

Sexualité infantile et période de latence dans le monde d'aujourd'hui

Auteur(s) : Florence Guignard

Mots clés : après-coup - contre-transfert - latence - narcissique (objet) - refoulement - sexualité infantile - société (changements) - technique (psychanalytique)

« J'estime que l'on ne doit pas faire de théories - elles doivent tomber à l'improviste dans votre maison, comme des hôtes qu'on n'avait pas invités, alors qu'on est occupé à l'examen des détails... »

Freud, Lettre à Ferenczi du 31 juillet 1915, soit trois jours après l'envoi à celui-ci du manuscrit de « Vue d'ensemble des névroses de transfert »
[1]

Introduction

La société occidentale connaît des modifications structurelles dont le rythme va croissant. Le fantastique développement des techniques de communication et de leurs applications n'est pas étranger à ces turbulences et vient s'ajouter à la fragilisation et aux profonds changements des structures familiales dans lesquelles se développent les enfants d'aujourd'hui.

Je voudrais avancer ici l'idée selon laquelle ce double impact, social et numérique, a entraîné des changements considérables, non seulement dans le mode d'adaptation proposé aujourd'hui au fonctionnement psychique de l'enfant par son environnement, mais aussi, et peut-être surtout, dans l'orientation de son développement psychique. Il s'agit d'un phénomène de deuxième génération, qui commence à avoir des effets durables, auxquels le psychanalyste est confronté toutes les fois qu'il est sollicité pour soigner un enfant.

L'avènement de la personne humaine dans la société dont il fait partie

Les relations de l'individu avec la société sont fonction de l'évolution respective de chacune des deux parties. Or, la société occidentale d'aujourd'hui n'a plus grand-chose à voir avec la société d'Europe centrale dans laquelle Freud s'est développé. Dans le système de valeurs occidental actuel, le développement de la vie psychique de l'individu - champ dont s'occupe la psychanalyse - est devenu très secondaire par rapport aux critères d'efficacité et d'adaptation à un environnement qui, pour sa part, s'est modifié à grande vitesse au cours des dernières décades.

L'incroyable développement des moyens d'information - et de désinformation - immédiate de ce qui se passe, sinon dans le monde entier, du moins dans une grande partie de celui-ci, confronte l'individu à de nouvelles exigences dans l'économie de ses pulsions et, partant, à de nouvelles formes d'angoisse.

La mondialisation de la communication virtuelle augmente l'impact de la « mentalité de groupe » [2] sur la pensée personnelle. Il faudra certainement plusieurs générations pour parvenir à intégrer l'immense champ de potentialités constitué par cette *néo réalité* qu'est le *virtuel* dans une civilisation qui, durant cette période, sera influencée par lui dans des proportions et des directions que nous ne sommes pas en mesure d'évaluer à court terme.

La question de la *transmission intergénérationnelle* se pose donc dans des termes nouveaux. Un jeune écrivain né de la génération des trente glorieuses n'a-t-il pas écrit récemment un livre intitulé : *Parents, vous ne nous avez rien transmis...*? Que penser de cet état de choses ?

Enfant roi, ou objet narcissique ?

[3]

C'est sur l'enfant que va se produire l'impact le plus violent de la « réalité virtuelle », l'enfant qui, du fait de son immaturité émotionnelle et intellectuelle, connaît déjà les difficultés inhérentes à la croissance pour mettre en place une *capacité de symbolisation*, laquelle, rappelons-le, requiert une *relation à trois termes* : le *Moi*, le *symbole* et l'*objet symbolisé*. [4]

Un enfant est naturellement tributaire des générations qui le précèdent et, au tout premier plan, de la génération de ses parents. Or, on assiste aujourd'hui à une importante dérive de l'Infantile [5] des adultes qui, théoriquement en charge d'éduquer la génération suivante, se servent en réalité des plus jeunes pour y projeter et y satisfaire leur propre hédonisme infantile.

Tel ce père, qui parvient à la caisse d'un supermarché, accompagné d'un petit garçon de quatre ans, très excité, les bras et le caddie débordants de jouets au-dessus desquels trônait une pizza pour deux personnes, et qui demande complaisamment à son fils : « Bon, ça va ? Tu as bien choisi tout ce que tu voulais ? ».

Cette image caricaturale illustre la primauté accordée par l'adulte d'aujourd'hui à la satisfaction immédiate de ses propres désirs infantiles au travers de ses rejetons. Il y manque la dimension essentielle de toute civilisation : un espace-temps de latence entre la formation d'un désir et sa satisfaction.

De tels changements ont des causes multiples, dont je ne saurais évidemment repérer que celles qui touchent de plus près à mon expérience clinique. Je pense notamment aux modifications considérables des circonstances et des personnes qui président à l'avènement, chez l'*infans* de quatre à six mois, de la découverte de l'altérité de la mère et de l'existence du tiers « paternel ». En effet, l'enfant occidental d'aujourd'hui commence très tôt sa vie en société : crèche dès l'âge de trois mois, école maternelle dès trois, voire deux ans. L'imprégnation de l'enfant par un tissu familial est réduite à la portion congrue en raison, d'une part, du peu de temps passé à la maison et, d'autre part, de la transformation grandissante de la structure de la famille. Il n'existe que peu, ou plus, de famille élargie à proximité du lieu de vie de l'enfant, et les grands-parents sont souvent encore en activité professionnelle.

Par ailleurs, l'enfant se voit de plus en plus souvent obligé de cliver précocement ses investissements parentaux, du fait de l'évolution de la vie des couples. Ses géniteurs sont souvent unis pour une période très brève, pour se séparer ensuite et,

éventuellement, réorganiser leur vie amoureuse chacun de leur côté, dans des familles dites « recomposées », homo- ou hétérosexuelles, quand la mère ne demeure pas seule avec son enfant, comme c'est de plus en plus souvent le cas. Le « tiers paternel », indispensable à l'enfant pour sortir de la symbiose [6] et organiser une problématique œdipienne, prend donc actuellement des formes extrêmement floues et changeantes, dans lesquelles le groupe social et sa « mentalité de groupe » remplacent l'apport du couple parental d'origine.

En imposant ces changements radicaux et souvent multiples à leurs enfants, les parents n'échappent pas à un fort sentiment de culpabilité, plus ou moins conscient. Ils vont tenter de calmer cette culpabilité en accordant des compensations matérielles à leurs chers petits, espérant pallier ainsi les carences affectives qu'ils leur font subir. Les retrouvailles avec l'enfant - un week-end, une moitié de semaine, ou une semaine sur deux, - ravivent pour le parent séparé le conflit avec son ex-conjoint, et ces ruptures continues ne favorisent guère une continuité éducative, dont on sait le rôle qu'elle joue dans la formation du Surmoi, mais aussi de l'Idéal du Moi. Plus que jamais, l'enfant est en mesure d'obtenir la satisfaction immédiate de ses désirs matériels, qu'il apprend vite à exprimer en lieu et place de son besoin d'écoute et de contenance. Il tire très vite parti de la situation de clivage qu'on lui impose, et joue sur les deux tableaux de sa famille d'origine éclatée.

Par ailleurs, il est de notoriété publique que les défaillances de l'éducation familiale placent les enseignants dans une situation paradoxale d'éducateurs sans autorité ni mandat, de sorte qu'ils sont souvent contestés par les parents, brièvement réunis dans

leur revendication de géniteurs d'un enfant en difficulté scolaire ou comportementale.

Le virtuel et les principes du fonctionnement psychique

L'accélération des technologies et des modes de communication – notamment le *web* – favorise les moyens d'entrer en contact en dépit de la distance géographique, hors du milieu de vie habituel. Ce fantastique outil de connaissance et de communication, qui permet des avancées incomparables dans la technologie des sciences, connaît aussi ses dérives – sites pédophiliques, racistes, etc. – contre lesquelles les moyens d'action sont encore trop précaires.

Dans le domaine de la relation humaine, il modifie profondément et de façon très nouvelle le *sentiment de solitude* propre à tout être humain et, du même coup, sa relation avec lui-même et l'investissement qu'il fait de sa *vie psychique interne*.

Le virtuel permet et favorise des échanges directs d'un individu avec d'autres qui, jusque-là, lui auraient été totalement inaccessibles, pour des raisons tant géographiques que sociologiques. La différence des sexes et des générations ne joue plus, dans ces rencontres virtuelles, le rôle traditionnel que nous lui avons connu et dont la reconnaissance est partie prenante, pour le psychanalyste, de l'accomplissement du Complexe d'Œdipe. La question se pose de savoir si ce nouveau champ très étendu de relations a, ou non, une incidence sur le réseau de relations géographiquement plus proche que sont la famille et l'environnement scolaire et social de l'enfant. On peut notamment

se demander si la communication proposée par le virtuel n'engage pas davantage l'investissement des connaissances et des performances, plutôt que l'investissement des *émotions* et le développement de la *pensée* qui en découle.

Quoi qu'il en soit, le psychanalyste se doit d'évaluer le *virtuel* à l'aune de ses critères métapsychologiques de base. Plusieurs d'entre nous s'y attachent, et je mentionnerai à ce propos les ouvrages très intéressants et novateurs que viennent de publier Sylvain Missonnier, d'une part, et Serge Tisseron, Sylvain Missonnier et Michael Stora [7] d'autre part.

Or, le virtuel entretient avec le *principe de plaisir/déplaisir* et le *principe de réalité* des relations fort différentes de celles qu'entretient le *fantasme*. Alors qu'il faut une organisation projective très intense, voire pathologique, pour que le sujet confonde le fantasme avec la réalité, le virtuel propose une *illusion de réel* qui permet de faire *l'économie du travail psychique de liens et de transformation* nécessaire aux bons rapports entre le *monde psychique interne* et la *réalité extérieure*.

L'univers du *virtuel* est un univers de *simulation* et, en tant que tel, rend d'immenses services à la recherche dans toutes sortes de domaines. Il lui manque cependant le critère même du développement psychique : « apprendre l'incertitude » [8], accepter l'aléatoire. Tous les tenants des jeux vidéo vantent les qualités de *maîtrise* et la revalorisation *narcissique* rendue possible par leur pratique. La dimension *relationnelle* y est implicitement traitée comme une valence à *gérer*, davantage que comme une composante du *développement psychique de la personnalité et de la qualité de la relation d'objet*.

C'est un changement de vecteur non négligeable qui reflète bien le changement de société que nous sommes en train de vivre.

Dans le domaine de la *représentation*, le virtuel oblige le psychanalyste à effectuer un *changement de perspective*. En effet, sur l'axe perception <-> représentation, la civilisation du virtuel place le curseur beaucoup plus près de la *perception* que de la *représentation*, en imposant à la perception du spectateur une quantité infiniment plus importante de représentations prédigérées dont les relations avec le monde réel sont plus ou moins subtilement décalées.

Mais, simultanément, la perception est sollicitée à s'exercer sur un monde *pseudo réel*, ce qui propose une ligne de fuite non négligeable lorsque la réalité qui se propose à la perception est trop douloureuse. La passivité de l'enfant est tout naturellement sollicitée. On peut donc parler ici de « clivage auto narcissique » (Ferenczi) ou de « clivage passif » (Meltzer) et s'intéresser au contenu et au devenir de chacune des deux parties clivées.

La partie clivée visible est sollicitée à *l'action* par les jeux vidéo, ainsi qu'à une forme bien spécifique de pensée, qui est la *stratégie*. Or, un bon stratège sait faire taire ses sentiments. Le développement de la pensée à partir des émotions en prend un sale coup, ainsi que les processus de défense secondaires (déplacement, négation et refoulement notamment).

Il est beaucoup plus difficile de se faire une représentation de la partie clivée invisible, sinon que les auteurs cités plus haut y voient à la fois le lieu du *véritable self* du sujet, et le lieu par excellence des mécanismes de défense primaire (clivage, déni, idéalisation et projection identificatoire).

Cette prévalence du clivage passif sur les mécanismes de défense secondaires de l'ordre du refoulement joue un rôle important dans la déstructuration, voire la possible disparition de la structure névrotique.

Par ailleurs, le développement du « monde de l'image imposée à la perception visuelle » bouleverse *la place et le rôle du langage dans la représentation du monde*. Le monde proposé à la perception étant un monde de perceptions visuelles prédigérées, on pourrait dire que, du point de vue du monde psychique interne, ces images imposées sont des pseudo représentations, dans lesquelles les objets proposés sont des pseudo objets, dont les liens avec les objets internes du sujet demeurent inconnus et, à la limite, sans importance. La tentation est grande, pour le sujet, de substituer le « monde de l'image imposé à la perception visuelle » au « monde psychique interne de la représentation en lien émotionnel avec ses objets internes ». Du coup, le langage intérieur n'a plus la nécessité de se développer et son rôle dans l'exploration des relations du sujet avec ses objets internes diminue d'autant.

Je ne pense pas, personnellement, que l'on puisse considérer l'espace virtuel comme un espace transitionnel. Je ne crois pas que Winnicott aurait été d'accord avec cette extension de son concept. La différence majeure réside dans la question de la relation d'objet : un objet transitionnel a les qualités mélangées de la mère et du sujet bébé, à partir de quoi chacun récupère progressivement ses billes. Un objet virtuel a les qualités que le programmeur a voulu lui donner - avec, certes, une part de son inconscient - et si l'enfant entre en relation avec ces qualités, cela ne le dispensera pas pour autant d'avoir à élaborer sa relation

avec sa mère réelle.

Enfin, en ce qui concerne l'espace et la figuration :

Dans le virtuel, il y a une extension de l'espace à l'infini, et une disparition du temps de latence dans la communication.

Latence, refoulement et après-coup

En installant ses modèles - complexe d'Œdipe, complexe de castration, névrose infantile prototypique de la névrose de transfert - Freud s'est basé sur sa découverte d'un *développement en deux temps* de la sexualité infantile, deux temps séparés par une *période* dite de *latence*, au cours de laquelle ses intérêts pulsionnels se détourneraient de la recherche d'une satisfaction directe pour se tourner davantage vers l'univers des connaissances.

Repère de l'organisation psychique en devenir, résultante de la formation d'un Surmoi-Idéal au travers des *identifications* au couple des parents et aux représentants des générations antérieures, la double *reconnaissance de la différence des sexes et des générations* constituait le relais identificatoire à des parents garants de la *suprématie du principe de réalité sur le principe de plaisir/déplaisir*. Ainsi la puberté advenait-elle sur un terrain déjà « cultivé », dans tous les sens du terme, fournissant des limites à *l'après-coup* de la crise identitaire de l'adolescence.

Or, confrontée à la société occidentale d'aujourd'hui, cette description contient en elle-même sa caducité. Pour moi, qui suis

confrontée quotidiennement à l'écoute des enfants, des adolescents, mais aussi des adultes qui s'en occupent - patients adultes, parents, et psychothérapeutes de l'enfance - je peux affirmer que le développement psychique des enfants dans notre société a davantage changé au cours de ces dix dernières années qu'il ne l'a fait au cours des « trente glorieuses » qui les ont précédées.

J'ai découvert qu'un *consensus* inattendu rassemble tous les praticiens de la psychanalyse avec l'enfant et l'adolescent que j'ai interrogés au cours de ces deux dernières années dans plusieurs places européennes : tous s'accordent à reconnaître que la *période de latence* telle que Freud l'a définie en 1905 dans les *Trois Essais* est en voie de disparition dans le tissu social actuel.

À partir des années 70, les psychanalystes ont vu s'estomper, voire s'escamoter, la différence des sexes et des générations, dans les liens familiaux comme dans les liens sociaux qui se sont noués entre les individus. La remise en cause salutaire d'un certain mode d'éducation a connu son effet pervers : l'inhibition et la transformation des pulsions ont cessé de représenter des valeurs reconnues et transmises, pour devenir plutôt des tares dont il faudrait se libérer.

Une fois débarrassé de la fonction contraignante/contenante de l'exigence éducative, le *sadisme primaire* des enfants des nouvelles générations a dû se constituer d'autres barrières défensives contre la désintrication pulsionnelle. En raison de l'évolution de la cellule familiale, ces barrières sont devenues actuellement de nature groupale, plutôt que familiale, et cet état de fait pose des problèmes nouveaux à la société et à la communication des individus entre eux.

Les syndromes d'*hyperactivité* se multiplient et, s'ils font l'affaire de la production pharmaceutique, ils ne sont pas, pour autant, calmés sans dommages pour le développement psychique des jeunes patients. [9]

On n'observe plus de « refroidissement » de l'expression pulsionnelle chez les enfants de six à douze ans qui, plutôt qu'une déflexion de leurs pulsions sexuelles vers des activités de sublimation, manifestent une excitabilité aussi importante que les enfants de trois à cinq ans, d'âge dit « œdipien », tout en imitant à l'envi les attitudes et les comportements sexuels des enfants pubères, des adolescents et des jeunes adultes.

C'est donc dire que la situation d'aujourd'hui remet en question la centralité du concept de *névrose* comme modèle économique du développement psychique.

Adaptation et développement

Je rappellerai ici une distinction qui était banale dans la psychologie du XXe siècle et qui a disparu progressivement, alors qu'elle retrouve maintenant toute sa pertinence. C'est la distinction que l'on peut faire entre « adaptation » et « développement ».

Les études sur les modifications du comportement des espèces sous l'influence des changements environnementaux ont mis en évidence le formidable coût que l'adaptation peut représenter, en vue de la survie de l'espèce. Durant ces périodes d'efforts extrêmes, le développement paraît la plupart du temps rester en « *stand by* ».

Et puis, un jour, une faille dans l'adaptation, un relâchement dans les exigences adaptatives, un individu qui s'aventure dans un élément qui ne lui est pas familier... et voilà que le développement reprend et qu'il y a mutation de l'espèce.

On pourrait dire que la pulsion à se développer s'empare de la faille, de l'erreur, de l'inhabituel, pour s'en nourrir et pour rattraper le temps passé en « *stand by* ».

Je pense qu'un même phénomène se produit au niveau de la vie psychique : le développement psychique ne prend sa source ni dans l'habituel ni dans le trop organisé, mais bien dans l'inattendu - voire le traumatique.

On en observe les effets dans l'histoire de nos connaissances et, en particulier, dans l'histoire des sciences. Je ne citerai pour référence que la découverte par Gödel des propriétés des nombres premiers ou, plus près de nous, la découverte de l'imprévisibilité des mouvements des particules, qui a donné lieu à la nécessité d'une nouvelle théorisation : la physique quantique.

Conséquences pour le traitement psychanalytique

Est-ce à dire que la psychanalyse est devenue caduque en tant que méthode thérapeutique et d'investigation du psychisme humain ? Je ne le pense nullement.

Je vais tenter d'examiner brièvement, sous trois angles principaux, les conséquences d'une telle situation du point de vue de l'approche psychanalytique de l'enfant.

1. 1) Angle phénoménologique
2. 2) Angle dynamique et économique
3. 3) Angle topique et structural.

1) Angle phénoménologique

Les pulsions épistémophiliques ne s'organisent plus essentiellement autour du fantasme originaire de scène primitive qui oriente la curiosité et le désir de comprendre vers la somme de connaissances détenues - en fantasme ou en réalité - par le couple des parents et, en deçà, par l'histoire de la pensée humaine. Plutôt que de se développer dans la mise en place de la *capacité de symbolisation*, ces pulsions, drainées par le formidable développement du monde virtuel, s'orientent avant tout vers l'*action*, dont nous savons qu'elle requiert un système de *logique binaire*.

Or, en ouvrant directement sur la *mise en acte* de la solution sélectionnée, le système de logique binaire ramène le sujet au niveau primaire du *principe de plaisir/déplaisir*, tel que Freud l'a décrit en 1925 : « bon, à avaler, mauvais, à recracher ».[10]

Cette solution par l'action, qui court-circuite et évacue pour un temps *l'angoisse de l'inconnu* et *l'angoisse de mort*, a plusieurs conséquences, notamment :

- Le désinvestissement de *l'énigme du Sphinx* - le temps linéaire et la finitude de la vie humaine - au profit du surinvestissement de l'agir *immédiat*, vécu comme *intemporel*.
- L'accroissement du *déni du principe de réalité* et, en tout premier lieu, de la réalité de la *mort de l'individu*.

- Corrélativement, les mythes de *transformation* et de renaissance privilégient la qualité *technologique* de la mutation, au détriment de la dimension du développement des capacités *psychiques*.

Cependant, ce nouvel équilibre défensif incluant le virtuel n'est guère efficace. L'enfant qui se réfugie dans les jeux d'exploits ou de combats de sa console de jeux ne peut plus en ressortir, sous peine de retrouver son angoisse, d'autant plus primaire qu'il rentre dans une réalité toujours non digérée. Le psychanalyste devra faire patiemment son chemin, à partir de ces fictions, jusqu'aux angoisses existentielles classiquement proposées par la dialectique fantasme/réalité de l'être humain.

2) Angle dynamique et économique

Ce désinvestissement de la vie psychique *interne* s'accompagne d'une *pathologie du refoulement* et, par conséquent, d'une désorganisation du *développement en deux temps* décrit par Freud dans son modèle de la *névrose infantile* : l'*après-coup*, tel qu'il l'entendait, ne se constitue plus de la même façon, puisque les modes infantiles de la sexualité demeurent *manifestes* de façon continue entre l'âge de l'Œdipe et la puberté.

On observe notamment une excitabilité sans limites de la *génitalité infantile*, caractérisée par un *mimétisme* de la sexualité adulte, expression directe du *déni* de la *différence des générations*. Les enfants ne vivent plus leur enfance, et l'on peut se demander si leur apparente hyper maturité n'est pas souvent une pseudo maturité. En effet, les affects dépressifs sont évacués dans l'hyperactivité - jusqu'au *burn out* ou au *break down* suicidaire.

3) Angle topique et structural

Les éléments *œdipiens*, présents et actifs à partir de la seconde moitié de la première année de vie, ne s'organisent pas en *complexe d'Œdipe*, pas plus que la problématique de la *castration* en *complexe* de castration. Dès lors, la *relation d'intimité*, pierre de touche d'une structure psychique véritablement génitale, ne pourra pas prendre place dans la deuxième partie de l'adolescence et dans les débuts de la vie sexuelle adulte. Elle sera remplacée par la pérennité des valeurs *phalliques* et *groupales* que sont la recherche de l'exploit, dans une mentalité voyeuriste/exhibitionniste.

Le mode de fonctionnement de ces jeunes patients présente des analogies, mais aussi des différences, avec celui que l'École française de Psychosomatique a désigné comme « pensée opératoire » [11]. L'une des différences réside dans le « rattrapage spéculaire » qu'ils parviennent parfois à effectuer, lorsqu'ils trouvent un « miroir psychique » suffisamment proche et disponible dans leur entourage ou chez l'analyste.

En cela, leur mode de pensée m'évoque celui des *autistes*, et également, dans une certaine mesure, celui de la « mentalité de groupe » décrite par Bion.

Surtout, il me fait penser au fonctionnement en *logique binaire*, que j'ai décrit plus haut à propos de *l'intelligence artificielle* et du *virtuel*. Et c'est en partant de ce paramètre que je voudrais tenter d'examiner les difficultés auxquelles les enfants d'aujourd'hui confrontent leurs psychanalystes.

Changements de société, élargissement des connaissances psychanalytiques

Depuis une vingtaine d'années, on observe un net changement dans la population qui, dans les métropoles occidentales, s'adresse à des psychanalystes dans l'espoir de soulager une souffrance psychique. Tout se passe comme si le modèle classique de la névrose, établi par Freud, concernait de moins en moins de patients, tout spécialement dans les plus jeunes générations.

Freud a toujours lié ses découvertes du fonctionnement psychique au tissu social dans lequel il a observé et soigné ses patients. Il ne serait donc nullement étonné de constater avec nous combien la psychopathologie individuelle d'aujourd'hui s'est modifiée, en même temps que se délitent les structures sociales et familiales de notre cité occidentale actuelle.

Qu'il traite des adultes, des adolescents ou des enfants, on sait que le souci du psychanalyste concerne le développement du Moi et l'amélioration de la nature des défenses qui interviennent dans les relations du *sujet* avec ses propres pulsions et celles des autres. Dans cette perspective, le travail analytique se centre essentiellement sur la compréhension, dans le *champ analytique* et au travers du *transfert*, des relations du Moi de l'analysant avec ses propres objets internes, projetés sur l'analyste, nous souvenant que les objets internes ont tous un rôle dans la constitution et la qualification du Surmoi.

Il est donc légitime de se demander si ces buts de la psychanalyse

rencontrent aujourd'hui des structures, tant individuelles que sociales, suffisamment analogues à celles qu'analysait Freud voici un siècle, pour que le *corpus* psychanalytique puisse, sinon demeurer en l'état, du moins nous servir encore de référence pour notre exploration du psychisme humain.

Au cours des cinquante dernières années, les psychanalystes ont élargi leurs connaissances sur l'articulation des pulsions sexuelles avec les pulsions du Moi. L'importance du rôle de *l'objet d'investissement* par les pulsions du sujet s'en est accrue d'autant, notamment, celle du tout premier objet d'amour et de haine du petit d'homme : la mère.

Qu'il s'agisse des concepts winnicottiens de *holding* et de *handling* [12], du concept bionien de *capacité de rêverie de la mère* [13] ou de la théorisation laplanchienne [14] de la *séduction maternelle*, il est désormais établi que les orientations et les transformations des pulsions sexuelles du nourrisson à l'intérieur du couple qu'il forme avec sa mère participent de manière essentielle à l'organisation du premier Moi de l'enfant. De l'écoute que lui fournira la mère, dans sa relation avec elle comme dans sa relation avec le père et avec la fratrie, dépendra la place dans la société de l'individu devenu adulte.

Dans le même temps, les travaux des post-freudiens, notamment ceux de l'École Anglaise et de l'École Argentine, ont permis d'explorer et de soigner des régions du psychisme plus proches du fonctionnement psychotique que du fonctionnement névrotique. Au fil des ans, on a constaté que les psychanalystes avaient de plus en plus affaire à une « pathologie des limites » : limites entre soi et autrui, entre penser et agir, entre la réalité psychique et la réalité extérieure, et, depuis quelques années, entre le virtuel et le

réel. Fragiles, mal organisées, ces limites se désintègrent d'autant plus facilement que les limites de la société environnante se sont elles-mêmes assouplies, fragilisées, désorganisées.

Il est grand temps de ne pas regarder seulement ces patients « états limite » comme « différents » et posant des problèmes d'*indication* et de *technique*, mais bien de les considérer comme l'occasion qui nous oblige à reconsidérer nos *modèles*.

Certes, le psychanalyste dispose actuellement de paramètres théorico-techniques plus fins que ceux de la première moitié du XXe siècle. Il peut observer et analyser des mouvements psychiques plus complexes, tant dans leur nature que dans leurs intrications.

Il faut néanmoins se poser la question suivante :

L'évolution de la société va-t-elle, ou non, modifier les paramètres de base de la cure psychanalytique ?

Toute la problématique du devenir du *désir*, de la *culpabilité*, du *refoulement* et des *identifications*, est contenue dans cette interrogation.

Questionner nos concepts

Cent ans après la parution des *Trois Essais sur la théorie de la sexualité* [15], tandis que de nouvelles attaques virulentes viennent remettre en question le bien-fondé de la technique analytique et de l'appareil théorique sur lequel il s'étaie, il est important que les psychanalystes eux-mêmes puissent prendre la mesure des principaux concepts de leur discipline et en dégager

les changements, mais aussi les *invariants*. Cela conduit à poser les deux questions suivantes :

- La *névrose infantile* et la *névrose de transfert* font-elles toujours partie des invariants, aujourd'hui comme en 1905, lors de la parution du texte *princeps* dans lequel Freud découvre et décrit l'existence et le rôle de la *sexualité infantile* pour le fonctionnement psychique ?
- Dans le cas contraire, quels sont les éléments de ces deux concepts qui pourraient demeurer des invariants pour les psychanalystes d'aujourd'hui ?
- Cette référence aux *Trois Essais* s'impose du fait que, sans les découvertes de Freud sur la *sexualité infantile*, les concepts même de *psychanalyse* et de *névrose* perdent tout leur sens. Mais elle entraîne, du coup, une autre question :
 - • Le statut et le mode de fonctionnement de la *sexualité infantile* dans le développement psychique humain et dans sa psychopathologie sont-ils exactement les mêmes aujourd'hui qu'en 1905 ?

Certains praticiens de la psychothérapie ont opté pour la solution radicale de « jeter l'enfant avec l'eau du bain » et ont envoyé promener la pensée psychanalytique pour placer leurs espoirs dans des techniques visant à modifier le comportement, et la manière *consciente* de faire fonctionner la pensée.

D'autres, dont je suis, ainsi que tout cet auditoire, tiennent à poursuivre l'investigation des processus inconscients à partir de ses *invariants* afin d'étudier le fonctionnement psychique à travers lequel la pulsion, héritière humaine de la sexualité, trouve ses voies de frayage pour organiser la complexité d'un *sujet* dans le

monde d'aujourd'hui.

La *théorie* psychanalytique ne devrait pas être considérée comme un roc inamovible, mais bien plutôt comme un ensemble de *modèles*, dont il importe de remettre en question et de requalifier constamment les configurations conceptuelles à l'aune des avancées de la *méthode* et des modifications de la *technique* (cf. citation en exergue), mais aussi à la lumière de l'observation des changements sociologiques survenus depuis la naissance de notre discipline.

Le praticien de la psychanalyse se trouve ainsi confronté à de nouvelles responsabilités et à des exigences techniques nouvelles.

Conséquences pour la clinique psychanalytique

Face à cette nouvelle distribution des éléments constitutifs du fonctionnement psychique, au relais endémique du niveau primaire des défenses du Moi (clivage, déni, idéalisation, projection identificatoire) que constitue le *virtuel* dans la culture actuelle, alors que le niveau secondaire de celles-ci (défenses liées au refoulement secondaire [16]) fond comme neige au soleil, le psychanalyste va rencontrer deux ordres de difficultés :

- • Difficultés d'ordre contre-transférentiel.
- • Difficultés d'ordre technique.

Difficultés d'ordre contre-transférentiel

Notre analyse personnelle nous a donné la capacité de prendre

conscience des éléments de notre propre Infantile lorsqu'il entre en résonance avec celui de notre analysant, quel que soit l'âge de ce dernier et, *a fortiori*, avec l'Infantile de nos patients enfants. Nous sommes donc en mesure d'aller et venir au travers de la barrière analysée de notre propre refoulement, voire de nos propres clivages. Néanmoins, notre mouvement intérieur fonctionne principalement sur un modèle *névrotique* : celui de notre *névrose de contre-transfert*. C'est, notamment, ce modèle qui est responsable de la *transformation* de nos *théories sexuelles infantiles* dans ce qui est devenu notre *théorie analytique implicite*.

Certes, l'entraînement que nous avons acquis dans l'utilisation de notre *projection identificatoire* [17] - en principe normale - va prendre le relais de ce fonctionnement névrotique. Mais il nous entraînera alors vers d'inévitables et indispensables *taches aveugles* dans notre contre-transfert.[18] Ces dernières nous conduiront à penser, voire à *agir verbalement*, en projection identificatoire avec celui des objets internes du patient qui se trouve être le plus actif - et pas nécessairement le plus manifeste - sur la scène analytique du moment.[19]

Cette *tension* entre notre propre Infantile analysé et celui de notre patient est indispensable au maintien et à l'analyse du lien analytique. Elle sera d'autant plus difficile à vivre que nous serons confrontés à des mécanismes de défense archaïques, plutôt qu'au refoulement secondaire. Ceci constitue l'une des difficultés majeures de l'exercice de la psychanalyse avec les enfants, et rend compte de la résistance considérable de notre communauté psychanalytique à cette pratique.

L'une de nos issues défensives les plus fréquentes consiste à

utiliser des *interprétations-bouchons*, pour lesquelles nous faisons appel notamment :

- à l'évocation de l'histoire personnelle de l'analysant et à la représentation aléatoire que nous nous faisons des personnes réelles de cette histoire ;
- à nos connaissances théoriques et, par conséquent, à notre propre théorie analytique implicite.

La sortie d'une tache aveugle se produit, chez l'analyste, dans un mouvement de *protestation identitaire* par lequel il se dégage de sa projection identificatoire aux objets internes du patient. Cette protestation identitaire est tout particulièrement sollicitée lorsque le patient présente une utilisation pathologique des *mécanismes primaires* d'organisation de son Moi, sous forme d'une *régression* à un état passager de *confusion* durant la séance.

En d'autres termes, la *désintrication pulsionnelle* du patient suscite chez l'analyste un mouvement de *déni* de *l'angoisse de mort*, qui constitue le *primum movens* du développement psychique.

Confronté à ces configurations, particulièrement présentes et actives chez l'enfant et chez l'adolescent, le psychanalyste devra effectuer un important travail auto-analytique pour réinstaller sa *capacité de rêverie*, activité *préconsciente* dont l'illustration *princeps* demeure pour moi le « Père, ne vois-tu pas... » du rêve rapporté par Freud.[20] Je rappelle que cette capacité de rêverie est l'expression d'un psychisme *adulte*, au Complexe d'Œdipe organisé.

Le but premier de l'analyse devient dès lors de favoriser l'activité de symbolisation chez le patient, introduisant par là le *tiers* indispensable au développement névrotico-normal.

Pourtant, il se pourrait que nos capacités d'identification aux enfants des générations présentes et à venir soient battues en brèche par les profondes modifications de leur vision du monde, dans laquelle la capacité de symboliser va peut-être tenir un rôle moins important que par le passé, face à l'importance que prend pour eux le monde virtuel. En d'autres termes, notre but de psychanalystes - aider à installer et à organiser une *vie psychique interne*, c'est-à-dire, ce qu'il y a de plus intime et de plus personnel chez un *individu* - sera-t-il toujours *intéressant* aux yeux des générations à venir, qui sont prises dans une mondialisation de schémas virtuels tout faits d'avance ?

Difficultés d'ordre technique

Dans le monde où vivent les enfants et les adolescents d'aujourd'hui, et où prévalent :

- l'expression du *virtuel* sur l'expression du *fantasmatique* ;
- l'utilisation d'un système *binnaire* d'équation symbolique - ou, si l'on veut faire référence à Peirce, d'indices et d'icônes - sur l'utilisation d'une *symbolisation à trois termes*,

... quels outils techniques le psychanalyste va-t-il pouvoir utiliser afin d'établir des liens entre ces deux modes de fonctionnement, si différents l'un de l'autre ?

Je pense que la mondialisation du système de logique binaire utilisé dans l'imagerie virtuelle est l'occasion, pour les psychanalystes, de considérer sous un angle nouveau les recherches qui ont été effectuées dans le monde de *l'autisme*. Je pense notamment aux travaux de D. Meltzer [21], de F. Tustin [22] et de G. Haag. [23] Il serait temps que la psychanalyse accorde toute son attention à cette autre forme d'intelligence et de *Weltanschauung*, sans abandonner, pour autant, ses paramètres psychanalytiques et, en particulier, la théorie de la pensée élaborée par W.R. Bion [24].

Il ne suffit plus, aujourd'hui, de repérer des « parties psychotiques » et des « barrières autistiques » chez des patients enfants et adolescents que nous continuerions à considérer à l'aune d'un développement névrotique classique. Nous devrions nous attacher à comprendre de façon suffisamment approfondie ce qui, dans le monde de logique binaire du virtuel, fonctionne comme un attracteur si puissant sur les jeunes patients, qu'il leur permet d'éviter le *travail psychique de symbolisation* lié à *l'internalisation de l'objet* et, partant, à *l'élaboration de la perte* de celui-ci.

Dans cette perspective, et si nous croyons toujours à la *force d'intrication pulsionnelle* que constitue la *talking cure*, il devient tout particulièrement important de nous pencher sur les pathologies du *sadisme primaire*, expression première de *l'intrication des pulsions de vie et de mort*, comme Mélanie Klein l'a si bien décrit [25] en relation avec les tendances criminelles, qui nous posent également de plus en plus de problèmes de société.

Résultant de cette intrication première, l'organisation du sadisme

oral et anal est le lieu par excellence où l'influence de l'organisation pulsionnelle du monde adulte va exercer son action sur l'organisation psychique de l'enfant. C'est aussi, selon moi, le lieu où le monde du virtuel va proposer son échappatoire omnipotente et manichéenne à nos jeunes patients.

Par ailleurs, en l'absence d'une véritable *période de latence*, le psychanalyste des enfants d'aujourd'hui doit apprendre à écouter les *micromouvements d'après-coup* qui se produisent dans le champ analytique. En effet, tout se passe comme si les enfants devaient trouver une nouvelle façon de transformer leur excitation sexuelle, sans avoir recours de façon majeure au refoulement. Le risque réside évidemment dans l'utilisation préférentielle des mécanismes de défense primaires.

Conclusion

La psychanalyse de l'enfant est une pratique de pointe sur le plan thérapeutique, et elle constitue, de ce fait, le champ le plus avancé de la recherche en psychanalyse. Nous serons donc les premiers à découvrir les structures psychiques que les enfants d'aujourd'hui et les adultes de demain organiseront en lieu et place de la *névrose infantile* que nous avons connue jusqu'ici.

C'est une occasion à ne manquer sous aucun prétexte. Pour cela, nous devons affiner nos moyens d'observation et, notamment, utiliser pleinement les *éléments de la psychanalyse* installés par les continuateurs de l'œuvre freudienne, notamment Klein et Bion. En effet, je crois que les concepts tels que la *position dépressive centrale* de Klein et la relation *contenant/contenu* de Bion peuvent plus que jamais nous servir de repères fondamentaux dans notre

pratique quotidienne, où l'effondrement menace plus que jamais les générations à venir, notamment parce que la société d'aujourd'hui et de demain souffre d'une grave carence d'activité psychique contenante. Si nous voulons maintenir notre écoute à son meilleur niveau, « sans mémoire ni désir » (Bion), nous aurons à suspendre nos perspectives théoriques classiques, tout au moins celle du modèle de la névrose comme référence de la normalité, et résister à la tentation de fermer le champ de notre recherche en y plaquant un autre modèle déjà connu, dans le vain espoir d'apaiser notre angoisse.

Pour autant, nous ne cesserons pas d'investir ce monde psychique interne qui constitue notre matériau spécifique. Dans cette perspective, nous devons nous intéresser suffisamment longtemps à la scène du virtuel que nous propose l'enfant, pour que les « objets inanimés » qui la constituent acquièrent « une âme ».[26] C'est à ce prix que ceux-ci quitteront leur place d'objets préfabriqués pour devenir des *représentants des émotions*, plutôt que de demeurer des *évacuations* sous forme d'*actions*. Mais nous devons être plus prudents que jamais : dans ce contexte nouveau, si nous établissons trop vite des liens entre les intérêts de l'enfant et la situation de transfert, le champ analytique pourrait bien se rétrécir comme une peau de chagrin, et le risque d'une *réaction thérapeutique négative* surgir inéluctablement. L'interprétation prématurée du transfert agit, dans ce mode nouveau de fonctionnement psychique, comme une *séduction sexuelle* et inhibe très rapidement le mécanisme de base du développement psychique que constitue le *déplacement*.

Conférences d'introduction à la psychanalyse, 14 octobre 2009

Notes et Références

- [1] Freud S., 1915, *Vue d'ensemble des névroses de transfert. Un essai métapsychologique*. Paris, Gallimard, 1985.
- [2] Bion W. R., 1959, *Recherches sur les petits groupes*. Paris, PUF, 1965.
- [3] Je voudrais signaler à ce sujet le beau livre de Simone Korff Sausse : *L'Enfant Roi*.
- [4] Segal H., 1957, Notes sur la formation du symbole. *Rev. franç. Psychanal.* XXXIV (4), pp. 685-696. Paris, PUF, 1970.
- [5] Guignard F., 1996, *Au Vif de l'Infantile. Réflexions sur la situation analytique*. Lausanne, Delachaux & Niestlé Coll. « Champs psychanalytiques ». [6] Bleger J., 1981, *Symbiose et ambiguïté*. Paris, PUF, Coll. Le fil rouge.
- [7] Tisseron S., Missonnier S., Stora M., 2006, *L'enfant au risque du virtuel*, Paris, Dunod.
- [8] Guignard F., 1990, Devenir adulte ? Apprendre l'incertitude. Ouvrage collectif, *Devenir adulte ?* pp. 123-141, édit. Alléon A.M. Lebovici S. et alii, Paris, PUF.
- [9] Salomonsson B., 2006, The impact of words on children with ADHD and DAMP. *Int. J. of Psychoanal.* Vol. 87 part 5. Trad. F. Guignard, in: *L'Année Psychanalytique Internationale 2007*, p. 99-118, Paris, In Press, 2007.
- [10] Freud S., 1925, La négation. *O.C.F.* XVII. Paris, PUF, 1992.
- [11] Marty P., 1991, *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- [12] Winnicott D.-W., 1958, *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969.
- [13] Bion W. R., 1961, Une théorie de la pensée. In : *Réflexion faite*. Paris, PUF, 1983.
- [14] Guignard F., 2006, La pensée de Jean Laplanche. *Convergences et apories. Psychiatrie française* n°3, pp. 90-109.
- [15] Freud S., 1905, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1962.
- [16] Freud S., 1915-1917, *Métapsychologie*. *O.C.F.* XIII, Paris, PUF, 1988. [17] J'utilise cette traduction de « projective identification », plus correcte, à mon sens, que le terme habituel d' « identification projective ».
- [18] Guignard F., 2001, *Réflexions actuelles sur le contre-transfert : les concepts métapsychologiques de troisième type*. Journée des membres de la SEPEA, 12 mai 2001,

et Conférence à l'Association Psychanalytique de Madrid, 5 octobre 2001.

[19] Le concept de « tache aveugle dans le contre-transfert » se rapproche du concept de « contre-identification projective » de L. Grinberg, sans pourtant s'y superposer entièrement.

[20] Freud S., 1900, *L'interprétation des rêves*. Paris, PUF, 1967. [21] Meltzer D. et al., 1975, *Explorations in autism*. Clunie Press, Perthshire.

[22] Tustin F. a) 1972, *Autism and Childhood Psychosis* London Hogarth Press. b) 1981, *Autistic states in children* Routledge. c) 1986, *Autistic Barriers in Neurotic Patients* London Hogarth Press.[/ref]

[23] Haag G., 1985, Psychothérapie d'un enfant autiste. In : *Approche psychanalytique de l'autisme infantile*. Lieux de l'Enfance n°3, Toulouse, Privat, p. 65-78.

[24] Bion W. R., 1962, A theory of Thinking. In : *Second thoughts* (1967). *Selected Papers on Psycho-analysis*. London, Heinemann Ltd. Reprinted London : Karnac Books 1984.

[25] Klein M., 1927, Les tendances criminelles chez les enfants normaux. In : *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967, p. 211-228.

[26] Lamartine A. de, 1826, *Milly ou la terre natale* : « Objets inanimés, avez-vous donc une âme Qui s'attache à notre âme et la force d'aimer ? ».

L'interprétation, et quoi d'autre ?

Auteur(s) : Steven Wainrib

Mots clés : interprétation - position (inconsciente) - position méta - subjectal/subjectalisant - tiercéité

Couplée à des constructions, l'interprétation est à juste titre

considérée comme un aspect spécifique de notre pratique. En même temps chacun sent qu'il est amené à faire autre chose. En quoi ce mode alternatif peut-il se situer au cœur du travail analytique, sans nous mener à l'improbable mariage de la psychanalyse et de la « psychothérapie », cet affligeant fourre-tout, propice à toutes les dérives vers la suggestion, le comportementalisme ou un soutien aliénant ?

Ce questionnement nous mènera dans un deuxième temps à revisiter le processus interprétatif, dans le contexte des analyses actuelles, avant de nous efforcer d'articuler ces deux aspects de la rencontre analytique.

I) Le mode subjectalisant

Pour commencer, je vous proposerai de nous reporter en 1907, pour relire un extrait du compte-rendu de l'analyse de l'homme aux rats. Il a le mérite de nous montrer comment Freud recourait volontiers à d'autres modes d'intervention que l'interprétation.

Nous sommes à la deuxième séance de l'analyse. Après avoir évoqué sa rencontre avec le « capitaine qui aimait la cruauté », le patient s'interrompt, se lève et prie Freud de lui faire grâce de la description de ce qui l'obsède. Freud se trouve confronté à une certaine urgence devant ce passage à l'acte, l'analysant quittant la position allongée, avec une demande directe d'entorse à la règle fondamentale. Paradoxalement, c'est le contenu même des obsessions pour lesquels il est venu voir Freud, que son patient lui demande d'exclure de l'analyse.

Devant une résistance aussi massive, si une interprétation

exhaustive pourrait sembler prématurée, on conçoit aisément un questionnement qui aurait pu amorcer le processus interprétatif, à un moment où Freud a en tête l'homosexualité inconsciente et le sadisme anal de son analysant. Ce n'est pas le choix de Freud. Il lui répond en l'assurant que « *quant à moi je n'ai aucun penchant pour la cruauté et n'ai certainement pas envie de vous tourmenter, mais bien entendu je ne peux vous dispenser d'une chose sur laquelle je n'ai pas de pouvoir. Vous pourriez tout aussi bien me prier de vous dispenser deux comètes. Surmonter les résistances est un commandement du traitement auquel nous ne pouvons naturellement pas nous soustraire.* »

Le mode dénégatoire employé au début traduit l'embarras de Freud. Par son passage à l'acte, Ernst Lehrs lui impose de choisir entre deux rôles insoutenables : tu seras le capitaine cruel ou la gouvernante incestueuse. Une *collusion* lui est en effet proposée, celle consistant à se mettre d'accord pour ne pas tenir parole. Ce pacte ne peut manquer de faire écho à celui dévoilée lors de la séance précédente. Vers 4 ou 5 ans, alors que sa gouvernante était étendue sur le canapé, légèrement vêtue, Ernst lui avait demandé la permission de se glisser sous ses jupons. La jeune femme y avait consenti, à condition que l'enfant n'en dise rien à personne. C'est un enjeu insistant, qui réapparaît avec la gouvernante suivante, celui de pouvoir transgresser si l'on ne parle pas, mettant ainsi le père hors-jeu. Freud va sortir de cette impasse en trouvant une forme de réponse qui relève d'un authentique moment de rencontre analytique. S'impliquant, prenant position sur son propre rapport aux règles, Freud fait ainsi émerger du nouveau, créant les conditions qui permettront au mode interprétatif de pouvoir se déployer dans la suite de l'analyse.

Se référant à la règle fondamentale comme une « règle constitutive », et non comme une règle normative, Freud ne fait pas la morale à son patient, mais rappelle que la règle vient ici instituer en position tierce, symbolique, une forme d'échange qui n'existe pas en dehors de cette situation. Freud prend ici position en tant qu'homme de parole, et non maître du jeu, pouvant en changer les règles à son gré. Cet énoncé témoigne de son parcours, de son choix de devenir analyste, abandonnant la position de l'hypnotiseur ou du psychothérapeute, pour prendre en compte la demande que lui avait formulé Anna O, celle de pouvoir être entendue. Renonçant au pouvoir illusoire conféré par le transfert, Freud se réfère à une pratique inédite, conçue pour reconnaître les positions inconscientes de l'analysant et les rôles qu'il souffle à son analyste, au lieu de l'aliéner dans des manipulations psychothérapeutiques.

C'est en ce sens que nous pouvons aussi saisir l'énigmatique évocation des deux comètes. Le transfert ne tend-il pas à conférer à l'analyste des pouvoirs exorbitants, concédés dans le seul espoir qu'il ira vous décrocher la lune, ou quelque chose d'aussi fulgurant que les deux seins perdus dans la nuit des temps ?

Ne se prenant pas plus pour un père omnipotent que pour une figure maternelle complice, Freud offre à l'homme aux rats une sortie de l'automatisme de répétition vers une nouvelle forme de liens, entre sujets susceptibles de se reconnaître à l'intérieur d'un cadre tiercéisant. Freud crée ainsi la possibilité d'un lien subjectalisant, ouvrant vers un autre monde possible que celui des relations sadiques de domination qui obsèdent son patient.

Freud intervient autrement qu'en interprétant, sur un mode que nous pouvons qualifier de subjectalisant. Bien sûr, ces deux

aspects de notre travail se complètent, dans la mesure où cette intervention subjectalisante n'advient qu'en fonction des interprétations latentes de l'acting, restées à l'arrière-plan.

Il serait d'ailleurs tout à fait possible d'articuler la question de la collusion aux obsessions de l'homme aux rats qui restent à interpréter. Son sadisme n'est-il pas exacerbé par les impasses suscitées par le climat transgressif qu'il évoque ? Rappelons-nous cette séance où l'analysant se souvient d'une scène qui aurait eu lieu lorsqu'il avait sept ans. Il entend la gouvernante dire à la cuisinière et une autre fille : « avec le petit on pourrait bien faire ça, mais Ernst est trop maladroit, il raterait sûrement son coup » (idem, p. 37). L'exacerbation du sadisme anal à l'égard de la « dame vénérée », qu'il fantasme de soumettre au supplice des rats, ne tient-il pas de la vengeance. L'incestualité ambiante l'a confronté d'autant plus crûment à d'intenses blessures narcissiques, que l'interdit n'est pas venu jouer son rôle protecteur par rapport à l'impossible ?

Dans son intervention, Freud ne fait pas que résoudre un moment de tension en séance pour permettre à l'analyse de continuer. Confronté à l'agir de son patient, Freud ne nous montre-t-il pas son exercice de la fonction subjectalisante de l'analyste ? Comme le propose R. Cahn (2002, p. 169) cette fonction vise à « permettre que se répètent, à la fois afin de les identifier et de les modifier, les situations à l'origine de la perturbation, chez l'analysant, de la fonction sujet. »

Il y a dans cette optique une ouverture vers un lien entre sujets, susceptibles de se reconnaître mutuellement, en fonction d'un terme tiers, ici à la règle analytique. Freud ne joue pas le jeu truqué de la « castration symbolique » de l'analysant, la référence

vaut pour les deux parties, sans impliquer pour autant une symétrie.

Le concept de tiercéité qui vient à propos de cette intervention de Freud a été particulièrement développé en psychanalyse par André Green depuis une bonne vingtaine d'années, cet auteur soulignant de manière pertinente le risque de « se laisser emprisonner dans la relation duelle » (Green 2002), dans l'impasse « d'un échange circulaire d'où l'on ne voit pas comment on peut sortir ». Comme le souligne aussi Jean-Luc Donnet (1995) : « tous les éléments du site - jusqu'à la théorie - peuvent ou doivent à l'occasion assurer la vicariance de la fonction tiercéisante ». La relation duelle évoquée par A. Green, tient de la collusion inconsciente entre l'analyste et l'analysant, un co-ludere, rendu très excitant par le fait que ce jeu se ferait au détriment d'un tiers, censé représenter la limite des deux protagonistes.

À l'inverse des interventions subjectalisantes, élément du processus analytique, *les dérives psychothérapeutiques* peuvent être conçues comme une réduction de la fonction de l'analyste à des activités pseudo réparatrices ou correctrices. Pris dans cette logique, le thérapeute risque alors de se prendre pour un contenant parfait, omnipotent, dans une relation vouée à la circularité, à l'empiètement, aux impasses de la déception mutuelle et finalement de la destructivité.

Complétant les avancées de Freud, d'autres auteurs nous aident à poursuivre cette recherche d'un complément du processus interprétatif.

Bion attire notre attention sur le lien entre le travail analytique et la capacité de rêverie maternelle, susceptible de réaliser la

transformation des éléments-bêta en éléments-alpha. Comme le montre Ferro (2009) dans un article récent, la séance devient un espace où peut devenir racontable ce qui était auparavant inexprimable. Cet auteur nous présente le développement de la fonction de “casting” dans l’analyse, entendue comme l’activité continue faite par la pensée onirique de l’état de veille (de l’analyste et du patient), pour trouver des personnages, des situations qui permettent leur incarnation émotionnelle. On en rapprochera le travail présenté en France par César et Sarah Botella, qui trouve ses sources dans les travaux de Freud, nous montrant comment la mise en mots par l’analyste de la figuration d’un état traumatique de l’histoire infantile d’un patient peut introduire un nouveau sens, « redéfinissant les données de la rencontre devenue ainsi “analytique” ».

Avec Winnicott, le lien est fait avec d’autres aspects de la fonction maternelle, le holding, la capacité d’établir une aire transitionnelle permettant au self de se constituer avant d’affronter la désillusion et l’altérité. Sans pour autant renoncer à interpréter les conflits pulsionnels, Winnicott mettra l’accent sur la capacité de l’analyste à faire advenir du nouveau, assurant les fonctions qui ont fait défaut de la part de l’environnement. Au risque d’empiètement doit être préféré le fait que l’analyste doit avant tout refléter ce que le patient lui a communiqué. Pour cet auteur il ne faut surtout pas essayer de porter le patient au-delà de ce que permet la confiance transférentielle, mais participer de la création d’un espace intermédiaire, tant l’analyse se déroule là où deux aires de jeu se chevauchent. C’est en ce sens que l’on peut comprendre la métaphore du travail analytique représentée par le *squiggle*, cette co-crédation qui fait advenir un vrai self, en utilisant le cadre de jeu analytique d’une manière de plus en plus

approfondie. Nous trouvons là le thème très contemporain d'un processus de co-construction, de co-subjectivation, illustré notamment par les travaux de René Roussillon (2005), évoquant avec certains patients la nécessité « d'un répondant », faute de quoi ils se désorganisent, ou évoluent vers un faux self analytique. La « conversation » psychanalytique est pour lui une manière de rester psychanalyste « tout en respectant les linéaments de l'activité de liaison nécessaires à la poursuite du travail de symbolisation et de subjectivation ».

Dans le mode subjectalisant, l'accent est mis sur la générativité du processus analytique, plus que sur la mise au jour de contenus. Loin de retenir la proposition de Lacan de « faire le mort », cette perspective participe d'une co-fantasmatisation, créant avec l'analysant l'espace tiers d'une authentique rencontre analytique. Me vient ici la métaphore de musiciens de jazz, partageant la même veine créative, dans une expérience où chacun se met en phase, faisant allégeance au tiers de l'improvisation en commun, sans perdre sa spécificité et se noyer dans une quelconque fusion néantisante.

Deux formes de tiercéité viennent s'articuler en analyse, accompagnent l'émergence de liens subjectalisants. La *tiercéité transitionnelle* est celle qui résulte de la création d'un espace tiers partagé, auquel l'analyste participe en reflétant ce que le patient a communiqué, tout en le transformant dans sa psyché afin de participer à la régulation des affects et à la mentalisation. Cette forme de tiercéité met plutôt l'accent sur le partage de l'expérience, tandis que la *tiercéité différenciante* fait émerger l'altérité de l'objet, devenant un authentique être de désir, tant il apparaît susceptible de faire référence à un tiers. Cette seconde

version de la tiercéité met l'accent sur la différenciation et le rapport à une loi organisatrice. L'intervention de Freud contient ces deux composantes de la tiercéité, sa référence à la règle venant encadrer l'inter-fantasmatisation en train de se développer entre lui et son analysant.

Si notre pratique gagne en créativité lorsque nous évoquons l'importance de l'inter-fantasmatisation, le mode subjectalisant suppose l'intériorisation dans le préconscient de l'analyste d'un *tiers éthique*, s'étayant sur un nécessaire repérage des limites du cadre.

Cet tiers éthique apparaît en creux, lorsqu'il fait défaut dans l'utilisation perverse du transfert, qu'il s'agisse de passages à l'acte sexuels, ou de l'exercice d'une emprise sur l'analysant (W. Godley 2001), à la Masud Khan. Ici, celui qu'on n'ose plus appeler l'analyste, n'hésite pas un instant à se poser en détenteur des « deux comètes », cet obscur objet du désir de l'analysant censé incarner la fin du manque. Profitant du transfert, la collusion apparaît comme une aubaine, faisant dériver la pseudo analyse vers une addiction à l'illimité.

Cependant, la question du tiers éthique ne se résume pas aux règles interdisant la négation radicale de l'analyse contenue dans ces transgressions. La position de l'analyste est sans cesse à redécouvrir pour transformer la poussée à réagir, suscitée par son contre-transfert, en réponse subjectalisante, susceptible de permettre le retour vers un processus interprétatif.

Le cadre qui donne confiance (Winnicott), la fiabilité de l'analyste (cf. Gougoulis 2008) sont des exemples de ce tiers éthique, condition préalable à l'effet mutatif du processus interprétatif.

Le tact analytique en est un autre. Très lié à la deuxième règle fondamentale - l'analyse du futur analyste - il fut défini par Ferenczi (1927) comme une « faculté de sentir avec ». Cet auteur précisant qu'il n'y a « aucune différence de nature entre le tact qui est exigé de nous, et l'exigence morale de ne pas faire à autrui ce que, dans des circonstances analogues, on ne voudrait pas subir soi-même, de la part des autres » (idem p. 56).

Soulignons que le repérage par l'analyste d'une souffrance, témoignant des ratés du processus de subjectivation de son analysant, implique sans doute une responsabilité particulière de sa part. Là où les impasses de l'analyse viennent présenter une entrave à se constituer en relation avec les autres, ne doit-il pas s'efforcer de créer dans la rencontre analytique une ouverture à de nouvelles possibilités de liens subjectalisants.

L'ouverture au lien subjectalisant n'est pas quelque chose de tout prêt, de convenu, que l'analyste pourrait sortir d'un tiroir. Dans la séquence rapportée par Freud, ses affects sont fortement mobilisés, son histoire personnelle est convoquée, à la perpendiculaire de la réponse qu'il formule. Parfois énoncée dans l'urgence, l'intervention subjectalisante s'ajuste à la problématique de l'analysant, tout en portant la signature de l'analyste. Ce moment d'authentique rencontre analytique, constitue une réponse pertinente à la traversée des turbulences, des flux d'antisubjectivation, venus ébranler le cadre autant que la capacité d'élaboration de l'analyste.

II) Vers une extension du champ

de l'interprétation

Bien qu'ils soient complémentaires, le mode subjectalisant se différencie du processus interprétatif, incluant des constructions. Comme le rappelle Jacques Angelergues, l'interprétation « vise la mise en évidence du sens latent des paroles et des agirs d'un sujet [...] Il s'agit de dégager les désirs inconscients et les conflits défensifs qui s'y attachent » (Angelergues, 2002). Contribuant au nécessaire travail d'historisation dans la cure (Wainrib, 2008), la construction se tient dans une dialectique « entre le passé retrouvé et la construction comme création liée à la cure », selon une heureuse formule de Christian Seulin (2002).

Comment saisir aujourd'hui l'aspect mutatif de ce processus interprétatif ?

Séance après séance des répétitions se font jour, les analysants se fixant sur un nombre restreint de *positions inconscientes*, fermant le champ des possibles, tout en contribuant largement aux troubles pour lesquels ils sont venus demander de l'aide.

Le terme de position nous renvoie dans un premier temps aux descriptions de Mélanie Klein (1952), même si je souhaite en étendre la portée. Cette auteure nous a permis de dépasser la notion de stades du développement, dans la mesure où la position schizo-paranoïde et la position dépressive sont un ensemble d'anxiétés et de défenses, persistant dans l'inconscient tout au long de la vie. Comme le souligne Ogden (1994, p. 35), les positions kleiniennes sont des « organisations psychiques qui déterminent les manières d'attribuer du sens à l'expérience ». En cela elles traduisent l'activité interprétative de l'inconscient, ce

qu'avait remarquablement compris Serge Viderman (1987), en notant à propos de nos interventions que « nous interprétons des interprétations ». À chacune de ces positions « correspond une anxiété spécifique, des formes de défense, des manières de se lier aux objets, un type de symbolisation et une qualité de la subjectivité » (Ogden, idem). Les positions kleiniennes nous apparaissent donc comme des manières d'être, les pôles d'un processus dialectique au travers duquel le sujet se constitue en relation à son monde objectal. Cette lecture de la notion de position inconsciente ne me semble nullement réservée à celles mises au jour par Mélanie Klein. Les positions œdipiennes, narcissiques ou sadomasochistes, ainsi que de multiples autres configurations fréquemment rencontrées dans notre champ sont autant de ruses inventées par la psyché pour faire face aux différences, aux limites, au manque d'un objet avec lequel être en parfaite continuité. Que dire des inconnues du désir de l'autre, alors que c'est avec lui que le sujet doit bien se constituer ?

Se différenciant de cette constellation de positions inconscientes, dans le préconscient, se met progressivement en place une virtualité, une prédisposition à des liens entre sujets, à situer en termes pulsionnels du côté d'Éros. Dans cette forme de relation l'un et l'autre sont susceptibles de se prendre en compte, non seulement comme objet, mais aussi en tant qu'autre doté de ses propres désirs. Des changements dans les équilibres entre les positions inconscientes, niant peu ou prou l'altérité de l'objet, et cette disposition aux liens subjectalisants sont un des enjeux majeurs du processus analytique.

Dans le temps d'une analyse, le processus interprétatif mène progressivement l'analysant à faire un retour sur ses positions

inconscientes. Mettre au jour et interpréter une position inconsciente, ce n'est pas pointer simplement un contenu, ou susciter de l'insight au sens d'une connaissance supplémentaire.

Se déployant dans la situation analytique, la position subjectale de l'analysant se constitue en relation au rôle distribué à l'analyste. L'interprétation trouve son effet mutatif en suscitant l'émergence d'une *position méta* chez l'analysant. J'entends par position méta, le développement de la réflexivité suscitée par l'analyse, le devenir conscient du scénario qui gouvernait le fil de la séance. L'interprétation s'adresse à un sujet en devenir, contribuant à le faire émerger du processus associatif qu'elle suscite.

L'émergence d'une position méta n'est pas de l'ordre de l'introspection. Elle passe par la rencontre analytique, par la reconnaissance du désir et des anxiétés de l'analysant venu trouver un écho dans la psyché de l'analyste. Saisir le rôle qu'il nous donne, le mettre en relation à la position qui en résulte pour lui, relier cela à son histoire, nous permet de trouver le point de vue qui permet de trouver le ton juste pour restituer à l'analysant ce qu'il nous a inconsciemment apporté. Il n'y a pas d'interprétation mutative, qui n'aie participé d'un certain ébranlement des positions subjectives de l'analyste, lui permettant d'en passer le témoin à l'analysant.

Le but du processus interprétatif est de permettre à celui-ci de se réapproprier ses positions inconscientes, saisies sur le vif de leur émergence en séance. Plus un analysant est susceptible d'augmenter le déploiement de cette position méta, moins il aura besoin à rester automatiquement fixé à ses anciennes manières d'être.

L'interprétation mutative, relève de la *co-subjectivation*. Elle développe la prédisposition aux liens subjectalisants, évoquée plus haut. En effet, l'acte de reconnaissance de la position de l'analysant, venu de l'interprétation, permet à celui-ci de reconnaître l'analyste comme susceptible d'être autre que ce qu'il devrait être dans la logique du fantasme. Générée par le processus analytique, la position méta est du côté d'une relance des mouvements d'intersubjectivation.

Le concept de position inconsciente doit cependant être complexifié, en fonction des enjeux cliniques. Déjà, dans un texte comme « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » ce n'étaient plus les résistances liées aux mécanismes de défense du Moi qui donnaient du fil à retordre à Freud (1937). Une certaine « fiction théorique », supposant des positions subjectales entièrement déterminées en intrapsychique, par le seul jeu des défenses contre les pulsions, avait trouvé ses limites. Confronté à des résistances donnant leur limite au modèle de l'interprétation des conflits pulsionnels, les auteurs post freudiens, ont largement levé la mise entre parenthèses du rôle de l'environnement dans l'organisation psychique. Freud ne s'en était d'ailleurs pas vraiment privé, l'abandon de sa « *neurotica* », ne l'empêchant jamais d'évoquer le traumatique. Dans son introduction au narcissisme, ne nous montre-t-il pas un bébé pris dans les fantasmes de désirs inassouvis de ses parents, avant même sa naissance ? À l'orée de la, vie, les positions du sujet nous apparaissent déjà enchevêtrées avec celles de son entourage.

Que devient le travail interprétatif, quand il s'agit de reconnaître que les positions inconscientes de l'analysant sont non seulement déterminées par ses propres désirs, mais imbriquées dans celles

des générations antérieures ? Pour aborder cette question je souhaite vous faire part d'un mouvement en séance.

Ce jour-là, nous serons interrompus par un coup de téléphone. Je réponds très brièvement, notant le numéro de téléphone de mon interlocuteur, en lui indiquant que je le rappellerai plus tard. Allongée sur le divan, Julia va être envahie par le sentiment que je continue à écrire et ne l'écoute plus. Un peu de bruit, venu de la rue a pu servir de support à ce vécu projectif ?

J'interviens pour lui dire qu'elle semble penser que je n'aurais pas pu me détacher de la personne qui m'a téléphoné pour revenir vers elle.

La patiente va associer sur le fait que c'est toujours la même chose ; elle sent bien qu'elle a besoin que je sois collé à elle, ou alors elle risque d'être angoissée. Vont suivre tout un ensemble d'associations sur le désir de ne faire qu'un avec sa mère, et son sentiment d'échouer à trouver un accès à autre chose.

Si mon interprétation était sensiblement plus ouverte, Julia l'entend comme une évocation de son désir de me posséder ou de faire corps avec moi, désir contrarié par l'irruption d'un tiers. Alors que ces associations semblent cependant témoigner d'un certain insight, Julia s'angoisse à nouveau et va me dire qu'elle a toujours l'impression que j'écris, et ne peut plus penser à autre chose.

Au moment où elle me dit ça, je suis gêné par la tournure prise par la séance, passablement mécontent de ma première formulation. Elle avait eu pour seul effet d'évoquer le contenu déjà bien exploré en analyse du désir d'une relation adhésive avec sa

mère, sans rien amener de nouveau, tout en laissant la séance se focaliser sur un vécu quasi hallucinatoire, qui parasite les associations de l'analysante.

Pris dans ma rêverie, me vient la formulation suivante :

- Est-ce un coup de fil de Hongrie, qui me fait gratter sans fin mon passé au point de ne plus pouvoir vous prêter attention ?

La tonalité de la séance va se modifier radicalement à partir de ce moment. Surprise, puis très émue elle me dit que ça lui parle. Ses associations vont porter ensuite sur les deuils familiaux, en relation à l'histoire du pays, et le retentissement que celle-ci a eu sur sa famille - disparitions de proches, déportations, puis après la guerre espoir dans l'idéal communiste, trahi par la dictature et de nouvelles attaques contre la famille. L'histoire familiale est faite de blancs, de disparitions ou d'horreurs qui convergent vers une perte de confiance dans des liens avec les autres, comme si différence renvoyait inévitablement à persécution. C'est sans doute une histoire qui reste à écrire dans la tête de ses parents. Revenant à la surface, elle les envahissait, faisant écran à leur rapport avec leur fille. Mal remis de la disparition de leurs proches, leur espoir dans un monde meilleur, promis par le communisme, ne s'était-il pas aussi désagrégé ? Dans ce contexte, comment transmettre à Julia une confiance dans les liens, comment penser qu'on peut être séparé, sans risque de disparition ?

Si le père de Julia pouvait s'enfermer dans son bureau, sans forcément y faire quelque chose de précis, la mère de Julia n'aurait sans doute jamais pu reconnaître qu'un fossé pouvait se créer entre elle et l'enfant. À la naissance, sa culpabilité et ses

formations réactionnelles ont pu être intenses, dans la mesure où le premier mouvement des parents avait été de prendre la décision d'un avortement, comme s'il était plus fort qu'eux de ressentir qu'investir une vie c'était risquer de la perdre.

La non disponibilité psychique de l'objet et ses formations réactionnelles devraient pouvoir être symbolisées dans l'analyse, en fonction d'une angoisse toujours actuelle, suscitant de multiples défenses de la part de Julia. Si je n'avais pas vraiment la tête ailleurs, rien ne m'empêchait d'interpréter ce rôle, d'en interroger les effets dans le cadre de jeu analytique. L'émergence du quasi hallucinatoire incitait à retrouver le tiers analytique, le terrain de la co-symbolisation.

D'une interprétation plus classique à une forme d'énoncé plus scénarisé la recherche d'un sens latent persiste, mais mon engagement change. Dans la première intervention j'apparais plus en position d'observateur, dans la seconde je questionne le rôle qui m'est attribuée en « l'interprétant », dans les deux sens du terme, utilisant ainsi de manière plus étendue les potentialités du cadre du jeu analytique. Le risque d'une réponse en faux self de l'analysante se trouve ainsi dépassé, au profit d'une réelle générativité de la rencontre analytique.

Dans cette vignette clinique, nous avons pu saisir une forte *imbrication* (cf. Wainrib, 2008) entre les pulsions de l'analysante, ses angoisses et ses mécanismes de défense et sa prise dans une problématique familiale. En se répétant avec l'analyste, cette imbrication fait la difficulté de bon nombre d'analyses actuelles, renvoyant le plus souvent aux ratés de la transmission de ce qui contribue au plaisir de vivre et désirer, sur plusieurs générations. Lorsqu'elle n'est pas repérée et transformée par un authentique

travail analytique, l'analyste et l'analysant risquent de se trouver empêtrés dans des rôles figés, bloquant l'élaboration. L'interprétation de la destructivité ou du masochisme - comme des choses en soi - ne fera que renforcer le mal-être de l'analysant. Le processus interprétatif devra trouver à lier la détresse qui sous-tend cet empêchement, à la perte de confiance dans des liens permettant de se constituer comme sujet avec les autres.

Conclusion

Nous n'avons pas fini d'inventer des modes de rencontre analytique appropriés, pour accueillir et transformer ce qui a pu entraver le processus de subjectivation de l'analysant.

Deux modes d'intervention de l'analyste ont pu être ici nettement différenciés, par ce qui prime dans leur visée.

- Les interventions subjectalisantes constituent une forme de réponse de l'analyste, dans le vif des enjeux de la séance. Elles permettent d'ouvrir de nouvelles perspectives de liens, laissant entrevoir à l'analysant qu'un autre monde est possible. Elles ont une valeur interprétative, dans la mesure où elles sont le fruit de l'écoute analytique, de l'attention portée aux effets de l'inconscient dans la séance et à l'histoire du sujet.
- Le processus interprétatif s'efforce de donner du sens à une position inconsciente du sujet venue occuper le champ analytique. C'est bien parce que l'interprétation questionne sa position transférentielle, qu'elle peut toucher un sujet en devenir et donc exercer un effet mutatif. C'est ainsi qu'elle génère chez

l'analysant l'émergence d'une position méta, venant accueillir le développement de la réflexivité qui résulte de la relance de son processus associatif.

Chaque analyse nécessite son propre dosage, entre ces deux formes d'un travail analytique, toujours à l'écoute des enjeux contre transférentiels. Quel que soit notre mode d'intervention et les variantes du dispositif, la rencontre analytique doit s'agencer de manière à faciliter la relance des processus de subjectivation.

La valeur interprétative des interventions subjectalisantes s'y articule à la fonction subjectalisante de l'interprétation.

Conférence du mardi 20 octobre 2009

Bibliographie

- Allouch J. (2009) Les impromptus de Lacan. Editions Mille et une nuits.
- Angelergues J. (2002) Interprétation. Dictionnaire international de la psychanalyse, sous la direction de Alain de Mijolla. Calmann-Lévy.
- Bion (1962) Aux sources de l'expérience, PUF.
- Botella C. et S. (2001) Figurabilité et régrédience. P.1149-1241. Rev.Fr. Psychan.LXV, 4. PUF.
- Cahn R.(2002) La fin du divan ? Odile Jacob.
- Donnet J.L. (1995) Le divan bien tempéré. Le fil rouge.
- Ferenczi S. (1927) Élasticité de la technique psychanalytique, page 52 à 64, Psychanalyse 4. Payot.
- Ferro (2009) Transformation en rêve et personnages dans le champ psychanalytique, p.817-843. In Le transfert latéral. Revue française de psychanalyse LXXIII, 3 PUF.
- Freud S. (1907) L'homme aux rats. Journal d'une analyse (Trad. fr. 1974) PUF.
- Freud S. (1914) Pour introduire le narcissisme. p. 213-245. Oeuvres complètes XIII. PUF.

- Freud S. (1937) L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, p. 231-268, in Résultats, idées, problèmes. 1985. PUF.
- Godley W. (2001) Saving Masud Khan. London Review of books.
- Gougoulis N. (2008) La fiabilité de l'objet. Travailler en psychanalyse dans les situations de crise. P. 1037-1051, in La trahison, Revue française de psychanalyse LXXII, 4.
- Green A. (2002). Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine. PUF.
- Klein M. (1952) Développements de la psychanalyse. PUF.
- Lacan J. (1966) Écrits. Seuil.
- Ogden T. (1994) Subjects of analysis. Aronson.
- Roussillon R. (2005) La « conversation » psychanalytique, Revue française de psychanalyse LXIX, numéro 2.
- Schneider M. (2006) Marilyn dernières séances. Grasset.
- Searle J.R. (1995) La construction de la réalité sociale. Gallimard.
- Seulin C. (2002) Construction dans l'analyse. Dictionnaire international de la psychanalyse, sous la direction de Alain de Mijolla. Calmann-Lévy.
- Schneider M. (2006). Marilyn dernières séances. Grasset.
- Viderman S. (1987) Le disséminaire. PUF.
- Wainrib S. (2008) Impasses et autres situations inextricables. L'imbrication des problématiques. Revue française de psychanalyse LXXII 1, pp. 201-211.
- Wainrib S. (2008) La rencontre analytique une co-élaboration de l'histoire ? p. 35-42 in L'élaboration de l'histoire dans la cure (50e séminaire de formation permanente) Paris. SPP
- Winnicott D.W. (1968). L'interprétation en psychanalyse, in La crainte de l'effondrement et autre situations cliniques p. 76 -83, Gallimard.
- Winnicott D.W. (1971) La consultation thérapeutique et l'enfant, Gallimard.
-

Traitement des dépressions par le psychodrame

Auteur(s) : Isaac Salem

Mots clés : agonie/agonie primitive - clivage - déni - dépression primaire - états-limite - figuration - psychodrame - psychose(s) - traumatisme primaire

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. Je propose l'hypothèse que **le clivage dans ces deux types de pathologie est à l'origine de la dépression. C'est en réduisant le clivage qu'on aide le patient à sortir de la dépression.**

Il y a lieu de distinguer quatre grandes catégories de dépression clinique :

1 - l'état dépressif lié aux reproches du Surmoi. Le sujet se sent fautif, mauvais parce qu'il a attaqué ou négligé ses objets d'amour externes ou internes.

2 - L'état dépressif où le sujet se sent petit, nul parce qu'il ne peut être à la hauteur des exigences de son idéal du Moi. Ces deux formes coexistent presque toujours. Elles révèlent d'un échec de l'élaboration de la position dépressive ou du travail de deuil de l'objet.

3- la dépression essentielle. Elle a été décrite par P. Marty en

1966, et se définit par une baisse de tonus vital et une chute de la libido. On ne retrouve ni tristesse, ni sentiment de culpabilité, ni auto accusation. La dépression essentielle se révèle par sa négativité symptomatique. Les patients se sentent vides, sans rêve et sans désir. Du point de vue métapsychologique, la dépression essentielle est le témoin d'une perte libidinale, aussi bien narcissique qu'objectale. Elle représente, en négatif, la trace du courant autodestructeur de la déliaison pulsionnelle.

4- la dépression primaire constituée d'un sentiment ou d'une sensation d'être laissé tomber, d'une chute dans un trou noir, d'une sensation d'être perdu dans le noir sans lumière et sans espoir accompagné d'un vécu de désespoir, d'une sensation de se répandre. Le vécu de soif et de sécheresse dans la bouche est fréquent, le manque d'appétit associé à l'apathie sont des marques de cette forme de dépression.

Selon G. Haag il existe des moments de dépression primaire normale chez tous les petits enfants bien avant la position dépressive.

E. Bick a observé des signes indéniables de dépression dès les premières semaines de la vie. Chez les enfants normaux, ces moments de dépression primaire sont dissipés, voire guéris par le maternage suffisamment bon. Pour Mélanie Klein « *le bébé éprouve des sentiments dépressifs qui culminent juste avant, pendant et après le sevrage. C'est la position dépressive qui est la position centrale du développement de l'enfant* » (Essais p 342).

La position dépressive

Il est nécessaire de vivre la tristesse de la perte de ce qu'on a vécu et de résoudre la position dépressive par un travail de deuil du bon sein. Ce travail aboutit à une identification au bon sein par le recours à l'introjection de ce bon objet et permet de l'enraciner dans le moi ; le bon sein englobe, pour Mélanie Klein, le visage qui regarde le bébé, les mains qui le tiennent et la voix qui véhicule la communication.

En introjectant un bon objet, mécanisme caractéristique de la position dépressive, le surmoi archaïque menaçant se radoucit vis-à-vis du Moi. L'importance et la qualité de la présence maternelle permettent de lutter contre la peur de perdre l'objet. Elles réduisent les fantasmes paranoïdes et la peur du talion.

Chaque étape de la vie nécessite une réélaboration de la position dépressive et d'un travail de deuil : lors du début de l'école primaire, du début et de la fin de l'adolescence, des relations amoureuses, de la naissance du premier enfant, de la crise du milieu de la vie, de la ménopause, de la retraite, et lors de la mort des personnes aimées. Chaque fois que nous éprouvons la perte d'une personne aimée, ce sont les objets internes qui succombent et qui sont détruits. « *C'est la reconstruction du monde intérieur qui caractérise le succès du travail de deuil* ». [Mélanie Klein]

Le travail de deuil implique inéluctablement des moments de vécu dépressif. Mais un état dépressif qui dure signe l'échec de l'élaboration de la position dépressive et l'échec du travail de deuil notamment à la suite de la mort d'une personne aimée.

Traumatisme primaire

Je trouve éclairante la distinction que propose R. Roussillon entre le traumatisme primaire qui affecte l'organisation des processus et de la symbolisation primaire et le traumatisme secondaire qui n'affecte que l'intégration de l'expérience dans la secondarité.

Quand il y a un afflux d'excitation la psyché est menacée. Elle peut être vite débordée soit du fait de son immaturité, soit du fait de l'intensité des quantités d'excitations. C'est alors que l'état de détresse apparaît. C'est un état de tension et de déplaisir intense. Si l'objet apporte une réponse satisfaisante, alors l'état de détresse cesse ; si au contraire l'objet ne se présente pas, cet état de détresse dégénère en un état traumatique primaire. C'est l'angoisse primitive décrite par Winnicott ou la terreur sans nom décrite par Bion.

Selon R. Roussillon, ces états traumatiques primaires possèdent un certain nombre de caractéristiques :

- - ce sont des états de tension et de déplaisir sans représentation, sans issue, sans recours interne et sans recours externe parce que les objets sont défailants.
- - Ils sont au-delà du manque et de l'espoir. Ils provoquent un état de désespoir existentiel, une honte d'être qui menacent l'existence de la subjectivité et de l'organisation psychique.
- - La seule issue à cette situation en impasse est paradoxale.

« Pour survivre, le sujet se retire de l'expérience traumatique primaire et se coupe de sa subjectivité. Il s'agit d'un clivage entre

une partie représentée et une partie non représentée. C'est un clivage de la subjectivité » (R. Roussillon)

Comme l'a bien montré Winnicott dans son article sur la crainte de l'effondrement, cette expérience d'agonie a été vécue, a laissé des traces intrinsèques et d'un autre côté elle n'a pas été vécue, appropriée, respectée.

Le clivage nécessite beaucoup d'énergie pour se maintenir et davantage pour éviter le retour du clivé. Ce dernier n'est pas non plus de nature représentative. C'est en acte qu'il risque de manifester ses effets avec le risque de reproduire l'état traumatique primaire. Le sujet est prêt à tout sacrifier pour éviter le retour d'une si grande souffrance. Il s'appauvrit déjà du fait de l'amputation que le clivage fait subir à l'être. Le Moi va utiliser ses parties saines pour contrecarrer le retour du clivé et opérer les contre-investissements indispensables. C'est la Deuxième cause d'appauvrissement du Moi. Pour éviter le retour du clivé, le Moi va restreindre de plus en plus ses investissements d'objets qui risquent de réactiver le traumatisme primaire ; c'est la « neutralisation énergétique ». Le Moi va jusqu'à geler tout le champ affectif et jusqu'à immobiliser l'activité psychique elle-même. Tout cela converge vers une chute importante des capacités d'investissement du Moi qui est à l'origine de la dépression ; celle-ci ne sera résolue que si l'on réduit très progressivement le clivage. Le psychodrame est un cadre spécifique pour traiter les clivages aussi bien dans les fonctionnements limites que dans les fonctionnements psychotiques.

Psychose et psychodrame

Avec R. Roussillon, je propose de placer au centre du vécu subjectif essentiel de la psychose une expérience de « terreur agonistique » inélaborée et contre laquelle la psyché s'est construite.

« La terreur agonistique est un état de souffrance psychique extrême mêlé à une terreur de cet éprouvé ou de la violence réactionnelle qu'il mobilise. Elle résulte des conditions subjectives de son développement et des principales caractéristiques de l'échec de son intégration narcissique : elle est sans issue, sans représentation, sans possibilité de satisfaction ». L'expérience agonistique a duré un temps suffisant pour que le sujet ait atteint le désespoir. Elle a été vécue comme sans fin et sans sens. Le sujet ne peut survivre à cette expérience qu'à condition de se retirer de celle-ci, c'est-à-dire en se clivant de sa subjectivité.

Roussillon formule ainsi le paradoxe central de l'identité du psychotique « *pour continuer à se sentir être, le sujet a dû se retirer de lui-même et de son expérience vitale* » (Roussillon R. *agonie, clivage et symbolisation* Paris PUF 1991 p.141).

Une partie essentielle de l'expérience est rendue étrangère à soi-même : c'est ce qui définit l'état d'aliénation. Cette expérience centrale affecte de manière essentielle la **fonction réflexive**, la capacité à se sentir est défaillante. L'expérience agonistique est une expérience au-delà du principe de plaisir. Elle est soumise à la compulsion de répétition qui durera tant qu'elle n'aura pas de représentation psychique. Elle se heurte au principe de plaisir-déplaisir et entraîne la mise en place de défenses contre le retour

de l'expérience d'agonie, des défenses par mouvements de rejet et d'évacuation hors du psychisme et de la subjectivité. Ce type d'expérience ne peut pas être élaboré seul. Il est indispensable que l'environnement apporte un certain type de réponse pour qu'elle devienne symbolisable.

Le sujet, le plus souvent, s'est trouvé face à un type de réponse de la part des objets vers lesquels il se tournait, qui a bloqué et même « enkysté » la tentative de symbolisation. Aux paradoxes générés par la tentative d'évacuation de l'agonie, l'environnement a souvent répondu par une intolérance aux paradoxes ou par la mise en œuvre de « contre-paradoxes » qui n'ont fait qu'augmenter le vécu de confusion psychique. Le milieu familial est souvent dépassé par le comportement terrifiant du patient et a tendance à disqualifier l'éprouvé agoniste et à freiner son expression. Aux mouvements de destructivité qui accompagnent la tentative d'externalisation de l'agonie, l'environnement répond par la sidération psychique, le retrait voire la rétorsion relationnelle. La psychose résulte aussi de la réaction spécifique que cette réponse inadéquate a provoquée chez le sujet : le désinvestissement des objets et la libération de la destructivité consécutive à la désintrinsication pulsionnelle massive.

Pour rester investi, le sujet doit donc se couper toujours plus de lui-même.

Ce à quoi nous sommes confrontés en clinique, c'est à cette défense contre l'agonie. Ainsi, la froideur affective ou les désorganisations de la cognition sont des effets particuliers de l'incapacité à sentir et à se sentir, induite par la défense contre les vécus agonistiques et leurs retours éventuels. La défense contre les processus de symbolisation (attaque contre les liens de Bion)

est organisée pour tenter de contrer le retour de l'histoire traumatique.

Le sujet tentera d'organiser activement pour lui-même ou à l'encontre des autres ce qu'il craint le plus d'avoir à subir passivement : ce sont des « défenses paradoxales ». Par exemple, il pourra être tenté de se tuer pour éviter d'être confronté au retour interne et incontrôlable d'un vécu de mort psychique ou il tentera de détruire tous les liens qu'il entretient avec ses objets pour se protéger du retour d'une perte de lien, antérieurement agonistique.

Lorsque tout espoir est perdu, la **solution délirante** s'impose au sujet et tente de signifier son expérience identitaire. Elle représente, comme Freud l'avait tôt pressenti, l'ultime effort du sujet pour tenter de donner sens à son vécu au noyau expérientiel.

Quand l'expérience d'agonie fait retour, elle fait retour avec les caractéristiques de son advenue ! « Elle apparaît de nouveau comme sans issue, sans représentation, sans fin ». Le retour de cette expérience laisse espérer une mise en représentation, mais souvent elle répète seulement l'échec historique de la mise en représentation. A la mesure de la terreur qui l'habite, l'expérience fait retour avec une intense destructivité adressée aussi bien à soi-même qu'à l'environnement actuel. C'est ici que le secours de l'environnement - y compris thérapeutique - est précieux, car l'expérience de terreur agonistique n'est pas métabolisable par le patient qui ne peut seul étayer la déflexion de celle-ci vers le dehors, et aider à la représentation intégrative de son contenu et de ses enjeux existentiels, c'est-à-dire étayer la fonction réflexive en souffrance.

Tel est l'objectif du psychodrame avec les patients psychotiques.

Psychose et objet

L'objet est investi bi-pulsionnellement, par la pulsion de vie et la pulsion de mort. D'une part, l'intrication pulsionnelle entre les deux pulsions majeures ne peut se faire directement, mais uniquement par l'intermédiaire de l'objet qui la médiatise. La raison en est que les deux pulsions fondamentales sont hétérogènes et antagonistes. D'autre part, l'intrication est absolument nécessaire et inévitable, sans quoi aucun phénomène psychique ne peut exister.

L'objet des psychotiques est corrélatif à un investissement pulsionnel, dont le degré d'intrication pulsionnelle est relativement faible. Ce qui veut dire que la pulsion de mort est plus désintriquée et représente donc une plus grande menace pour l'objet. Le psychotique doit défendre l'objet réel ou délirant, contre sa propre destructivité. C'est cette fragilité de l'objet psychotique qui oblige le sujet à le surinvestir et ainsi, à le fixer, à le rigidifier, perdant par conséquent une grande partie de sa liberté et de sa souplesse par rapport à lui.

La psychose et le Moi

Le psychotique peut-il supporter l'objet et les tensions d'excitation formidables qu'il suscite en lui ? Généralement non, sauf à certains moments, et il est alors envahi par une **angoisse intense** qui va devenir rapidement insupportable. Le risque est le retour du vécu de terreur d'agonie. C'est à cause de l'angoisse psychotique, et pour se libérer d'elle, qu'intervient le mécanisme

de défense fondamental de la psychose, surtout chez les grands schizophrènes, à savoir le **déni**. Il faut alors trouver la solution au problème fondamental de la psychose : d'une part : l'objet insupportable (car lié aux expériences d'agonie primitive) « doit » disparaître de la conscience du psychotique, mais d'autre part, il ne peut pas authentiquement disparaître, comme tout ce qui a été vécu par le sujet.

La solution, Freud l'a trouvée en 1938, dans l'article sur « le clivage » et surtout dans « l'Abrégé », où **il a lié le clivage à la psychose**, à l'essence même de la psychose. Le clivage du moi a cette vertu de pouvoir « faire disparaître » l'objet insupportable pour le psychotique tout en le gardant à l'intérieur, derrière la barrière du clivage, qui est en fait une coupure ou une déchirure dans le moi. **Le clivage du moi est le prix que le moi paye et il devient la caractéristique du moi psychotique, la définition structurale de la psychose.**

Le clivage étant une expression topique de la désintrinsication pulsionnelle qui caractérise la psychose, le psychodrame peut-il être un instrument thérapeutique aboutissant à une réintrinsication pulsionnelle ?

Dans la psychose, il y a toujours une partie du Moi qui n'est pas clivée, une unité du Moi par laquelle une certaine conflictualité peut passer. En ayant recours au psychodrame, nous tentons de réduire la part clivée du Moi, « d'élargir le passage » par lequel passe cette conflictualité, et de la laisser agir sur le patient. Il s'agit donc de travailler la possibilité du moi du psychotique de surmonter **le déni de la conflictualité**. En fait, il est souhaitable, au cours de ce travail, d'éviter deux écueils : d'une part, ne pas

rendre la séance traumatique pour le psychotique en le confrontant à des scènes trop conflictuelles ; d'autre part, éviter de maintenir le déni par des scènes trop peu conflictuelles. Le jeu psychodramatique crée des micro-traumatismes afin d'ébranler la défense du déni. Dans une séance, on choisit dans le premier moment, dans les propos du patient, un aspect conflictuel entendu par le meneur de jeu mais que le patient n'a pas ressenti dans toute son ampleur. On bâtit avec le patient un canevas de scène autour de cet aspect conflictuel et on attend qu'il soit développé dans le jeu, avant que le meneur de jeu, par son interprétation, permette que le conflit soit intériorisé et intégré par le patient.

Travailler la conflictualité qui passe et se fait entendre, malgré le clivage, et essayer « d'élargir le passage » veut dire approfondir l'intrication pulsionnelle. « Travailler cette conflictualité, c'est renforcer et étendre l'unité du moi, faire reculer le clivage, même si un certain clivage cicatriciel, anciennement inscrit dans la structure (topique) du moi, est ineffaçable » Benno Rosenberg (psychodrame et psychose, conférence 1988 ETAP). L'outil psychothérapeutique qu'est le psychodrame est, selon nous, le plus adapté pour soigner la désintrication pulsionnelle psychotique.

La figuration

La figuration est une modalité du travail de mise en sens effectué dans le cadre du psychodrame analytique.

Dans le processus du jeu qui met en scène les idées, fantasmes, souvenirs, désirs ou sensations du patient, les acteurs thérapeutes cherchent à dramatiser et à conflictualiser son espace psychique, de telle sorte que la fusion/confusion avec l'objet primaire laisse

émerger un espace intermédiaire propre à accueillir les propositions de figuration.

Ceci est particulièrement net avec les patients psychotiques, qui collent à l'objet. Ils se réfugient dans une attaque massive des liens, y compris des liens avec eux-mêmes.

Les figurations proposées par les acteurs prennent la forme de représentations concrètes et perceptibles qui conduisent à une problématique souvent inconsciente et complexe de la psyché du patient, en rapport avec ses défenses les plus archaïques et appauvrissantes comme le clivage, le déni ou l'idéalisation.

Le terme de figurabilité apparaît sous la plume de Freud en 1900 dans l'« Interprétation des rêves ». La figurabilité représente l'exigence à laquelle sont soumises toutes les pensées du rêve, y compris les plus abstraites, qui doivent subir une sélection et une transformation qui les rendent aptes à être représentées en images, surtout visuelles.

Ces dernières années, cette notion a été reprise par César et Sarah Botella qui y voient le seul moyen d'accès aux zones psychiques irreprésentables du patient, celles des expériences d'agonie vécues, ou perçues, dans un registre archaïque hors langage.

Pour César et Sarah Botella, le passage par la figuration représente un potentiel de transformation, dans la mesure où il propose une alternative pour substituer le registre du qualitatif au registre du quantitatif.

Au psychodrame, la figuration s'inscrit dans l'espace de la transitionnalité, telle que l'a définie Winnicott. Elle doit être

suffisamment ouverte, souple et nuancée pour que le patient puisse s'en emparer, l'utiliser et se l'approprier. Dans ces conditions, la figuration devient alors agent de liaison. En passant par l'image, non plus visuelle comme dans le rêve, mais agie dans l'espace de jeu du psychodrame, la figuration vient renouer avec ces îlots non représentables, non symbolisables de la vie psychique, figés dans une répétition traumatique inconsciente hors temps, hors langage, hors représentation ; elle est porteuse de « germes de représentations possibles » (Gérard Bayle), dont le patient pourra s'emparer pour reprendre la trame interrompue de sa psyché et laisser apparaître le motif singulier de son histoire.

Fonctionnements limite et psychodrame

Le fonctionnement limite se définit comme un fonctionnement proche de la psychose qui ne survient que dans des circonstances particulières. Le sujet peut s'en dégager contrairement au fonctionnement psychotique qui est défini par une aliénation et une dissociation durables.

La fragilité des limites est source de désorganisation voire d'effondrement. Un des aspects fondamentaux est le **défaut d'intériorité** : le sujet désinvestit son espace psychique interne et son activité psychique. Il est, de ce fait, **incapable d'être seul** et se retrouve dépendant, addictif, impulsif avec une tendance aux agirs. La relation d'objet se construit sur un mode anaclitique, il s'appuie sur le fonctionnement psychique d'autrui. Ce défaut d'espace psychique propre, d'univers de représentations c'est-à-dire d'autonomie d'être, de ressentir, de penser, résulte de

l'**inefficacité du refoulement**, de la **défaillance du régime secondaire de l'activité de penser** et des défenses par **déni**, par **expulsion hors de la psyché** :

- - par identification projective
- - par somatisation
- - par mises en actes

L'inefficacité de l'activité du Moi, les mécanismes archaïques de déni, de clivage, d'idéalisation entraînent une **organisation chaotique** du développement libidinal.

Dans les fonctionnements limites, il y a **une désintrinsication partielle des pulsions avec prédominance de la destructivité** soit directe (états de rage destructrice) soit sur le mode projeté avec l'**angoisse de persécution**. Dans la psychose, la désintrinsication pulsionnelle est beaucoup plus accentuée.

Dans la problématique de l'organisation des fonctionnements limites, l'essentiel est :

- - le caractère inintégrable de l'ambivalence pulsionnelle qui rend impossible l'élaboration du deuil originaire de l'objet primaire maternel, de la détresse primaire
- - l'échec de la constitution de la sexualité génitale et de la structuration œdipienne de la différence des sexes et des générations.

Je rejoins Bernard Brusset quand il décrit sur le plan métapsychologique le fonctionnement des états limites.

Sur le plan topique : il y a une hétérogénéité des lieux psychiques

Sur le plan dynamique : il y a échec du refoulement au profit des mécanismes de déni et de clivage,

Sur le plan économique : il y a une faiblesse de l'investissement du travail d'élaboration et de symbolisation, et un risque de débordement traumatique, d'effondrement dépressif, de perte du sentiment d'identité et du sentiment de continuité,

Sur le plan des rapports aux objets, le clivage, la projection et l'identification se conjuguent dans le champ de l'identification projective.

Deux repères métapsychologiques dans les fonctionnements limite

1) Le clivage

Les organisations limites sont définies par l'existence d'un mécanisme de clivage. Il s'agit, selon un point de vue clinique, d'une division entre des attitudes de haine et d'amour. Le clivage -amour pour l'un, haine pour l'autre- caractériserait les organisations œdipiennes des fonctionnements limites.

Il n'y a pas dans les organisations limites de déni de réalité comme c'est le cas dans les psychoses. Le déni psychotique s'applique à une évidence externe, au profit d'une évidence subjective venant se projeter sur la réalité interne. Dans les organisations limites le clivage crée deux évidences subjectives contraires mais qui n'altèrent en rien l'évidence externe, excepté à certains moments délirants que peuvent traverser les états limites.

Selon André Green (Le concept de limite, in : *la folie privée*), la spécificité du clivage dans les cas limites réside en ce qu'il se développe à deux niveaux :

- le premier entre le psychique et non psychique (soma et monde extérieur)
- le second à l'intérieur de la sphère psychique.

« Le clivage entre le dedans et le dehors suit les frontières du Moi qui sont précaires et variables. Ces frontières s'étendent ou se rétractent en fonction de l'angoisse de séparation ou d'intrusion. Le Moi dans les cas limites est vulnérable, rigide et sans cohésion.

Le clivage qui opère au-dedans de la sphère psychique aboutit à créer des noyaux isolés, relativement structurés, mais sans communication entre eux.

*Le Moi constitué d'îlots prend la forme d'un **archipel** d'îles sans lien entre elles. Il en résulte une absence d'unité et l'impression d'un ensemble contradictoire de relations qui donne l'image d'un Moi sans cohésion ni cohérence ». (A. Green)*

L'absence de cohérence repose sur l'existence de pensées, d'affects, de fantasmes contradictoires et sur la juxtaposition de données relevant des principes de réalité et de plaisir-déplaisir sans prévalence de l'un sur l'autre. L'absence de cohésion se traduit par un sentiment de désintérêt et de détachement, un manque de vitalité, l'impossibilité de se sentir exister et d'être présent à autrui, l'impression de la futilité de toutes choses qui ôte toute valeur à la vie. Toutes ces manifestations sont l'expression du **vide fondamental** qui habite le sujet.

Quelle est l'origine du clivage du Moi dans les organisations

limites ? Selon D. Widlöcher (Clivage et sexualité infantile dans les états limites in : *Les états limites*, PUF) « *l'origine d'un tel clivage se comprend si on ne méconnaît pas sa nature sexuelle et plus précisément son lien avec la sexualité infantile. Le clivage entre l'amour et la haine n'est pas seulement une opération défensive contre le caractère insoutenable de l'ambivalence pulsionnelle, il résulte de cette ambivalence ou mieux il la constitue. C'est parce que le moi ne peut maîtriser des forces pulsionnelles clivées ni leur violence interne qui s'exprime dans le conflit intrapsychique ni celle externe qui se manifeste dans le passage à l'acte, que le clivage se met à son service* ».

Le patient présentant un état limite ne peut ni maîtriser l'ambivalence ni recourir au clivage ludique de l'enfance. La sexualité infantile inconsciente, celle qui travaille dans le rêve et l'activité psychique inconsciente, ne joue pas un rôle efficace pour contrôler et intégrer l'ambivalence pulsionnelle primaire. Ainsi les restes de l'organisation schizo-paranoïde persistent et envahissent la vie psychique. Chez les patients présentant une organisation limite, je constate une pauvreté de l'activité ludique, un accès à minima au mot d'esprit et plus généralement à l'activité sublimatoire.

La rareté des souvenirs, notamment d'enfance, chez certains patients borderline est le risque du caractère incertain de la notion même d'objet.

La haine est très présente de façon massive chez ces patients. La connotation hostile qui spécifie la haine ne doit pas conduire à l'assimiler uniquement à des tendances destructrices ou meurtrières. Selon C. Chabert (Les fonctionnements limites : quelles limites ?, In : *Les états limites*) « *la haine implique*

d'abord, nécessite ensuite, la présence de l'autre. Elle s'alimente de son existence même si elle s'accompagne d'une fantasmatique parfois mortifère ».

Il est nécessaire de respecter cette haine car elle est vitale.

Les mouvements pulsionnels haineux évitent le risque d'envahissement par l'autre dont la proximité peut devenir confusionnante par l'attraction et la dépendance qu'il implique. C'est parce que l'autre est massivement haï que sa présence est constamment nécessaire, comme réassurance de sa permanence en dépit des attaques dont il est la cible. « *L'hostilité vis-à-vis de l'autre marque non pas l'amour pour lui, mais la peur de le perdre* », écrit C. Chabert. Ce qui peut paraître paradoxal : au niveau manifeste, les objets sont rejetés, malmenés, disqualifiés, mais au niveau latent, cette négativité s'entend comme une mesure de protection narcissique par rapport à la crainte d'abandon. Cette haine est susceptible de se retourner sur le sujet lui-même soit dans un mouvement masochiste, soit dans un mouvement d'allure mélancolique.

2) La dépression

Le second mécanisme de base à l'œuvre dans le champ psychique, parallèlement au clivage est la **dépression primaire**. Les autres mécanismes de défense tels que l'identification projective ou introjective, le déni, l'omnipotence sont des conséquences du clivage.

La dépression primaire est la conséquence d'un « **désinvestissement radical** qui engendre des états de blanc de la pensée sans aucune composante affective (sans douleur ni souffrance) » (A. Green). Ce mécanisme se traduit par

l'impossibilité à représenter l'affaiblissement de l'investissement psychique, l'impression de tête vide, l'incapacité à penser. **L'incapacité de faire le travail du deuil, de tolérer des sentiments de culpabilité** est une caractéristique frappante expliquant des symptômes tels que les agirs, les comportements psychopathiques, les perversions polymorphes, la toxicomanie, l'alcoolisme.

A ceci s'ajoutent de longues périodes d'incapacité et d'inhibition avec souvent un désespoir sans fond.

Dans un très beau texte, J.B. Pontalis (1987, Perdre de vue) écrit : *« le plus insupportable dans la perte serait-ce la perte de vue ? Annoncerait-elle, chez l'autre, l'absolu retrait d'amour et en nous l'inquiétude d'une infirmité foncière : ne pas être capable d'aimer l'invisible ? Il nous faudrait voir d'abord. Non pas voir seulement, mais voir d'abord et toujours pouvoir calmer l'angoisse que suscite l'absence en nous assurant que l'objet aimé est tout entier à portée de notre regard et qu'il nous réfléchit dans notre identité »* (p. 275). C'est bien en ces termes essentiels que se fonde la question de la perte de l'autre dans les problématiques dépressives des fonctionnements limites : perte de l'autre susceptible d'entraîner avec elle, dans la disparition, la perte de soi, la perte de l'autre visible ne permettant pas que se maintienne son existence comme objet interne, à l'intérieur de la psyché, assurant par là même le sentiment de continuité d'exister. Ces patients sont très souvent dans l'impossibilité d'opérer des liaisons entre la représentation et l'affect. Le contact avec la réalité interne est défaillant. Ils ont recours à un surinvestissement majeur de la réalité externe qui vient pallier le déficit interne et le renforcer. Ils sont dans une procédure est

défaillant. Ils ont recours à paradoxale : il s'agit à la fois de refuser l'autre et de s'attacher aux marques affectives de sa présence dans l'établissement, le maintien, l'entretien d'une dépendance aliénante parce qu'elle est entièrement soumise à l'emprise et au narcissisme.

Le surinvestissement de la réalité extérieure est utilisé comme un barrage étanche maintenant à l'écart les états subjectifs en particulier la détresse, afin qu'ils ne soient pas perçus par l'autre.

Le traitement de la réalité externe est destiné à masquer ou plutôt suppléer le vide intérieur.

*« Les rêves des patients limites ne sont pas construits par l'appareil psychique pour exprimer l'accomplissement d'un désir mais plutôt pour servir une **fonction d'évacuation**. On retrouve souvent **un faux self** dans les cas limites. Le faux self ne s'établit pas sur les expériences réelles du patient, mais sur l'adaptation complaisante de l'enfant à l'image que sa mère s'est faite de lui et à laquelle il est contraint de ressembler. L'organisation d'un faux-self sert plutôt le narcissisme de l'objet que celui du soi. Le faux self alimente un narcissisme d'emprunt : le narcissisme de l'objet » [A. Green].*

Avec les patients à fonctionnement limite, la parole est davantage du côté de l'acte que de la communication à soi ou à l'autre. Comment le cadre du psychodrame peut-il faire en sorte que cet agir verbal se transforme en parole associative ?

1 - Par le fait que le thérapeute-acteur va se laisser pénétrer par les mots du patient et accepter de répondre dans le jeu au niveau du corps et de ses sensations qui feront apparaître des images

puis les mots pour le dire.

2 - Par le fait que l'analyste, meneur de jeu, tant dans sa parole que dans son écoute, va permettre indirectement la transformation des motions pulsionnelles du ça en représentations inconscientes du Moi (fonction alpha de Bion ; espace transitionnel de Winnicott) « *c'est la mission civilisatrice de l'objet sur la parole du sujet* » écrit Laurent Danon-Boileau. Le meneur de jeu, l'analyste prête sa parole à un ressenti commun, qui devient effet partage, co-parole. Ce détour par l'objet évite la décharge immédiate de l'excitation du circuit court : l'émergence de l'investissement intrapsychique de la parole devient possible.

Comment le psychodrame peut-il aider ces patients à réduire un peu leur clivage et à sortir de leur dépression ?

En ce qui concerne la dépression, le plaisir à jouer des thérapeutes acteurs, le plaisir à fonctionner en groupe, l'investissement des thérapeutes et du meneur de jeu sur le patient dans sa globalité comme être humain, l'intérêt qu'ils portent à la vie psychique du patient, tout ce bon environnement va réveiller les pulsions de vie du patient. Ce sont elles qui alimentent la **fonction objectalisante** c'est-à-dire la possibilité de créer des objets en même temps que l'énergie libidinale pour les investir. Ce sont les pulsions de vie qui étaient mises hors jeu par les pulsions de mort désintriquées qui vont à nouveau abreuver le tissu psychique et se réintriquer aux pulsions de mort grâce aux nouveaux objets. Nous voyons le patient revivre en même temps qu'il réinvestit sa vie psychique et ses objets internes. C'est quand il pourra faire de l'investissement un objet qu'il retrouvera goût et plaisir à vivre. Tout ce travail de réanimation du monde interne n'est possible que si les

thérapeutes aident à reconstruire cette aire de jeu en espace potentiel intermédiaire entre le patient et les thérapeutes. C'est un espace très fragile au début. Il se construit dans le respect profond de l'espace du patient : le moins possible d'intrusion et d'empiètement. Cette aire transitionnelle est indispensable pour que le patient ait l'illusion que ce qui lui est proposé, ce qu'il trouve dans l'espace de jeu, c'est lui qui l'a créé. C'est en prenant appui sur ce sentiment d'omnipotence que le patient sortira du sentiment de futilité de la vie. C'est alors qu'il aura l'illusion ou la conviction que la vie vaut la peine d'être vécue et qu'elle peut avoir un sens. Alors et alors seulement il sortira de cette dépression profonde, de ce monde du désinvestissement radical.

À un niveau métapsychologique, on peut se représenter le monde interne du déprimé comme rempli de mauvais objets persécuteurs qui attaquent et détruisent les bons objets. Ces derniers deviennent de plus en plus rares. Ces mauvais objets alimentés par les pulsions de mort ont deux alliés de poids : le surmoi dans sa dimension archaïque sadique tyrannique lui aussi alimenté par les pulsions de mort et l'idéal du Moi trop élevé, inatteignable, qui vient renforcer le sentiment de petitesse de fragilité du Moi écrasé et impuissant. Grâce au clivage, des morceaux d'objet sont protégés et à l'abri de toutes ces attaques. Ainsi, le clivage permet la vie ou la survie du patient. Il est donc un mécanisme de défense vital à respecter.

Comment réduire un peu ce clivage en archipel ?

C'est en créant des ponts entre ces parties clivées c'est-à-dire en jouant des conflits d'abord mineurs et avec prudence. C'est le conflit entre les parties du Moi et le transfert sur le meneur de jeu qui permettent un début de rapprochement. Au début, le pont est

très étroit, il y a très peu de communication entre les différentes parties du Moi. Puis ce pont s'élargit, il est attaqué, détruit, puis reconstruit jusqu'à ce qu'il devienne lui-même objet d'investissement et soit préservé. C'est ainsi que lentement, le patient gagne du terrain, que les communications deviennent plus nombreuses et plus fréquentes au sein du Moi et qu'il retrouve le sentiment d'unité, de cohérence et d'harmonie du Moi. Ce sentiment est éphémère. Quand on le retrouve, alors, on dit « je me sens bien ».

Le clivage somato-psychique est plus difficile à réduire, faire du soma qui nous attaque en nous infligeant des souffrances un corps investi qui nous soutient. Parfois, nous avons recours à une thérapie à médiation corporelle comme des massages pour permettre que le soma devienne objet d'investissement.

3) La mélancolie

C'est en 1915 que Freud rédige « Deuil et mélancolie ». Depuis 1909, il échangeait à ce sujet avec K. Abraham qui a eu l'intuition que le mélancolique régressait jusqu'au stade oral. Mais pour Freud, la mélancolie est surtout un problème topique, à savoir le clivage du Moi : une partie est identifiée à l'objet (ou plutôt a incorporé l'objet) et une autre partie continue d'obéir à ses fonctions habituelles. Plus tard, en 1923, Freud désigne la mélancolie comme « pure culture des pulsions de mort ».

Dans « Deuil et mélancolie », Freud fonde sa théorie sur le rapprochement de ces deux états. Leur circonstance déclenchante est semblable ; c'est la perte. Mais si le deuil survient après la mort d'une personne aimée, dans la mélancolie, l'objet perdu l'est en tant qu'objet d'amour et n'est pas toujours

réellement mort. Le mélancolique, sauf dans certains cas, ne sait pas ce qu'il a perdu car cette perte est soustraite à la conscience.

Les tableaux cliniques sont identiques, à ceci près que la mélancolie s'accompagne d'une perte de l'estime de soi. À la différence de l'endeuillé, le mélancolique souffre d'une perte concernant son Moi, qu'il décrit comme pauvre et sans valeur.

Les reproches qu'il s'adresse à lui-même sans aucune honte sont en fait destinés à l'objet perdu. Son Moi est clivé : une partie de celui-ci prend comme objet une autre partie identifiée à l'objet perdu par un mécanisme narcissique. Celui-ci présuppose que le **choix d'objet s'est établi selon le type narcissique**, marqué par une forte fixation à l'objet et cependant une faible résistance de son investissement, prompt à se retirer dans le Moi à la moindre déception.

Autre condition nécessaire à la mélancolie, la relation d'objet doit être ambivalente. Une fois l'amour pour l'objet réfugié dans l'identification narcissique, la haine peut entrer en action contre la partie du moi identifiée à cet objet. Elle y trouve une satisfaction sadique traduite par les intentions suicidaires.

Celles-ci résultent du retournement contre soi de la haine dirigée contre l'objet.

La libido du mélancolique commence à régresser à la première phase sadique anale décrite par K. Abraham : la pulsion obtient satisfaction en rejetant et en détruisant l'objet. La régression ne s'arrête pas là, elle continue jusqu'à la **phase orale cannibalique**, d'où le refus alimentaire, signe cardinal de la dépression mélancolique.

Au cours d'un travail analytique, les réactions dépressives manquent rarement.

Quand le sujet aborde des problèmes difficiles autour du transfert, il n'est pas exceptionnel qu'il se déprime et parfois gravement ; on peut même voir s'installer des moments mélancoliques. C'est ce qui est arrivé à Pierre au cours d'un psychodrame en groupe.

Conférence d'introduction à la psychanalyse, 12 mars 2009

Dépressions et traitements psychotropes

Auteur(s) : Vassilis Kapsambelis

Mots clés : antidépresseurs - chimiothérapie - corps-psychisme - dépression/dépressions - économie (psychique) - médecin-malade (relation) - qualification (processus de -) - réaction thérapeutique négative

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 groupements assuraient pour le bénéfice et (ou) le contrôle des autres membres du groupe. La relation médecin - malade d'aujourd'hui porte les traces de cette tradition, tout en ayant évolué parallèlement à l'évolution des groupements humains qui lui assignent ses fonctions et l'utilisent. Ceci signifie que cette relation - et donc aussi les instruments dont elle se sert pour ses fonctions, dont les médicaments - est profondément marquée par ce que l'on pourrait appeler le « berceau historique » de la relation transfert - contre-transfert qui constitue notre principal instrument de travail : le berceau historique qui est la suggestion. En ce sens, on peut dire que *le prescripteur se prescrit toujours soi-même en même temps qu'il prescrit un médicament* - en même temps que *les réactions suscitées par la prescription sont toujours des réactions aussi bien au médicament qu'au prescripteur*. Cette « prescription de soi-même » peut concerner autant sa personne dans le moment particulier de sa relation avec son patient que le cadre plus général (service hospitalier, entourage infirmier, culture et idéologie particulières de l'unité de soins) dans lequel survient la prescription. Il y a donc lieu d'une étude psychanalytique de la prescription sous cet angle, les effets des psychotropes traduisant les significations qui naissent, ou plutôt qui se réactualisent à travers ce transfert particulier, au sein de cette relation.

- mais en même temps, les psychotropes *ne sont pas des placebos*. Ils viennent s'ajouter à la longue liste de substances (bière, vin, alcools de toute origine végétale, feuilles de tabac, de chanvre ou de coca) que les hommes ont su reconnaître et utiliser de façon *différenciée* pour produire des effets psycho-affectifs relativement *prévisibles*. Il est donc théoriquement possible de construire une

sorte d'anthropologie psychanalytique de leurs effets, en utilisant la psychanalyse dans ce qui est son « métier de base », en quelque sorte : « un art d'interprétation » (Freud, 1920), qui peut s'exercer sur toute activité ou réaction humaines, dans quelque contexte que ce soit, et à partir de n'importe quel type de situation. C'est-à-dire : emprunter à la psychanalyse certains de ses concepts (hypothèse économique, hypothèse génétique, hypothèse dynamique, pulsionnelle...) et les utiliser pour décrire ce que nous constatons sous psychotropes. Il est possible de faire ce travail, et donc de le faire par classe de médicaments : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les tranquillisants..., en ne parlant plus de la relation, mais des effets observés d'une classe de médicaments, lorsque nous voulons rendre ces effets en utilisant un langage, une « grille de lecture », psychanalytique.

Les deux lectures sont valables. Mais on ne prescrit qu'une seule ordonnance à un seul patient à la fois. Comment les combiner ?

Une situation clinique

Voici un exemple.

Une femme d'une petite quarantaine d'années a présenté, ces cinq dernières années, deux épisodes dépressifs d'allure mélancolique, ainsi qu'une période hypomaniaque. C'est une personne très active professionnellement, célibataire, elle travaille dans la communication, elle a une haute opinion de la psychanalyse - à laquelle néanmoins elle ne s'est jamais adressée « faute de temps » -, et elle est absolument réticente aux traitements médicamenteux, « camisoles chimiques » qu'elle voit en surconsommation autour d'elle, ce qu'elle méprise. C'est dans ce

contexte qu'est instauré, suite à une troisième hospitalisation, un suivi psychiatrique destiné à assurer la prescription médicamenteuse.

Ouvrons ici une parenthèse pour dire que l'on rencontre actuellement un nombre croissant de patients qui se déclarent d'emblée hostiles à toute prise de psychotropes, alors même que certains pourraient en tirer un bénéfice incontestable. Cette réaction négative est encore plus ample dans des pays comme les États-Unis, où les enquêtes d'opinion montrent une réticence extrêmement répandue à l'égard de ces médicaments ; probablement nous ne faisons que commencer à nous confronter, à notre tour, à ce mouvement. Or, ce mouvement constitue le contrecoup évident d'une certaine façon de présenter les psychotropes qui a été dominante à partir des années 1980. Cette façon était non seulement très avantageuse, mais aussi très profitable (au sens financier du terme) à ses promoteurs, du moins à court terme. Mais elle a aussi introduit certaines modifications majeures dans les rapports de l'homme occidental aux produits psychotropes : propagation d'une idéologie de toute-puissance scientifique (voire scientifique) - valorisation d'une efficacité rapide et de plus en plus « opérationnelle » (voire opératoire, au sens psychosomatique du terme) - basculement d'une attente de type « guérison de maladie » à une attente de type « acquisition de bien-être » (Kapsambelis, 1998).

Notre patiente reçoit donc, de mauvaise grâce, un traitement antidépresseur, d'autant plus inévitable qu'il s'agit de prendre le relais du traitement intrahospitalier. Mais le fait qu'elle reconnaisse un peu ce traitement comme nécessaire et inévitable ne le rend pas plus acceptable à ses yeux. Les consultations

s'épuisent donc : dans des discussions de marchands de tapis sur les posologies (acceptera-t-elle un quatrième comprimé à 25 mg de tricycliques classiques, puisque, manifestement, elle n'est que très partiellement améliorée avec une posologie à 75 mg ?) ; dans des récriminations concernant les effets secondaires (qui sont absolument envahissants dès le premier comprimé) ; et, bien sûr, dans la recherche d'une autre molécule, tout aussi efficace, ou présumée telle, mais sans effets secondaires. Le psychiatre suit le mouvement et essaie de faire son travail en bon médecin, c'est-à-dire qu'il oscille entre l'effort pour convaincre sa patiente et l'effort pour réprimer son agacement.

De son côté, le psychanalyste en lui, écoute ; il écoute, et surtout il attend. Il attend quoi ? Il attend à peu près ce que l'on attend en analyse : une *conjonction*, à savoir le moment où certaines lignes de conflit anciennes répétitives vont converger vers un « point culminant ». Ce point culminant est leur point de rencontre avec ce que la personne vit dans le ici et maintenant de la relation avec son thérapeute : c'est ce que nous appelons le transfert.

En l'occurrence, ces lignes de conflit sont au nombre de trois :

- d'abord, une opposition entre le moi et un surmoi particulièrement cruel et exigeant, interdisant toute amélioration que la personne n'aurait réussie « par elle-même » (donc : « pas de médicament »), voire toute amélioration tout court ;
- ensuite, une solide érotisation de l'analité et de sa problématique ambivalente autour du médicament (accepter-refuser, prendre-laisser, introjecter-expulser) ;
- enfin, une opposition inconciliable entre activité et passivité (le

médicament est inacceptable du simple fait qu'il se présente comme un ordre, une « ordonnance » ; il place le sujet dans une situation intolérable de passivité, dont les ramifications, chez cette personne, se prolongent jusqu'à la problématique de la féminité et de la dialectique entre « celui qui donne » et « celui qui reçoit »). Et l'on pourrait éventuellement y ajouter une quatrième ligne de conflit, que l'on peut déduire par les signes les plus manifestes d'un moi en souffrance structurale (c'est-à-dire sous menace vitale). Qu'est-ce que cela signifie ? Cela signifie qu'il y a manifestement investissement hypocondriaque des effets secondaires, ce qui est toujours l'indice d'une souffrance au niveau de l'organisation même et de la cohésion du moi. Notons, à ce propos, que cette ligne de conflit, qui est particulièrement présente dans le travail de prescription avec les schizophrènes, est généralement la plus difficile à élaborer, même si, dans le cas de cette patiente, cette souffrance structurale s'érotise et donc s'objectalise suffisamment : d'une part, comme auto-sabotage de l'amélioration attendue par le traitement, d'autre part comme plainte et contestation contre la mauvaise prescription.

Ce « point culminant » est atteint après quatre mois de traitement infructueux, et ce, à la façon suivante. La patiente déclare que son rapport bénéfices - inconvénients avec son traitement actuel est absolument exécrable (ce qui est la stricte vérité). Elle réclame donc un changement de molécule ; elle en a même trouvé une (qui fait partie des plus prescrites parmi des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) et demande sa prescription. Le psychiatre est évidemment tenté par une réaction de mauvaise humeur, voire de rejet (après tout, il n'est pas obligatoire d'aller voir un médecin, et il est inutile d'en voir un, si on ne suit pas ses prescriptions). Toutefois le psychanalyste en lui, lui conseille

d'accepter, tant et si bien que l'on arrête l'antidépresseur tricyclique initial et l'on administre la nouvelle molécule (suggérée par la patiente). Pendant deux mois, prescripteur et patiente vivent donc sous des conditions d'inversion du rapport activité - passivité : c'est, en somme, la patiente qui a prescrit, c'est le médecin qui suit. Au bout de ces deux mois, aucun effet bénéfique n'est signalé, malgré une augmentation significative des posologies, il y a même une nette aggravation des troubles. La patiente est alors désespérée, elle pleure abondamment, les idées de suicide reviennent en force.

Le moment est donc venu pour que le psychiatre propose à sa patiente un récapitulatif de leur brève histoire commune. Il lui dit que, manifestement, elle a beaucoup de mal à accepter que quelqu'un lui donne quelque chose qui lui fasse du bien. Peut-être parce que ce quelqu'un est un homme, peut-être parce qu'elle pense qu'il est humiliant en général d'être bien autrement que par soi-même, peut-être enfin parce qu'elle pense qu'elle ne mérite pas, de toute façon, d'être bien. Mais que, comme par ailleurs, elle a l'air, malgré tout, de tenir à la vie, il serait peut-être temps de consentir à une vie un peu plus agréable que celle résumée à une vie d'intestin, qui passe son temps à alterner acceptation et rejet de ce qu'on lui donne.

La patiente acquiesce, avec ce petit quelque chose de mouvement affectif, de surprise, d'« interpellation », comme on dit maintenant, que le clinicien considère comme un indice du fait que sa parole a été réellement entendue. On arrête donc le deuxième antidépresseur. Mais quoi prescrire à la place ? Le psychiatre souhaiterait de revenir au médicament initial, qu'il considère comme plus sûr dans ses effets antidépresseurs. Mais le

psychanalyste en lui l'interroge quelque peu sur ce « souhait », par ailleurs parfaitement fondé ; il lui dit, pour faire bref, que si un mélancolique lui suscite des souhaits, c'est qu'ils doivent être sadiques. Il lui conseille donc de ne pas trop pousser son avantage. Ainsi, c'est une troisième classe d'antidépresseurs qui est finalement sollicitée, parmi les plus récentes (et, il faut bien le dire, pas parmi les plus foudroyantes en efficacité). Moyennant quoi, la patiente s'améliore de façon très nette, avec une posologie assez modérée, part en vacances, parvient même à reprendre son travail, et on a le sentiment que, d'une certaine façon, un cap a été franchi.

Commentaire

Comme vous avez pu le constater, j'ai essayé d'illustrer mon propos en oscillant entre le psychiatre et le psychanalyste. Psychanalyste ? Oui, sûrement, si l'on tient compte de la terminologie utilisée pour rendre compte de ce qui a été vécu et observé. On a bien fait appel au surmoi, à l'analité, au sadisme, au couple activité-passivité, au contre-transfert... Mais la formalisation d'une expérience n'est pas l'expérience elle-même, et ce qui se passe entre deux psychismes qui entrent en relation n'a pas attendu l'invention de la psychanalyse pour avoir lieu. Le psychiatre est médecin, prescrire est un acte de médecin, et on peut supposer qu'un médecin capable d'utiliser les ressorts de son art, capable d'entendre et d'utiliser de façon thérapeutique ses propres attitudes émotionnelles face à ses patients — et par ailleurs sans rapport d'expérience ou de connaissance avec la psychanalyse, aurait sans doute mené ce traitement de façon assez proche. On peut espérer qu'un médecin a cette

« intelligence de l'humain » nécessaire à l'exercice de son art, cette capacité à sentir l'autre qu'il a en face de lui, à dialoguer par les paroles et par les gestes avec lui, à entrer en relation avec ses mouvements affectifs et corporels par-delà les mots échangés, et de ce fait, à ajuster ses investigations comme ses interventions thérapeutiques au plus près de ce qui est l'objectif contractuel de leur rencontre, à savoir l'objectif de guérison.

Pourquoi parler de médecin ? Parce que prescrire renvoie certainement à ce que les psychiatres ont le plus en commun avec leurs collègues médecins. Les uns et les autres se rencontrant précisément dans cette autorisation qui leur est donnée par leur fonction sociale à intervenir et à interagir avec le corps de celui qui s'adresse à eux. En effet, prescrire dans les conditions spécifiques de la psychiatrie ne doit pas nous faire oublier que le médicament est par essence une intervention médicale et que, par conséquent, et quel que soit l'appareil auquel celle-ci est finalement destinée (en l'occurrence, l'appareil psychique), il s'adresse en première instance au niveau du corps. Ce qui signifie que le psychiatre ne peut pas faire l'économie d'une conception psychiatrique, psychopathologique (et non pas seulement médical ou biologique) du corps, s'il veut intégrer sa prescription dans ce qui est son métier, et que Gauchet et Swain (1980) appellent une « pratique de l'esprit humain ». Et on pourrait même dire que, si le médecin-psychiatre pense pouvoir se passer de cette intégration du corps dans sa conception psychopathologique, c'est finalement la psychiatrie (et la psychopathologie) qui vont finir intégrées dans une conception du corps étrangère à la spécificité de l'esprit humain. C'est sans doute ce qui est en train de se passer à partir d'une certaine conception des neurosciences, conception dans laquelle le *mind* est totalement confondu au

brain.

En quoi tout cela concerne-t-il la psychanalyse ? Contrairement à une idée assez répandue, la psychanalyse n'est, ni une théorie de la psychogénèse, ni un modèle de l'influence du milieu sur le psychisme humain. La psychanalyse, telle que Freud l'a conçue, est un ensemble de conceptions qui ont l'ambition de décrire la spécificité de l'appareil psychique humain à partir de ce que notre qualité d'organisme vivant et de mammifère représente comme exigence de travail pour cet appareil psychique (Angelergues 1980, 1989). Ceci l'a conduite, non seulement à construire un grand nombre de concepts psychologiques originaux, susceptibles de décrire cet appareil psychique spécifiquement humain, mais aussi à formuler un certain nombre d'hypothèses concernant le type de limitations et d'exigences que représente notre corps de mammifères pour notre psychisme humain : autrement dit, à construire un certain nombre d'hypothèses concernant notre corps, notre biologie, *tels qu'ils sont perçus*, « *vécus* », *du point de vue de notre psychisme* : donc, notre corps et notre biologie « imaginaires ». « Imaginaires », qui signifie : telles que notre esprit, notre psychisme, se représente ce corps et cette biologie – donc, « imaginaires », mais bien sûr, particulièrement agissants dans les événements somato-psychiques qui nous affectent. Et c'est en cela que la psychanalyse peut nous être utile, spécialement lorsqu'il s'agit de prescription médicamenteuse en psychiatrie.

Psychotropes, corps et psychisme

Quelle idée notre psychisme se fait-il de notre corps, et quels concepts sont-ils les plus à même de la décrire ? Freud a construit

de nombreux concepts de ce type, plus ou moins contenus dans ce que nous appelons ses hypothèses pulsionnelle et économique, et ces concepts s'intriquent avec d'autres, comment le couple déplacement-condensation, la projection, le plaisir d'organe et l'auto-érotisme, etc. Les limites de cet exposé ne permettent pas de les passer exhaustivement en revue et de les interroger dans le sens d'une exploration des effets des médicaments psychotropes. Nous allons donc nous contenter du premier d'entre eux, celui qui apparaît comme le plus fondamental. Et ce premier élément de notre vie psychique en provenance de notre biologie est bien sûr l'élément qui nous pousse, qui « nous fait courir » — à savoir nos besoins et nos désirs —, et qui pourvoie aux fonds nécessaires à notre fonctionnement et à l'accomplissement de ces buts, autrement dit, à leur satisfaction.

Pour cet élément premier, Freud a utilisé le terme d' « instinct », qui correspondrait davantage à la notion de « besoin », mais il lui a préféré le terme de « pulsion ». Terme qui probablement, lorsqu'il est traduit en langage psychique, correspond mieux à notre notion de « désir », étant entendu que dans son esprit, comme dans celui de chacun d'entre nous, il y a, dans l'expérience immédiate que nous avons de nous-mêmes, une différence plus ou moins grande, mais pas un fossé infranchissable, entre « besoins » et « désirs ». Ces besoins ou désirs (on peut, à ce niveau de la discussion, les considérer comme interchangeable) se manifestent donc à nous, c'est-à-dire à notre psychisme, comme quelque chose qui nous pousse. Et ce « quelque chose qui pousse » est assorti d'un apport énergétique, dont nous ignorons la provenance, mais qui est pourtant là, et nous permet de nous lever le matin, de nous activer, de travailler, d'aimer, de s'amuser — bref, de vivre.

Dès l'introduction des psychotropes modernes, les psychanalystes ont perçu la possibilité de formuler leurs effets sur le psychisme en termes d'action « pulsionnelle » ou « énergétique », et certains collègues américains (Ostow, 1961) avaient même proposé un modèle assez simple, mais non dépourvu d'intérêt pratique et didactique, classant les psychotropes selon un axe « réduction - augmentation énergétique » : les neuroleptiques seraient le prototype d'agents réduisant la quantité énergétique (d'où leur effet curatif sur les états maniaques qui, selon ce modèle, sont des états traduisant une « pléthore » énergétique), les antidépresseurs seraient des *energizing drugs*, « médicaments énergétiques », efficaces, par conséquent, sur les états dépressifs, états de « déplétion libidinale ». Quant aux effets des uns et des autres sur les états psychotiques, ils seraient déductibles de ce modèle. Dans la mesure où on peut observer, dans certains états psychotiques (bouffées délirantes, poussées évolutives de schizophrénie) une situation d'accroissement et de dépense énergétiques, les neuroleptiques leur sont utiles, tout comme les antidépresseurs pourraient être utiles dans des états psychotiques caractérisés, au contraire, par l'appauvrissement idéique, l'émoussement affectif et le désinvestissement. Mais comme, par ailleurs, les états psychotiques ne se caractérisent pas uniquement, ou principalement, par leurs variations énergétiques, ni les neuroleptiques, ni les antidépresseurs ne s'avèrent pleinement « curatifs » dans ces pathologies, contrairement à leurs effets nettement plus satisfaisants dans les pathologies de l'humeur.

Racamier, plus prudent, et surtout plus dynamique dans sa compréhension, disait à peu près à la même époque que, dans les états psychotiques, c'est avant tout l'ampleur de l'angoisse qui représente une considérable déperdition énergétique, tant et si

bien que les neuroleptiques pourraient être assimilés à des agents permettant une sorte d' « épargne énergétique psychobiologique » (Racamier et Baudrand, 1954).

Toujours est-il que ce modèle « énergétique » n'est pas sans pertinence dans ce qui fait notre pratique quotidienne. On a bien l'impression que, traiter un maniaque, c'est avant tout lui permettre de souffler, et on craint pour lui de le voir s'écrouler un jour, totalement exsangue après une telle orgie. Autrefois, avant les neuroleptiques, il n'était pas rare qu'un état maniaque non traité, c'est-à-dire non isolé de force et attaché, aboutisse à la mort par épuisement du patient. De même, on regarde souvent avec appréhension l'extraordinaire énergie que nos psychotiques dépensent à délirer, et plus généralement à rendre compliquées les choses de la vie courante qui sont simples pour la plupart d'entre nous. On a bien l'impression que les neuroleptiques les aident à modérer quelque peu cette sorte de dépense inconsidérée et, d'ailleurs, lorsque notre envie de les soulager, ou notre inquiétude, ou notre peur, nous conduisent à dépasser les limites de la posologie appropriée, nous avons bien l'impression que notre prescription les a un peu trop « éteints ». Augustin Jeanneau dit que, prescrire, c'est répondre à une pulsion par une pulsion (Jeanneau, 1993) : prescrire, c'est « passer à l'acte », c'est donc obéir à une sorte de pulsion jusqu'au bout, ce qui explique sans doute pourquoi, parfois, la prescription peut frapper tout aussi fort... Et enfin, face à une dépression, nous avons bien l'impression d'une sorte de « panne énergétique » et il est impressionnant de constater le nombre de métaphores de ce type qu'utilisent les patients déprimés, d'autant plus que, lorsque la prescription réussit, c'est également en termes de reprise énergétique et d'activité retrouvée qu'ils expriment leur

amélioration (« recharger les batteries », « remettre la machine en route », etc.).

Seulement voilà : le modèle, bien que simpliste, est efficace surtout « lorsque la prescription réussit » — et c'est bien là le problème. Car, si on fait l'hypothèse que les psychotropes agissent à un niveau tellement fondamental et « en amont » de la vie psychique, au niveau de la source énergétique, en quelque sorte, au niveau de la « pulsion » (ce concept-limite entre le psychique et somatique, comme disait Freud) — à un niveau donc où, à priori, les différences individuelles tendent à s'estomper — comment comprendre qu'ils puissent réussir dans certains cas, échouer dans d'autres ? Comment comprendre que des « energizing drugs », comme disaient les collègues américains, et comme semble le dire la plupart de nos patients, soient si inexplicablement inégaux d'un individu à l'autre ?

Bien sûr, nous sommes loin de tout savoir sur les sites d'impact cérébral des différentes substances psychotropes ; nous sommes loin de tout savoir sur la façon dont ces sites se combinent dans le résultat antidépressif final ; et nous sommes loin de pouvoir formuler les états dépressifs en de termes neurobiologiques. Donc, en toute rigueur, nous ne savons pas pourquoi ils sont efficaces chez telle personne et inefficaces chez telle autre, cliniquement semblable à la précédente. De l'autre côté, l'hypothèse « pulsionnelle » n'est pas, elle non plus, suffisante du point de vue psychanalytique pour rendre compte des effets des psychotropes, et il est certain qu'il faudrait mobiliser de nouveaux concepts pour la complexifier et la rendre plus proche de l'observation clinique. La réflexion proposée ici est donc à prendre pour ce qu'elle est, à savoir un exposé de clinique psychanalytique

(sur les phénomènes observés lors de la prescription des psychotropes) à *partir d'une seule hypothèse*, dont le seul mérite est de se rencontrer assez largement dans cette biologie imaginaire que nos psychismes, et ceux de nos patients, construisent pour rendre compte de leur rapport à leur corps.

Les « effets secondaires »

Si l'on admet ces limitations dans notre propos, et si on décide néanmoins d'avancer, que nous dit-elle, cette clinique psychanalytique ainsi utilisée ? Elle nous dit la chose suivante : tout comme les neuroleptiques, et comme la totalité des produits psychotropes, les antidépresseurs, malgré les apparences, « marchent » toujours ! Car, dans son expérience la plus courante, tout prescripteur admettra qu'il n'a pratiquement jamais vu de patient qui, après l'administration d'un traitement à de posologies plus ou moins usuelles, soit resté sans réaction : il se passera toujours quelque chose ! La plupart du temps, il se passe ce que nous espérons, à savoir un effet antidépresseur ; nous sommes contents, le patient aussi, la cure se poursuit, puis se termine, et nous n'en demandons pas plus.

Souvenons-nous cependant de notre patiente du début de cet exposé : elle restait déprimée, certes, avec le tricyclique initial ; mais tout son corps était de la partie : tremblements, constipation, secousses musculaires, irritabilité, sub-excitation désagréable — la quasi totalité de son appareil neuro-végétatif et musculaire était en vibration, pourrait-on dire, le tout accompagné d'une sorte d'effervescence mentale qui, à défaut d'euphorie, se traduisait par un inconfort psychique qui oscillait entre l'anxiété et l'agressivité. Manifestations qui sont loin d'être rares sous antidépresseurs, que

l'on observe assez souvent, bien qu'en général de façon fugace, lors d'une phase précise du traitement (celle que nous appelons communément la phase de la levée de l'inhibition avant l'inversion de l'humeur), et qui parfois s'amplifient et deviennent prédominantes, notamment lorsque l'inversion de l'humeur ne se produit pas.

Il existe une riche bibliographie sur ce que nous appelons, en psychanalyse, une « réaction thérapeutique négative », concept qui pourrait éclairer ce qui s'est produit avec le premier antidépresseur chez cette patiente. « Réaction thérapeutique négative », à savoir le traitement a des effets, mais ceux-ci sont négatifs, aggravent la pathologie plutôt que de la soulager. Cette notion pourrait même, de façon plus générale, permettre de jeter un regard nouveau sur la question des dépressions dites résistantes. Car, dans la psychiatrie classique d'aujourd'hui, ces dépressions résistantes sont comprises par la notion quelque peu statique et étroite de « non-réponse au traitement », alors que si on les pense en termes de « réaction thérapeutique négative » la question devient bien plus intéressante. Pourquoi ? Parce qu'elle considère qu'une réponse se produit bel et bien, mais elle est « négative », c'est-à-dire qu'elle prend la forme de l'aggravation, de l'intolérance au traitement à ses effets supposés bénéfiques, elle prend même parfois la forme d'une fuite, d'une interruption du traitement, etc.

On ne peut pas développer ici davantage la question de la « réaction thérapeutique négative », question d'ordre thérapeutique et technique qui concerne aussi bien les psychothérapies que les chimiothérapies. Constatons que nous sommes en droit de considérer qu'elle concerne aussi les

traitements psychiatriques - la patiente dont je vous ai exposé la vignette clinique - et reprenons le fil de notre réflexion à partir de l'hypothèse « énergétique » que nous avons choisie. Vue sous cet angle, on peut proposer l'idée suivante : *et si on supposait que les antidépresseurs avaient effectivement « marché », dès la première cure de tricycliques, chez notre patiente ?* Si on supposait que ce que les antidépresseurs avaient à faire comme travail — disons, puisque nous connaissons mal leur action sur la biochimie cérébrale : une certaine modification au niveau de ce qui est perçu, *in fine*, comme apport énergétique — l'ont effectivement réalisé, sauf que cette « énergie » ainsi recouvrée avait servi, avait été « versée », vers des manifestations autres que celles auxquelles on s'attendait d'un point de vue thérapeutique ?

Dans un de ses premiers textes, Freud (1895b) avait ouvert un champ d'investigation qui prolongeait certaines réflexions déjà présentes dans *l'Esquisse* de la même année. À l'époque Freud était essentiellement préoccupé par l'établissement de l'autonomie de la névrose d'angoisse et son rattachement à l'« étiologie sexuelle ». Par conséquent, il a peu repris par la suite ces réflexions, qui ouvraient pourtant sur la question de la sensation corporelle en tant qu'événement somatique, et de ses rapports avec la variable plaisir - déplaisir. Freud remarquait donc, dans ce texte, que les modifications physiologiques qui accompagnent une crise d'angoisse sont très proches, *en tant que telles*, de celles qui sont constatées lors du coït : « La conception développée ici [de l'étiologie sexuelle de la névrose d'angoisse] présente les symptômes de la névrose d'angoisse dans une certaine mesure comme des succédanés de l'action spécifique faisant suite à l'excitation sexuelle, et qui a été omise. Je rappelle, en outre, à l'appui de cette conception, que dans le coït normal

aussi l'excitation se dépense conjointement comme accélération de la respiration, battements de coeur, bouffée de sueur, congestion, etc. Dans les accès d'angoisse correspondant à notre névrose, on rencontre la dyspnée, les battements de coeur, etc., du coït, isolés et accrus ».

Ce que nous pouvons traduire à la façon suivante : au plan somatique, un certain nombre de manifestations peuvent se produire (se produisent continuellement, en fait), et deviennent perceptibles à partir d'un seuil, c'est-à-dire lorsqu'elles atteignent une certaine intensité, autrement dit à *partir d'une certaine quantité*. Mais au moment où cette excitation corporelle atteint le seuil de la perception et devient, de ce fait, consciente, c'est-à-dire *sensation*, il se produit invariablement une deuxième opération. Cette deuxième opération s'apparente à une opération de *qualification*. Qu'est-ce que cela signifie ? Cela signifie que, pour entrer dans l'espace psychique, la sensation doit impérativement entrer dans un certain nombre de catégories d'opposés (agréable - désagréable, inquiétant - apaisant, triste - gai, etc.), ce qui, en dernière analyse, signifie qu'elle sera située sur l'axe de la variable plaisir - déplaisir. On pourrait dire que rares sont les êtres humains qui, à l'instar de certains autistes, semblent parvenir à faire pénétrer une excitation corporelle dans l'espace de leur conscience, sans qu'aucune qualification ne lui soit conférée. C'est cet ensemble d'opérations que, dans *l'Esquisse*, Freud appelle la « transformation des quantités en qualités » (Freud, 1895a), et c'est pour rendre compte, entre autres, de cette transformation qu'il a introduit le *principe de plaisir* comme principe général du fonctionnement mental, ce principe présidant les *opérations de qualification*.

L'esprit humain, le psychisme spécifiquement humain, a certaines particularités :

- d'abord, ses rapports à la parole, instrument par excellence de qualification ;

- ensuite, son rapport à son histoire passée et notamment à ses expériences somato-psychiques infantiles, au cours desquelles il acquiert ses premières qualifications ;

- le fait fondamental que ces premières qualifications proviennent, le plus souvent, d'autrui, à savoir des humains de l'entourage immédiat ; ce sont ses premiers objets qui qualifient ses expériences (l'exemple classique de la mère de la mère qui qualifie en « bon », « mauvais », « aimer ça », « ne pas aimer du tout », les réactions mimiques du bébé face aux expériences alimentaires qui lui sont proposées) ;

- sans compter qu'à ces particularités (rapport à la parole pour qualifier, rapport à l'histoire des qualifications, rapport des qualifications à l'autre) s'ajoutent avec le temps d'autres, comme par exemple la double identification masculine et féminine, ou encore l'aptitude à produire des significations agissantes, etc.

Ces particularités donc font que les quantités qui circulent à l'intérieur de son organisme sous forme de mouvements corporels divers peuvent exister dans une relative indétermination eu égard à leur éventuelle qualification. Ce qui signifie que la qualification peut, « à quantité égale » en quelque sorte, varier non seulement selon l'individu, mais aussi chez le même individu selon le moment, selon le contexte, etc. Nous avons tous un très bon exemple, personnel, de ce fait, à travers l'une des expériences le

plus communément partagées. Nous savons que lors de la prise de notre psychotrope préféré, à savoir le vin, ou toute boisson alcoolisée, nos réactions, nos états émotionnels, nos sensations de plaisir ou de déplaisir peuvent extrêmement varier selon notre prédisposition psychique, notre compagnie, l'état d'esprit dans lequel nous buvons, etc.

Or, de toutes les particularités de l'esprit humain rapidement énumérées plus haut, il en est une qui est d'une grande importance pour la question qui nous intéresse ici, c'est-à-dire des effets des psychotropes – en l'occurrence, des antidépresseurs, et de l'interaction avec le prescripteur. Cette particularité est ce fait selon lequel c'est *l'autre humain*, celui qui accompagne nos premiers pas dans notre appropriation de nos expériences corporelles et plus généralement physiques, qui nous abreuve à chacun instant, qui nous distille jour après jour, ses propres qualifications de nos expériences physiques à nous. Ce qui signifie, non seulement qu'il nous entraîne de ce fait dans cette identification « forcée » qui fait de l'humain un humain, mais que, en outre, il forme notre psychisme à partir de ce qu'il a déjà imaginé, désiré, souhaité, fantasmé, etc. à notre sujet. Plusieurs psychanalystes, de Winnicott à Laplanche, en passant par Bion et Aulagnier, nous ont largement sensibilisé sur ces questions depuis quelques décennies.

Tant et si bien que l'on pourrait dire : dans la mesure où les qualifications, historiquement, sont établies chez l'être humain à travers la parole « qualifiante » d'un autre humain (de ceux et de elles, avec lesquels il a fait l'apprentissage de ses premières expériences de qualification de ses événements corporels), c'est probablement *dans le dialogue interne et externe avec un autre*

humain que l'être humain continue, tout au long de sa vie, à qualifier ces expériences corporelles que diverses situations, dont la prise de psychotropes, produisent en son intérieur et demandent leur « prise en charge », leur représentation au niveau de sa vie psychique.

En conclusion : les psychotropes nous permettent de manipuler des quantités. Probablement, certainement même, la finesse de leur action, bien qu'inférieure à nos attentes et parfois à nos illusions de médecins, est malgré tout supérieure à celle d'une simple modification de ces quantités en hausse ou en baisse, selon le modèle énergétique simpliste que nous avons utilisé aujourd'hui comme fil conducteur (et qui a été abandonné). Sans doute, les psychotropes permettent-ils un certain nombre d'actions plus évoluées, toujours au niveau des quantités : ils interfèrent avec la fluidité de ces quantités, et donc avec la mobilité des investissements et, indirectement, avec les mécanismes de liaison, de déplacement et de condensation (Dubor, 1975, Kapsambelis, 2002) ; ils facilitent notre faculté à la projectivité : Jeanneau (1980) par exemple a étudié cette question en rapport avec leurs effets sur les affects ; ils s'intriquent avec l'ensemble des processus somato-psychiques que recouvre la notion d'auto-érotisme : Guyotat (1970, 1972), puis Kapsambelis (1994, 1999, 2002) ont développé les rapports entre effets neuroleptiques et reconstitution des investissements narcissiques et, à un autre niveau, cette intrication de leurs effets avec les mécanismes auto-érotiques apparaît à nouveau dans leurs dérives addictives.

De ces quantités, nous ne savons presque rien : pas plus les psychanalystes, qui les utilisent comme des concepts-limites, nécessaires au développement de la théorie, que les

neuroscientifiques, ce qui est compréhensible pour une discipline, la psychopharmacologie, qui s'est développée à partir de découvertes fortuites. Mais pour ce qui concerne le psychiatre, le prescripteur, et la pratique thérapeutique qui lui est propre, la question la plus importante n'est pas exactement celle de la connaissance de ces quantités. Sa question à lui est comment, à partir de quel moment, sous quelles conditions, selon quelles articulations, ces quantités, quelles qu'elles soient, se transforment-elles en *qualités* ? C'est là sa question à lui, parce qu'en définitive, la transformation en *qualités* est le seul événement qui compte pour notre psychisme, dans la mesure où seules les *qualités* des expériences vécues, que celles-ci soient d'origine interne ou externe, sont déterminantes pour que notre jugement les classe selon l'axe agréable - désagréable, c'est-à-dire selon la variable plaisir - déplaisir.

Qu'est-ce que c'est, dans ces conditions, prescrire en gardant une visée psychopathologique ? C'est probablement prescrire en restant sensible aux effets des psychotropes (aux expériences corporelles qu'ils produisent, aux sensations qu'ils induisent) en tant qu'un tout indissociable (effets thérapeutiques et effets secondaires réunis). C'est pouvoir imaginer ce « tout » basculant d'un côté ou de l'autre de l'axe plaisir - déplaisir à partir d'opérations de qualification qui, elles, sont relativement indépendantes des psychotropes. Et enfin, et surtout, c'est pouvoir s'insérer dans le travail interne de qualification que fournit le sujet et en devenir l'un de ses principaux coproducteurs dans le dialogue avec lui. Voilà ce qui pourrait être considéré, en fin de compte, prescrire en gardant en tête ce que la psychanalyse nous apprend de la rencontre interhumaine dans un but thérapeutique.

Conférences d'introduction à la psychanalyse, 7 mai 2009

Bibliographie

Angelergues R. (1980) La psychiatrie, condition et conséquence d'un développement de la pensée biologique. In : F. Caroli (dir.) : *Spécificité de la psychiatrie*, pp. 55-72. Paris : Masson.

Angelergues R. (1989) *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*. Paris : Presses Universitaires de France.

Dubor P. (1975) Action des médicaments psychotropes sur les processus de liaison : dans la genèse des phantasmes et des représentations. *Inform. psychiat.* 51 (6) : 657-666.

Freud S (1895a) Esquisse d'une psychologie scientifique. In : La naissance de la psychanalyse, pp. 307-396. Paris, Presses Universitaires de France, 1979.

Freud S (1895b) Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que « névrose d'angoisse ». *Oeuvres Complètes de Freud. Psychanalyse III* : 29-58. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

Gauchet M, Swain G. (1980) *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris : Gallimard (NRF).

Guyotat J. (1970) Aspects de narcissisme dans les psychoses (Réflexions à partir d'expériences de thérapie institutionnelle et de certaines chimiothérapies). *Evol. Psychiat.* 35 (2) : 321-342.

Guyotat J. (1972) Recherche sur l'action psychodynamique de certains médicaments psychotropes (neuroleptiques-antidépresseurs) (Leur action sur l'économie narcissique du malade). *Confrontations Psychiat.* 9 : 207-228.

Jeanneau A. (1980) Mouvements psychiatriques et psychopharmacologie. Entre l'affect et la représentation. *Evol. Psychiat.* 45 (4) : 691-703.

Jeanneau A. (1993) A propos de la pulsion et des substances psychotropes. Réflexions métapsychologiques d'un prescripteur. *Les Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie* 26 : 23-32.

Kapsambelis V. (1994) *Les médicaments du narcissisme. Métapsychologie des neuroleptiques*. Éd. Synthélabo (Coll. Les Empêcheurs de penser en rond), Paris, 178 pages.

Kapsambelis V. (1998) Rêver ou dormir. Quelques réflexions sur les fonctions des médicaments psychotropes dans le monde contemporain. *Revue française de Psychosomatique* 14 : 139-160.

Kapsambelis V. (1999) La psychanalyse face aux médications neuroleptiques. In : J. Chambier, R. Perron, V. Souffir (ed.) *Les psychoses, tome III : Pratiques*. Monographies de la Revue française de Psychanalyse. Paris : Presses Universitaires de France.

Kapsambelis V. (2002) Pour introduire les psychotropes en métapsychologie. *Psychanalyse et psychose* 2 : 193-218. Paris, Edition du Centre Ev. et J. Kestemberg de l'Association Santé Mentale dans le XIIIème arrdt. de Paris.

Ostow M. (1961) Theory of psychic energetics. In : JM Bordeleau, *Système extrapyramidal et neuroleptiques*, pp. 495-506. Montréal : Ed. Psychiatriques.

Racamier PC, Baudrand C. (1954) Les cures prolongées et continues de chlorpromazine à l'hôpital psychiatrique. *C.R. 52ème Congrès des Aliénistes et Neurologues de Langue Française* (Liège), pp. 871-879. Paris : Masson.

La psychanalyse et la nouvelle psychiatrie. Chimiothérapie et

psychothérapie

Auteur(s) : Gilbert Diatkine

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

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

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

- 1) Faire appel à plusieurs théories de référence

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

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

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

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

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

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

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

Les progrès de cette nouvelle psychiatrie sont rapides, comme en témoignent les éditions successives du *Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie* (« *DSM IV* »), qui s'est substitué pour la psychiatrie nouvelle aux manuels et aux traités de la psychiatrie classique. Par exemple, dans le *DSM IV*, les « Désordres Dépressifs Majeurs » regroupent ce qui

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

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

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

I. Le Trouble des Conduites

Malgré la bénignité de cette expression, le « Trouble des Conduites » désigne aujourd'hui à peu près ce qu'on a appelé autrefois « perversions instinctives », puis « personnalités

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

Tempérament et caractère

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

Génétique

Ce renouveau d'intérêt pour le « tempérament » est lié aux découvertes nouvelles que permet l'étude du génome humain. Le THADA « présente une susceptibilité génétique forte ». Il est de 4

à 10 fois plus fréquent dans les familles de sujets atteints du THADA . Les études de jumeaux élevés dans des familles différentes semblent en apporter la preuve cruciale. Toutefois une recherche relève que la plupart des jumeaux étudiés ont été élevés dans des environnements comparables : séparations précoces après des traumatismes familiaux, familles d'accueil recrutées dans la même région et les mêmes conditions socio-économiques et suivies par les mêmes équipes.

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

Les traumatismes

Il est tout à fait possible qu'un facteur génétique à découvrir soit responsable de l'intensité particulière de l'hyperactivité habituelle du jeune enfant. Pour les psychanalystes, le rôle de l'environnement est toujours déterminant. Deux facteurs doivent être distingués. D'une part les carences affectives précoces, sous la forme de séparations du milieu familial dans les premières

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

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

Biochimie

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

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

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

La prévention du Trouble des Conduites

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

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

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

Les amphétamines augmentent l'attention et font donc cesser l'hyperactivité. L'existence de molécules efficaces contre le THADA a fait naître l'espoir d'une prévention précoce de la délinquance. Cependant l'idée d'un dépistage de la future criminalité dès la crèche, ainsi que la perspective de l'administration massive d'amphétamines aux jeunes enfants a suscité de grandes inquiétudes, dont a témoigné la polémique qui a accompagnée la publication du rapport de l'Institut National de

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

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

II) Les syndromes dépressifs modérés

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

déprimés qui en prenaient allaient mieux, et une faible partie d'entre eux faisaient des tentatives de suicide. Ces médicaments avaient un mystérieux pouvoir « activateur », qui dans certains cas allait trop loin, mais on ne disposait pas d'hypothèses sur la nature de ce pouvoir.

Le mode d'action des médicaments antidépresseurs

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

On ne sait pas non plus quel est le neuromédiateur en cause dans l'effet du médicament. Les pharmacologues européens pensaient plutôt que la dépression était causée par une baisse du taux cérébral de sérotonine. Les Américains pensaient au contraire que

c'était plutôt la baisse de la noradrénaline qui était déterminante.

Les chercheurs ont proposé une hypothèse sur ce qui rendait si dangereux certains médicaments anti-dépresseurs. Peut-être que l'un des deux neuromédiateurs en cause, la noradrénaline, était seul responsable du risque suicidaire. On a alors eu l'idée d'avoir recours à des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (« SSRI » pour *Selective Serotonin Recapture Inhibitors*), dont on espérait qu'ils lèveraient la dépression sans pousser les patients au suicide. De tels médicaments existaient depuis longtemps, mais ils n'étaient pas très efficaces, et leur commercialisation avait été abandonnée. On ne pouvait donc pas les employer dans les Syndromes Dépressifs Sévères. En revanche, ils pouvaient être prescrits, même par des médecins généralistes, au vaste public qui souffre de « Syndromes Dépressifs Modérés », et même à des sujets qui allaient bien, mais qui auraient souhaité aller encore mieux. La fluoxétine (*Prozac*), un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, fut lancé massivement avec le slogan que ses consommateurs allaient se sentir « mieux que bien ». C'est ici que la méthode statistique trouve sa limite en matière d'administration de preuves : les essais cliniques sur des centaines de cas avaient bien montré que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine comme la fluoxétine causaient moins de suicides. Mais quand les médecins se mettent à la prescrire à des centaines de milliers de personnes, on commença à enregistrer des cas de suicide. L'étude épidémiologique de Jick et coll. sur le suicide chez des patients hospitalisés traités par d'autres antidépresseurs pour dépression graves, donne 600 suicides pour 100 000 années de patients traités (en épidémiologie, on calcule par 100 000 années de patient traité) et 30 suicides pour 100 000 années de patients traités, chez des

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

III. Autres maladies mentales nouvelles

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

a été utilisée comme un anorexigène avant qu'on redécouvre ses et médiocres propriétés antidépressives.

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

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

IV. La psychanalyse et la nouvelle psychiatrie

Face à la nouvelle psychiatrie, la psychanalyse s'avère incapable de satisfaire aux exigences de la médecine fondée sur la preuve. Si elle multiplie bien les théories de référence, ses manuels ne fournissent aucune instruction sur les interprétations que les analystes doivent donner. Pire, toutes les Sociétés de Psychanalyse rejetteraient sûrement un analyste qui se conformerait aux instructions d'un manuel pour formuler une

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

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

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

Les troubles de l'attention

En octobre 2006, Jacques Decourt avait organisé à Montpellier une table ronde sur les troubles de l'attention avec hyperactivité. Jacques Decourt et moi-même étions les seuls psychanalystes, face à de nombreux praticiens de la nouvelle psychiatrie. Olivier Revol,

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

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

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

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

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

L'akathisie

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

Je suis tenté de rapprocher ces symptômes impressionnants d'une autre forme d'activité motrice décrite par des psychanalystes, les « galériens volontaires ». Fort heureusement, les « galériens volontaires » décrits par Gérard Szewec ne semblent pas particulièrement suicidaires, malgré les risques physiques que

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

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

manière nouvelle ce que tous deux pensaient jusque-là. Mais en médecine comme en psychanalyse, la vérité est produite par la convergence des éléments disparates, et par la cohérence produite par leur rapprochement.

Conférence à Sainte-Anne, 26 janvier 2009

Bibliographie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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](#)

2009-2010 : Le sexuel en psychanalyse

Auteur(s) :

Mots clés :

Accueil

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

Alain de Mijolla - Psychanalyse et Histoire

Auteur(s) : Alain de Mijolla

Mots clés : AIHP - alcoolisme - Freud (Sigmund) - moi - Shentoub (Salem)

Cette interview de 2009 retrace le parcours original d'Alain de

Mijolla, psychanalyste entreprenant qui a marqué la Psychanalyse française contemporaine par son intérêt pour l'histoire de cette discipline.

En 1975, jeune titulaire de la SPP, Alain de Mijolla prend d'emblée de nombreuses responsabilités : direction du séminaire de perfectionnement avec Salem Shentoub, prix Bouvet, organisation des « Rencontres d'Aix en Provence » qui, pendant une dizaine d'années, vont avoir un grand retentissement dans le monde analytique.

Dans le même temps il publie « Les visiteurs du Moi » un de ses ouvrages majeurs, ainsi que « Pour une Psychanalyse de l'alcoolisme » en collaboration avec S.Shentoub.

En 1985, il crée l'AIHP (Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse). Il n'était pas parvenu, en effet, à organiser au sein de la SPP un département d'Histoire qui aurait à la fois produit des recherches et nourri de ses travaux une Institution qui, paradoxalement s'est montrée peu sensible à l'intérêt de l'Histoire pour la connaissance de sa discipline et ses évolutions.

Cet interview pose le problème paradoxal du manque d'intérêt de la communauté analytique pour son histoire et devrait ouvrir le débat sur le préjudice qui en résulte et sur les moyens d'y remédier.

Alain de Mijolla, fidèle à son désir d'être un « passeur », un « raconteur d'histoires » est également l'auteur du « Dictionnaire international de la Psychanalyse » conçu selon le même principe consistant à réunir les différents courants de la Psychanalyse dans le monde, présenté par des auteurs représentatifs de ces courants. Il poursuit de façon isolée ses recherches et ses publications, espérant réveiller l'intérêt de ses collègues pour leur propre histoire. En Janvier 2010 vient de paraître aux PUF, un premier volume, nourri de correspondances, intitulé « Freud et la France

».

Marianne Persine

Rêverie-reverie et Travail de Figurabilité

Auteur(s) : César Botella

Mots clés : figurabilité - régrédience - rêverie

Rêverie-reverie et Travail de Figurabilité

César Botella

Le terme de rêverie-reverie est d'un usage étendu comprenant un ensemble de formes. Nous allons défendre l'idée que ces diverses manifestations, allant du rêve et du rêve diurne au *flash*, appartiennent à des processus que, certainement, l'analyste peut utiliser dans un même sens, celui général de mieux saisir les enjeux de la cure ; il n'empêche que rêve, rêverie diurne et *flash* résultent de processus distincts, ont des valeurs économo-dynamiques et topiques différentes, bien que faisant partie d'une même famille processuelle, celle des processus de Figurabilité, aboutissement final et fondement de toutes les «rêveries».

Nous commencerons par un questionnement. L'introduction de la notion de rêverie, grâce notamment à Bion, représente indiscutablement une avancée déterminante dans les connaissances analytiques avec le lot inévitable de problèmes théorico-pratiques que toute nouvelle acquisition soulève. Mais le sens que Bion lui accorde soulève un problème majeur. En assimilant rêve et rêverie, comme je l'ai déjà signalé dans l'introduction au Débat, la théorie bionienne ne court-elle pas le risque de simplifier la riche complexité de la métapsychologie freudienne du rêve ? Par exemple d'appauvrir la notion de régression et de passer alors à côté de l'importance de la *voie régrédiente* du psychisme, décrite par Freud dans le chapitre VII de *L'interprétation des rêves* ; un processus qui, n'étant pas à proprement parler régressif, au sens courant de ce terme, est la voie d'accès à la perception endopsychique hallucinatoire, celle du rêve de la nuit comme également celle de la rêverie diurne.

La voie *régrédiente* est un chemin différent, mais non de direction directement opposée, ni du point de vue de l'espace, ni du point de vue temporel, plutôt complémentaire, et pouvant constituer parfois le point de départ de celui *progrédient* propre aux représentations de mots et à la vie diurne cheminant vers la perception et la rencontre avec le monde réel : « deux processus psychiques d'essence distincte », comme dit Freud, qui œuvrent à la formation complexe du rêve. L'un, *progrédient*, du registre du Préconscient, s'étaye souvent sur un fantasme conscient ou préconscient déjà connu, il soutient l'*élaboration secondaire*. Tandis que l'autre, *régrédient*, celui qui est le fondement du rêve, opère sous la pression du pulsionnel, du sexuel infantile refoulé, et aboutit à un résultat à chaque fois différent, nouveau, original, grâce à l'organisation d'une dynamique apte à s'emparer, dans une vue globale de l'ensemble, des éléments simultanément à

l'œuvre à un moment donné, bien que disparates, hétérogènes, hétérochrones (un reste diurne, un désir refoulé, une perception du présent telle la température de la pièce, etc.) pour en faire une unité. Ce qui advient grâce au mécanisme de la transformation des pensées latentes et des représentations de mots en images ; transformation uniquement possible si elle s'effectue sur une voie régrédiente suffisamment longue. À cette saisie globale de l'hétérogénéité vient s'ajouter l'impératif absolu de rendre intelligible cette simultanéité d'éléments disparates, de les rassembler dans la cohérence d'une narration, fût-elle celle étrange du rêve. S'en charge la *voie progrédiente* de l'*élaboration secondaire* qui tente d'en faire un récit aussi cohérent que possible suivant les lois de la vie diurne.

Un détour obligé : traduire Freud

Cette transformation en images serait l'un des buts principaux du rêve que Freud énonce par la formulation « *Die Rücksicht auf Darstellbarkeit* », titre d'un chapitre de *L'interprétation des rêves*. Ce qui, en français, a d'abord été traduit par « La prise en considération de la figurabilité ».

Ce terme de *figurabilité* a été employé par Laplanche et Pontalis en 1967 dans leur *Vocabulaire de psychanalyse* pour traduire le terme allemand « *Darstellbarkeit* ».

Mais, récemment, l'édition des *Œuvres Complètes* de Freud dirigée par Jean Laplanche, au lieu de traduire *Darstellbarkeit* par *figurabilité*, a préféré *présentabilité*. Alors que la traduction en espagnol, a fait le mouvement inverse et est passée d'une première traduction par *Representabilidad* à celle plus récente de *Figurabilidad*.

Simple problème linguistique de choix des termes ? Au contraire, il s'agit d'une question décisive. Ces changements sont indice du drame de toute traduction. Parce qu'on ne traduit pas des mots mais des idées ; parce que « l'essentiel de la traduction, ce serait la transmission du "sens", soit du contenu universel de tout texte ». De même, dans son livre *Sur la traduction*, Paul Ricoeur dira que « la tâche du traducteur ne va pas du mot à la phrase, au texte, à l'ensemble culturel, mais à l'inverse : s'imprégnant par des vastes lectures de l'esprit d'une culture, le traducteur redescend du texte, à la phrase et au mot ». Traduction française ou espagnole de « *Darstellbarkeit* », ces hésitations de direction opposée sur un même chemin montrent la difficulté et l'enjeu qui atteint un problème conceptuel majeur où la pensée de Freud risquerait d'être détournée. Servons-nous encore de Paul Ricoeur : « Grandeur de la traduction, risque de la traduction : trahison créatrice de l'originale, appropriation également créatrice par la langue d'accueil ; *construction du comparable* » (le souligné est de P. Ricoeur).

J'avancerai quelques raisons pour maintenir le terme de *figurabilité* qui me semble être la construction du comparable, en français, la plus proche du sens qui a conduit Freud à employer le terme allemand de « *Darstellbarkeit* » dans toute son œuvre toujours dans le même sens et uniquement appliquée au travail du rêve. En tout en 19 occurrences. « *Darstellebar* », sous sa forme substantivée de « *Darstellbarkeit* », serait d'un usage peu courant en allemand. Freud l'aurait employée, tel est notre hypothèse, pour nommer une capacité du rêve qui n'a pas son égal dans la vie diurne. De même, *figurabilité* n'est pas un terme couramment employé dans la langue française. Le seul dictionnaire qui, à ma connaissance, contient le vocable *figurabilité*, le *Littré*, le définit comme un terme technique qui nomme la propriété qu'ont les

corps à être figurés.

Que je sache, il n'a pas de semblable dans d'autres langues, si ce n'est d'ordre approximatif, tels « figuration » ou « figurable ».

Pour ma part, après avoir pesé le pour et le contre, j'ai opté pour conserver *figurabilité*. Ici, n'étant pas le lieu pour développer tous mes arguments, j'en donnerai seulement quelques précisions qui me semblent indispensables : La première raison est que le terme *figurabilité*, suite à la première traduction de Laplanche et Pontalis en 1967, s'est introduit rapidement dans la terminologie psychanalytique et est devenu d'usage courant dans les milieux analytiques français et espagnol, ainsi que parmi les analystes italiens, sous le terme de « *Raffigurabilità* », et portugais, sous celui de « *Figurabilidade* ». Puis, un autre avantage que je vois à maintenir *figurabilité* est le fait que ce terme a été adopté par la communauté analytique en tant que notion spécifiquement liée à la théorie analytique du rêve, ce qui permet de mieux définir celle-ci avec le moins de confusion possible venant de l'usage d'autres termes également employés dans le langage courant ; tel est le cas, me semble-t-il, de « Présentabilité - Présentation » en français. En anglais en serait de même avec la traduction « *Considerations of Representability* ». Tous deux, « *Présentabilité* » et « *Representability* » suggèrent moult sens dont le lien à l'objectif du travail du rêve est lointain — l'objectif du rêve étant prioritairement la mise en scène, la dramatisation, la figuration des enjeux pulsionnels et des conflits entre instances psychiques, la quête d'une solution de compromis déjouant la censure, on comprendra qu'il ne s'agit pas de simple *présentabilité* à la conscience. Si dans une œuvre d'art l'objet esthétique, pense-t-on actuellement, ne s'accomplit entièrement que dans sa *présentation* au spectateur qui lui en est inséparable, il en est différemment pour le rêve dont l'essentiel ne serait pas

tant sa *présentation* à la conscience du rêveur, avec le caractère statique qui est inhérent à ce terme, mais le travail même de liaison afin de résoudre un conflit, du moins une tension, entre les différents éléments hétérogènes, à l'œuvre à un moment donné, ce qui suppose une construction se déroulant dans la temporo-spatialité d'un récit, avec l'éventualité d'un gain de plaisir ; ainsi qu'à fin d'éviter une surcharge économique mettant en danger l'état de sommeil. Une activité qui n'a pas son équivalent dans la vie diurne d'où, pensons-nous, la nécessité de trouver un terme unique lui étant réservé. Seule la langue anglaise possède, à ma connaissance, une expression grammaticale qui l'approche. Elle peut utiliser, à la place de *to work out*, justement un verbe tel que *to figure out* qui inclut à la fois l'idée de figurer et de résoudre un problème. Voilà une bonne raison pour introduire dans la langue anglaise le néologisme *Figurability*, ce que l'éditeur de la version anglaise de *La figurabilité psychique*, Mme Dana Birksted-Breen, a accepté de faire.

Mais, quoi qu'il en soit, en dernière analyse, il ne s'agit pas tant de terminologie que de saisir l'esprit de l'œuvre par la « construction du comparable » qui cherche, par-dessus tout, la transmission du sens, ici à travers un terme crucial engageant toute l'œuvre.

2. Le champ de la figurabilité : la rêverie en fait partie

Retenons de ce détour par la traduction d'un terme qu'il nous a permis de saisir un enjeu capital : l'essentiel du « travail du rêve », plus qu'en un accomplissement de désir, il consiste en un travail de transformation qui tend à une « mise en figurabilité »

comme le meilleur moyen d'effectuer une « mise en intelligibilité » de l'hétérogénéité psychique. Nous y reviendrons en suivant l'esprit du Freud de 1932 qui accorde au travail du rêve l'objectif d'élaborer les traumatismes de l'enfance.

Nous ne parlerons pas alors de « Figurabilité » mais de « Travail de figurabilité » pour nommer ce vaste ensemble. Et cela, au même titre que Freud parle de la condensation et du déplacement sous la nomination de Travail de Condensation et de Travail de Déplacement. En fait, le déplacement et la condensation sont deux façons de travailler le matériel, autant dans l'objectif d'accomplir un désir déguisé que dans celui de faciliter une « mise en figurabilité et en intelligibilité ». C'est-à-dire, « la transformation des pensées en rêve, en contenu du rêve... le plus souvent sous formes d'images visuelles » (Freud, 1900).

Cette idée de transformation était donc déjà présente dès 1900 et rebondira en 1932 ; mais, grosso modo elle demeurera, dans l'œuvre freudienne, circonscrite à son rôle dans le rêve, celui de transformation des pensées en images, sans prendre la portée que par la suite Bion a pu lui donner en l'envisageant également dans le fonctionnement diurne. Mais, à la différence de Freud, chez Bion, l'idée de déguisement d'un désir interdit s'efface ; avec la disparition de l'idée de « censure » à l'œuvre dans toute transformation à cause de la poussée permanente des désirs inconscients, la « transformation bionienne » n'a pas tant l'objectif de résoudre un conflit intrapsychique mais c'est la quête d'une mise en récit d'un inconnaissable, d'une réussite langagière, souvent grâce à une relation intersubjective entre deux psychismes.

En somme, Bion limite la portée de la notion de transformation en ce qu'il néglige l'importance de la participation de la poussée de l'inconscient toujours présent et aux aguets pour s'accomplir. Il

aurait même dit que « Freud a exagéré et surévalué l'importance de l'inconscient ». Il tombe alors dans l'extrême opposé faisant de la transformation un mouvement possédant surtout un caractère progrédient. En bref, il s'agit d'un processus qui, à partir d'un élément initial, psychiquement non assimilable (un « élément β », un trauma irréprésentable, ou plus largement un inconnaissable, ou encore ce que Bion nomme « le fait original O »), grâce à une transformation, réussit à acquérir une qualité pouvant être élaborée psychiquement. Et, en ce qui concerne la pratique analytique bionienne, le psychisme de l'analyste est vu comme étant constamment en train de réaliser la transformation d'une expérience émotionnelle au contact du patient.

Ainsi, il semble bien que Bion, dans sa conception du fonctionnement psychique, ne donne pas la place que mérite à ce processus contraire de transformation chez l'analyste qui dans un mouvement de direction opposé partant des éléments conscients-préconscients, telles des représentations de mots, donc déjà psychiquement assimilés, leur impose une « régression régrédiente » qui, pouvant aller jusqu'à l'inconscient, les transforme, sous l'influence de ce dernier, en *Figurabilité*. Ajoutons à cela notre crainte que, malgré la grande avancée effectuée par Bion dans sa conception de la notion de transformation, celle-ci se voit simplifiée par l'usage abusif de la formulation consacrée de « capacité de rêverie de la mère », et réduite à cette dernière. La capacité transformationnelle du psychisme gagnerait dans ses potentialités explicatives si nous cessions de la limiter à la notion préconsciente de « rêverie » au profit du terme plus large de *figurabilité* lequel, parmi d'autres avantages, possède celui de comprendre, comme nous allons le voir, l'idée d'effectuer un *Travail de mise en intelligibilité* à partir d'une « *Régrédience* » accessible à l'inconscient et au désir

infantile refoulé.

La régrédience de la figurabilité

Du fait du cadre analytique ; c'est-à-dire, la position allongée, l'analyste investi mais hors de la vue, la libre association, l'absence d'acte, l'assurance de la stabilité de la durée de la séance (la pratique régulière de l'interruption de la séance, inattendue et décrété par l'analyste, empêche la régression et la possibilité de s'abandonner à une régrédience de la pensée) ; comme chez l'analyste par d'autres contraintes, il se produit, chez les deux partenaires, un état psychique original et spécifique à la séance analytique, que, pour le distinguer à la fois de l'état diurne et de l'état de sommeil, nous qualifions d'*état de séance*. Cet état de séance est d'une nature singulière, unique, hybride, faite autant du fonctionnement diurne que du fonctionnement nocturne, mais n'étant ni l'un ni l'autre ; il bénéficie pourtant des qualités de tous les deux et est doté de capacités autrement inatteignables. C'est le terrain d'élection où peuvent se manifester, pendant la vie diurne, la voie régrédiente et le *Travail de Figurabilité*.

Selon la classification de la régression que Freud établit en 1914, dans un paragraphe ajouté à *L'interprétation des rêves* (temporelle, topique, formelle), la *Figurabilité* est le résultat d'une « *régression topique et formelle de la pensée* ». Ce travail de transformation se déroule sur un parcours régrédient qui peut être court, se contentant de retourner à la source imagée du mot dont Silberer a donné plusieurs exemples, tel celui de la préoccupation de corriger dans un article un passage d'un style raboteux qui se transforme dans le rêve en «je me vois en train de

raboter une pièce de bois ». Là, c'est un processus réduit au préconscient. Mais, le parcours peut être *long* et, dans ce cas, la voie régrédiente change de topique et, quittant le préconscient, accède au système Ics. Le modèle du *Travail de figurabilité* sera alors comparable et proche du travail du rêve d'accomplissement, déformé par l'effet de la censure, d'un désir infantile inconscient ; et, plus largement d'élaboration des traumas irreprésentables de l'enfance. Le champ de la figurabilité est donc large.

Dans ce vaste champ du travail de figurabilité, l'un de processus possibles est la rêverie. A condition de l'envisager en tant que l'une des expressions du mouvement de *Figurabilité*, nous avons une chance de nous repérer. Pour Freud, c'était clair : le processus psychique qui aboutit à une rêverie serait à assimiler, non pas tant au travail du rêve qu'à la dynamique du fantasme préconscient-conscient. Elle se différencierait du rêve en ce que l'essentiel de son travail se joue au niveau d'une activité du Préconscient.

C'est pourquoi s'impose à chaque fois une évaluation de la nature de toute manifestation de *Figurabilité* lors d'une cure, car sa véritable valeur économo-dynamique peut être fort différente selon le niveau qu'elle occupe sur le parcours régrédient. Par exemple, elle peut être conditionnée avant tout par des besoins narcissiques du Moi de l'analyste qui cherche inconsciemment une protection devant les importantes difficultés qu'il rencontre avec tel analysant, difficultés qui atteignent son narcissisme, sa confiance en soi, ses capacités analytiques. En effet, la rêverie de l'analyste, au lieu d'éclairer la cure, peut instaurer, au contraire, une résistance parfois tenace tant elle apporte de satisfactions narcissiques à l'analyste évitant la conflictualité et se prêtant à occulter les blessures précoces. Lors des rêveries de cette nature, la complexité du travail du rêve s'efface devant l'importance du

surinvestissement de l'élaboration secondaire dont Freud savait déjà nous dire combien celle-ci est avide de s'emparer d'un fantasme conscient, de prendre sa forme et son contenu, afin de revêtir, quand il s'agit d'un rêve, au moment du réveil, une apparence convenable pour le Moi diurne.

Pour toutes sorte de raisons, on aura tort de nommer par le terme de Rêverie tous les phénomènes de l'ordre du figurable qui ont lieu en séance, même si la notion de Rêverie est soutenue, comme chez les bioniens, par une théorie la considérant issue de l'idée de rêve inconscient en activité jour et nuit. Le fonctionnement de la pensée de l'analyste en séance, étudié uniquement sous l'angle de la rêverie, est une simplification de l'étendue d'un ample champ de recherche qui, par contre, se révèle sur l'axe de la notion de *Travail de Figurabilité*. Par exemple, peut surgir chez l'analyste d'une façon soudaine, inattendue, une sorte d'accident de la pensée quittant le terrain de représentations des mots au profit d'une expression perceptive-hallucinatoire d'un matériau autrement irréprésentable. Cela peut ressembler à un *flash*, mais aussi l'*accident* peut prendre la forme d'un *blanc de la pensée*, ou au contraire, le surgissement d'un mot apparemment inexplicable dans le contexte, voire la surprise de la création d'un nouveau mot, quand ce n'est pas une décharge ou au contraire une inhibition motrice.

Qu'il s'accomplisse ouvertement dans le rêve, ou plus ou moins discrètement dans la pensée diurne, nous considérons que le *Travail de Figurabilité* est l'une des fonctions primordiales de l'appareil psychique. Il représente l'autre face de l'intelligibilité psychique. Une face qui se trouve en relation dialogique, au sens que lui a donné Edgar Morin (2001), avec la rationalité des processus secondaires propre au domaine de représentations de mots. On comprendra aisément qu'il a à jouer un rôle majeur dans

la pratique de la cure.