chez Aline l'hypothèque que constituait pour son identité l'identification à la mère enfant, cette part d'elle-même que la mère déniait et avait projetée en Aline. Autrefois, pendant l'enfance et l'adolescence sans doute, à condition de servir de réceptacle aux aspects déniés de sa mère, donc de se soumettre à l'emprise maternelle, Aline avait pu maintenir un lien infailible avec sa mère. Une mère idéalisée, dépouillée des failles inhérentes à l'infantile, une mère dont la perte était évitée. Cela, bien sûr, n'avait pas été sans conséquences lourdes sur l'économie pulsionnelle d'Aline. Son propre infantile avait été réprimé, dénié, contraignant Aline à de lourds contre-investissements idéaux et narcissiques, tandis qu'une part de son infantile survivait, alimenté par la relation au père.

En un temps ultérieur, ma patiente avait pu éviter l'identification mélancolique grâce au déplacement de l'investissement maternel sur son mari, ce qui déjà, était l'indice d'une certaine mobilité psychique. La trahison de ce dernier l'avait plongée dans la dépression et son seul recours avait alors été la renaissance de son lien à son père, objet narcissiquement étayant mais porteur d'une valence incestueuse d'autant plus coupable qu'adulte, ce penchant mobilisait en elle la sexualité génitale et une rivalité redoutable avec la mère. Cette configuration rendait en partie compte d'un contre-investissement du monde imaginaire par l'emprise et des rechutes mélancolique répétées.

Sortir de cette identification mélancolique supposait que dans la cure, à la faveur d'une régression profonde, se rejoue la relation primaire à l'objet, dans laquelle l'écart entre l'analyste et sa personne tend à se dissoudre, approchant de la régression à la

dépendance dont parle Winnicott, où l'analyste et le dispositif sont la mère. Mais, comme nous l'avons vu, le processus de la cure s'avérait accidenté et discontinu. Le travail d'interprétation du transfert maternel négatif avait pour effet de précipiter de nouvelles crises mélancoliques, ce qui me semble illustrer la phrase de Freud que je citais au début de mon exposé, à savoir que, chez le mélancolique, la fixation à l'objet est forte mais son investissement a peu de résistance. Aline, quand elle était privée de poursuivre la lutte haineuse avec moi, abandonnait le transfert et s'imposait de continuer la lutte en elle, entre les instances. L'endurance de l'analyste, sa survie à la destruction, ont fini par entamer la compulsion de répétition, ce qu'il faut bien voir comme une résistance du ça associée à la résistance du surmoi.

Mais à cela, il faut adjoindre la dimension paternelle incestueuse du transfert qui accroissait la culpabilité et renforçait le mouvement précédent.

Dans de tels cas, l'issue n'est pas certaine à l'avance. Il s'agit souvent d'une entreprise périlleuse, douloureuse et éprouvante pour l'analyste et l'analysant. De toute façon, une analyse ne saurait être complète et aucun critère d'indication ne peut être totalement fiable, c'est bien ce qui laisse place à l'imprévu et justifie que la cure soit comparée à une aventure ou une traversée.

Conférence d'introduction à la psychanalyse, 9 octobre 2008

2008-2009 : Les dépressions

Auteur(s) :

Mots clés :

Accueil

Quand le psychanalyste d'enfant rencontre les parents : où est le père ?

Traitement des dépressions par le psychodrame

Isaac Salem

2009

Je me limiterai dans cette conférence à vous décrire mon travail avec des patients psychotiques ou présentant un fonctionnement limite. Ces deux pathologies présentent régulièrement des états dépressifs ou des moments dépressifs qui sont liés au mode particulier de clivage.

[Lire le texte](#)

Le devenir des dépressions de l'enfance

Bernard Penot

2008

Le statut de la dépression chez l'enfant a fait l'objet de bien des controverses durant les soixante dernières années. Cela résulte d'abord d'un défaut d'évidence clinique du phénomène dépressif, en tous cas chez le jeune enfant ; mais cela tient aussi à l'importance de l'enjeu d'évaluer le devenir possible des dépressions précoces dans l'organisation ultérieure, et plus généralement encore, à la...

Lire le texte

Enjeux identitaires et dépression dans la cure analytique. Un cas de dépression mélancolique

Christian Seulin

2008

Le reproche de Ferenczi à Freud, de ne pas lui avoir donné une analyse « complète », que mentionne Freud dans Analyse avec fin, analyse sans fin en 1937, peut aujourd'hui être compris selon plusieurs perspectives. Il est certes question de l'analyse personnelle de Ferenczi avec Freud, et de l'impasse de ce dernier sur le transfert maternel archaïque et un transfert négatif...

[Lire le texte](#)

Dépressions et traitements psychotropes

[Vassilis Kapsambelis](#)

[2009](#)

Envisager les médicaments psychotropes, en l'occurrence des antidépresseurs, d'un point de vue psychanalytique, soulève deux grandes questions : - d'une part, ces médicaments font partie d'une relation, la relation médecin-malade. Cette relation est issue d'une longue tradition dont on retrouve les origines dans les tout premiers groupements humains et dans les fonctions magiques, chamaniques et religieuses que certains individus de ces...

[Lire le texte](#)

2007-2008 : Le narcissisme

Auteur(s) :

Mots clés :

Accueil

Quand le psychanalyste d'enfant rencontre les parents : où est le père ?

De Génération en génération : la subjectivation et les liens précoces.

Auteur(s) :

Mots clés :

Cet ouvrage est l'aboutissement des travaux de l'auteur notamment autour du lien précoce, de la subjectivation et de la filiation qu'il mène déjà depuis un certain nombre d'années. Les références y sont abondantes et, les nombreuses évocations cliniques viennent illustrer au fil du texte l'approche théorique toujours assez dense. Le livre comporte trois parties.

La première consacrée à la subjectivation et aux liens précoces, la

seconde, à la différence de générations, et la troisième à l'intersubjectivité affiliative paternelle et groupale. L'auteur propose d'envisager « (...) la formation de fantasmes de génération qui transposeraient sur la scène psychique l'introduction de l'espèce dans l'individu. Ces fantasmes qui aboutissent à la parentalité et à l'engendrement de nouvelles générations, se forment sur les traces d'expérience sensorielles précoces, fondatrices du sentiment d'existence, et que je désigne par le terme d'embryon de sens. » p 8.

Dans la première partie, l'approche est celle de la métapsychologie. L'auteur reprend avec une très grande précision toutes les avancées récentes, extrêmement fructueuses pour la clinique du bébé et du jeune enfant. L'écoute du sensoriel élargit le champ de la clinique en donnant de précieuses indications sur les défauts du lien précoces et sur les écueils de la subjectivation. A . Konicheckis insiste en particulier sur la subjectivité de l'objet.

Dans la seconde partie, l'auteur fait du « fort-da » le modèle de la transmission de génération en génération, de la filiation. Il propose le concept de montaison (utilisé pour décrire le mouvement des saumons dans les rivières) pour décrire « le mouvement de régrédience générationnelle caractéristique du transfert, le patient rencontre le trans-générationnel à travers la différence des générations. »p118. On entrevoit aisément non seulement la place de l'enfant dans certains contextes mais surtout sa fonction pour le psychisme parental spécialement autour des questions de deuil, circonstances dans lesquelles sa présence permet d'occulter l'absence.

La parentalité paradoxale et les filiations malaisées où, la transmission devient pathogène, sont ensuite décrites dans la

dernière partie, ainsi que la fonction paternelle tout particulièrement dans sa dimension de préservation des générations. La notion d'affiliation y est développée en référence au générationnel et au groupe. La réflexion de l'auteur s'ouvre ensuite sur la dimension de la culture.

Ce travail très documenté constitue donc une référence sur la question du lien précoce et sur la transmission des générations.

Le refoulement

Auteur(s) :

Mots clés :

Ce livre montre l'intégration du concept de refoulement, pilier de la psychanalyse, dans l'édifice psychanalytique.

Claude Le Guen trace l'évolution de la notion du refoulement dans l'œuvre de Freud à partir de ses tout premiers écrits. En 1915, Freud consacre au refoulement un article dans sa métapsychologie.

Ruth Menahem montre que, sur le plan génétique, il faut admettre l'hypothèse d'un refoulement originaire, pôle attracteur pour les refoulements proprement dits. Ce refoulement originaire est indissociablement lié au concept de l'inconscient car il est une voie constituant celui-ci.

Madjid Sali décrit le refoulement non seulement en termes de fonctions défensives du Moi, écartant les représentations indésirables de la conscience et s'articulant étroitement aux autres mécanismes de défense, mais aussi en termes de fonctions non défensives qui sont organisatrices, transformatrices, élaboratrices et créatrices du psychisme.

Après avoir défini le rejeton du refoulé et énuméré les formes qu'il peut prendre, Dominique Bourdin aborde leur devenir conscient par un travail de transformation passant par la compulsion à la figuration inhérente à la psyché.

Selon Jacques Bouhsira, la possibilité du refoulement de l'affect n'est pas unanimement admise. Certains affects semblent se prêter au refoulement à condition d'être pourvus de représentance.

Cléopâtre Athanassiou-Popesco décrit le rôle majeur que joue le refoulement dans l'œuvre de M. Klein pour qui le clivage précède, du point de vue développemental, le refoulement. Il a une valeur intégrative s'opérant à la charnière d'un niveau évolutif à un autre supérieur.

Pour Marie-Claire Durieux et Jacques Angelergues, le refoulement participe chez l'enfant au développement des capacités de représentation, tout autant aux représentations préverbales que du langage.

Emmanuelle Chervet élabore le refoulement du côté de l'analyste à l'œuvre dans les récits de cure à des tiers et dans la mise en réserve d'éléments de la vie psychique du patient.

Pour Gérard Bayle, lorsque le rejeton de l'inconscient est investi

de libido narcissique, il franchit la première barrière de censure, un second investissement le rendant conscient. Mais la libido narcissique peut aussi s'opposer à cette progression par un contre-investissement.

La psychosomatique du bébé

Auteur(s) :

Mots clés :

L'expression somatique du nouveau-né peut être considérée comme difficulté de l'ajustement réciproque de la dyade mère-enfant. Mais les difficultés peuvent commencer bien avant la naissance car le désir d'enfant, nécessairement ambivalent, s'accompagne d'un bouleversement psychique pouvant influencer la fécondité et le déroulement de la grossesse. Après la naissance, les symptômes ultra précoces du nouveau-né sont en lien avec l'état affectif de l'entourage et montrent la mise en place de la compulsion de répétition. Les cris paroxystiques et le reflux gastro-oesophagien sont une réponse du bébé à un excès d'excitation dû à un hyper investissement anxieux des parents. Cet hyper investissement peut avoir pour conséquence une hyper vigilance du bébé responsable des troubles du sommeil. Cependant, l'extrême variété des troubles du sommeil nécessite d'explorer le rôle et la valeur dans l'économie psychosomatique.

Les manifestations allergiques semblent volontiers en relation avec une situation conflictuelle. L'expression somatique chez l'enfant cède la place à l'expression psychique au fur et à mesure du développement. Il existe une forte intrication entre les caractéristiques personnelles du bébé et celles des parents à travers leur problématique actuelle. Le tout premier développement passe par l'accès à la position passive supposant une intrication pulsionnelle préalable suffisante. À partir de là se développent la discrimination d'objets et d'états affectifs, ensuite l'activité autoérotique et la pensée qui aboutit à la phase génitale précoce.

Après avoir exposé ainsi les bases théorico-cliniques, les auteurs se proposent d'étudier des nourrissons avec une symptomatologie psychosomatique, âgés de 0 à 4 mois, et leurs mères, appariés à une population témoin, à l'aide de tests standardisés. Les résultats de cette étude montrent une grande diversité entre les bébés tant sur le plan de la personnalité que de leurs compétences. Il est intéressant d'observer qu'autant l'excès d'excitation que l'absence d'excitation empêche le développement à l'auto apaisement. De la même façon, les capacités d'adaptation à un environnement perturbé sont variables pour chaque bébé quelque soit sa symptomatologie somatique. Des performances optimales du bébé peuvent cependant avoir un caractère défensif. Les capacités de mentalisation de la mère jouent un rôle important dans la régulation des surcharges d'excitation chez elle et son enfant.

En conclusion, on peut dire que dans la consultation psychosomatique, l'action thérapeutique réside dans le fait de parler à un tiers. La psychothérapie psychanalytique de la triade bébé-mère-père, dont le but est un remaniement en profondeur de

l'économie psychosomatique des parents tout en protégeant leur narcissisme, se base sur la sensibilité particulière de cette période. Les thérapies devraient briser la compulsion de répétition.

Le message à retenir de cet ouvrage est que l'ajustement de la triade ne va pas de soi.