

Rappel historique de la vie institutionnelle de la SPP entre les années 1975 et 1984

Auteur(s) : Jacqueline Schaeffer

Mots clés : 'Titulaires ayant fonction de Formateur') - Catégories des Membres de la SPP - Fédération Européenne de Psychanalyse - Histoire de l'Affiliation - Institut de psychanalyse - Mémoires d'Adhérents - Réformes des Statuts (1975 - 1984) - Titulariat (aujourd'hui

Texte de 2014, en annexe de l'article de Thierry Bokanowski : Brève histoire de la SPP

Les dernières réformes de la SPP connues des membres les plus récents, en 2014, sont :

— **LA RECONNAISSANCE D'UTILITE PUBLIQUE (RUP)**, par décret du 8 août 1997, qui a abouti à la réduction tripartite des membres du **Conseil d'administration** à 24 membres, élus, et la création du **Conseil scientifique et technique**, tripartite à 21 membres, élus.

— **LA REFORME DES STATUTS**, adoptée par vote lors de l'AGE du 29 janvier 2006, portant sur la **réduction à deux des CATEGORIES DE MEMBRES** (adhérents et titulaires), et le

remplacement de l'ancienne catégorie des titulaires par une **FONCTION DE FORMATEUR**.

J'ai eu l'occasion, en décembre 1988, de participer à l'organisation d'une journée de filmage de deux vidéos : l'une sur la **Scission de 1953**, l'autre sur la création de **l'Institut de Psychanalyse**, à l'initiative d'Alain de Mijolla, pour le Département des Archives de la S.P.P.

Cela me valut ensuite d'être sollicitée à intervenir lors d'une soirée de la SPP, le 21 septembre 1993, autour du thème de la Scission de 1953.

J'ai choisi, lors de cette soirée, de parler au nom de ma génération.

Celle-ci était encore proche, pour avoir suivi leur enseignement, de ceux qui ont vécu le deuxième temps de la Scission, advenu dix ans plus tard, en 1963, avec la **dissolution** de la **Société Française de Psychanalyse** et la création des deux rameaux que sont **l'Association Psychanalytique de France, dite APF**, reconnue par l'IPA, et **l'Ecole Freudienne**.

Ces collègues, que j'ai nommé « Enfants du traumatisme », ont connu Sacha Nacht, suivi le Séminaire de Lacan, vécu les passions de leurs aînés, les conflits et les déchirements de la fratrie, les remous de 1968, et les échecs de 8 projets de réforme des statuts de la SPP.

Je rappelle le tableau comparatif des projets de Réforme des Statuts, publié dans le N°4 du *Bulletin de la SPP*, daté de novembre 1983 (p.63-66). Ils sont au nombre de 8 :

- **1975/76** : projet Pierre Luquet : projet de fusion IPP-SPP, non examiné malgré l'importance du travail accompli.
- **1977** : projet Paul-Claude Racamier pour l'IPP : projet absorbé par celui de la réforme de la SPP.
- **1977** : projet Janine Chasseguet-Smirgel pour la SPP : projet non abouti.
- **1978** : projet Jean Gillibert pour la SPP : vote négatif.
- **1978** : Projet de double filière de Serge Lebovici et de Serge Viderman, pour l'IPP : vote négatif.
- **1979** : projet P.-C. Racamier et de Simone Decobert pour l'IPP : non porté au vote, suggestions faites au Bureau.
- **1981** : projet Raymond Cahn (Jean-Luc Donnet) pour la SPP : voté par le Collège Administratif de la SPP, refusé par l'AG de l'Institut.
- **1986** : le 9^{ème} projet, qui ne figure pas dans le Bulletin, est celui de Augustin Jeanneau et de son comité SPP/IPP : voté par le Collège administratif de la SPP en mai 1986, voté à l'AGE de l'IPP en 1986 par les 3 catégories de membres : vote positif à une voix.

Fusion Institut/SPP.

CA de 45 membres élus à répartition égale par chaque catégorie.

Commission des candidatures : 27 membres à répartition égale.

Par rapport à ces aînés, ma génération représentait un chaînon intermédiaire avec celles qui nous suivaient, lesquelles ne se sentaient plus concernées et qui pouvaient déclarer : « Scission, connais pas ! ».

En effet, ceux de ma génération, formés dans les années 1970, sont entrés en 1980 dans une Société où les conflits de leurs aînés étaient sensibles mais mal connus, les 'non-dits' pesants, une Société dont les statuts étaient de plomb, le conflit Société-Institut durci, les catégories de membres quasi figées (60 titulaires, 60 adhérents).

LES TITULAIRES

(TITULAIRES FORMATEURS ACTUELS)

Les Titulaires représentaient pour nous un Olympe inaccessible, sur-idéalisé, immuable.

Les collègues de ma génération se souviennent avec quel sentiment de terreur sacrée et sacrilège ils ont déposé au secrétariat de la Société leur lettre de candidature au Titulariat, après s'être encouragés mutuellement cinq ans auparavant, à oser présenter un Mémoire d'Adhérent.

Car cela ne se faisait plus, c'était malséant.

Ainsi, de 1953, date de la Scission, jusqu'à 1967, **en quatorze ans, 4 Mémoires seulement ont été présentés.** Après 1968, il

y eut quelques petites poussées et des paliers de stagnation : 18 Adhérents de plus en 16 ans, de 1968 à 1983.

LES ADHERENTS

(TITULAIRES ACTUELS)

Après 1983, la croissance va reprendre, et je vais évoquer comment, 30 ans exactement après la Scission de 1953, **l'année 1983 est une année charnière, celle de l'exorcisme.**

Dès 1982, je suis attachée à la création et à la rédaction du **Bulletin de la SPP**, dont Claude Le Guen donne le coup d'envoi : en octobre 1982 paraît le premier numéro.

LES AFFILIÉS

(ADHERENTS ACTUELS)

Paul Israël et moi-même, conseillers du Bureau de Michel Fain, prenons alors l'initiative de remobiliser le groupe des Affiliés, réputé inerte et ne s'intéressant pas à la vie de la Société.

Il faut rappeler que la création en 1967 de cette troisième catégorie de membres, les Affiliés, n'a pas été suscitée par des pressions de l'IPA, comme beaucoup d'entre nous le croyaient à l'époque, mais pour les besoins d'une meilleure représentation au sein de la **Fédération Européenne de Psychanalyse**, née en octobre 1966. Celle-ci privilégiait les Sociétés européennes comportant de nombreux membres.

De fait, l'introduction de 70 membres Affiliés, dans l'année qui

suivit la création de cette nouvelle catégorie, doubla pratiquement en 1968 le nombre total des membres de la Société.

Après le Congrès de Vienne, en 1971, l'IPA proposera à la SPP une unification des catégories : les Affiliés seront « associate members », sans droit de vote, les Adhérents comme les Titulaires seront « full members ».

C'est en effet à partir de 1971 seulement que figure sur les listes de membres de la SPP la catégorie des Affiliés, créée quatre ans auparavant.

LES REUNIONS D’AFFILIÉS

(ADHERENTS ACTUELS)

En février 1983, donc, a lieu la première réunion des Affiliés : 62 Affiliés sur 185 y sont présents. Les actes de toutes les réunions qui ont eu lieu, et les compte-rendus de leurs travaux, sont publiés dans deux numéros du *Bulletin de la SPP* de 1983, N°3 (p.57-65) et N°4 (p.63-131), dont je conseille la lecture, fort intéressante (les *Bulletins de la SPP* peuvent être consultés à la *Bibliothèque Sigmund Freud*).

À la suite des problèmes soulevés :

- celui de la représentativité de ce groupe d’Affiliés,
- celui de leur identité,
- celui de la réticence à la rédaction du Mémoire d’Adhérent,

— celui de la crise de la Société issue de la répétition des conflits inélaborables des aînés,

— celui du statut du psychanalyste

Quatre groupes de travail se sont immédiatement constitués :

1. Quelle Société nous paraît la moins mauvaise, ou quels seraient les statuts les plus simples ?
2. Historique de l’Affiliation.
3. Ethique de la Psychanalyse, psychanalyste « à part entière » et transmission.
4. Problèmes d’actualité : éligibilité à la SPP et statut du psychanalyste.

Le problème de la désaffection à la rédaction du Mémoire y est bien problématisé : s’agissait-il d’une inhibition face au niveau de qualité et d’élaboration exigé en France, ou bien était-ce un symptôme du malaise institutionnel ?

Cette interrogation rejoignait l’analyse faite, 15 ans plus tôt, en novembre 1968 par **Jean Luc Donnet**, dans son rapport d’une Commission née des événements de mai 1968 : « **Cursus et hiérarchie dans la société d’analyse, esquisse d’une critique structurale** ».

L’auteur estimait que pour un assez grand nombre d’analystes ayant terminé leur cursus de base et n’ayant pas présenté un Mémoire pour la demande d’Adhésion - seule condition à l’époque pour être membre actif de la Société, être reconnu par l’IPA et être inscrit au « Roster » (Annuaire de l’IPA) - pour ces analystes, donc, leur situation s’est ainsi trouvée réglée, sinon réglementée par la création de cette catégorie d’Affiliés.

C'était leur donner une identité, une reconnaissance qui tenait pour « résolu » le problème intérieur de cette situation : pourquoi bon nombre d'analystes ne présentaient-ils pas un Mémoire d'Adhérent ?

Il apparaît maintenant certain que **l'accroissement numérique du groupe des Affiliés, la rareté des Mémoires, étaient le témoignage symptomatique de conflits institutionnels insolubles entre les aînés à propos de la transmission de la psychanalyse et de l'impossible consensus sur la conception d'un cursus de formation.**

Le problème des **analystes non-médecins** est examiné également dans ces groupes de travail, en fonction de la récession de 1983, qui contraste avec « l'inflation psychanalytique des années 1970 ». En 1968, il y avait 10 analystes non-médecins parmi les 70 Affiliés ; en 1983 il y en a 63 sur 200. Je n'ai pas, à l'époque, poursuivi le décompte.

Les **souhaits qui sont formulés au sein de ces groupes de travail** ont pu être retrouvés dans les divers précédents projets de réforme avortés, entre 1975 et 1981.

Ainsi :

- **la dé-catégorisation et son remplacement par la diversification des fonctions,**
- **la fusion de l'Institut et de la Société,**
- **l'ouverture du cursus à toute personne ayant fait une analyse de quelque divan que ce soit (La Commission d'Enseignement a voté, le 5 avril 1994, l'accès à la Commission du**

Cursus des analysés issus de tous les divans SPP)

- et la création d'une **Fédération de plusieurs Instituts** ayant passé convention avec la Société.

[Pour le détail de ces projets, leurs dates et leurs auteurs, je renvoie au *Bulletin de la SPP* de 1983, N°4 (p.63-131), où les **huit projets** sont exposés.]

L'élection des Affiliés au Collège Administratif par les seuls Affiliés, proposée par le Bureau, a rencontré à l'époque une vive opposition au sein du Collège.

Je rappelle qu'alors, suivant une modification de statuts votée au Collège en février 1973, le Collège était composé : **pour une moitié par la totalité des Titulaires, l'autre moitié se répartissant selon 1/3 d'Affiliés et 2/3 d'Adhérents.**

Les Affiliés représentaient donc **un sixième** du Collège.

C'est également au cours de cette année 1983 que la participation à part entière d'Affiliés à la **Commission des candidatures d'Affiliés** est acceptée.

LA REMOBILISATION DES CATÉGORIES DE MEMBRES

On constate que les travaux des Affiliés de l'année 1983 ont eu un effet de remobilisation des Affiliés, aussi bien sur le plan institutionnel que scientifique, et tout particulièrement, fait significatif, parmi ceux qui ont participé à ces réunions d'Affiliés.

Nous devons rendre grâce à Michel Fain, Président de la SPP à

l'époque, d'avoir encouragé ces réunions.

Alors **qu'en 30 ans, de 1953 à 1983, 30 Mémoires d'Adhérents** avaient été proposés, portant leur nombre de 32 à 62 :

- de 1983 à 1984, il s'en écrit 5 de plus (on passe de 62 à 67)
- en 1985 : 9 de plus (on passe de 67 à 76)
- en 1987 : 11 de plus (on passe de 76 à 87)

De 1983 à 1987, en quatre ans, le **nombre d'Adhérents** s'est accru de 25, alors qu'en 30 ans, de 1953 à 1983, il ne s'était accru que de 30 membres. Ensuite, la courbe d'accroissement des Adhérents diminue et va même jusqu'à s'infléchir, car ce mouvement va pousser ces mêmes Adhérents à s'orienter vers le Titulariat. En 1993, le nombre d'Adhérents est inférieur de 6 à celui de 1991 (91 à 85).

En ce qui concerne le **collège des Titulaires** : en trente ans, de 1953 à 1983, il y a eu 43 nouveaux Titulaires (on passait de 19 à 62).

- de 1983 à 1987 : il y en a 10 de plus (on passe de 62 à 72), dont 7 la dernière année (quelques Adhérents de 1983 se sont orientés vers le Titulariat).
- en 1989 : il y en a 7 de plus (72 à 79).
- en 1991 : encore 7 de plus (79 à 86).
- en 1993 : c'est la ruée vers l'or du Titulariat : il y en a 16 de plus (on passe de 86 à 102). Le 'mur du cent' est franchi...

De 1983 à 1993, on est donc passé de 62 à 102 Titulaires, soit 40

de plus, ce qui représente, en l'espace de 10 ans, le même accroissement que les 30 premières années, de 1953 à 1983.

Les travaux des Affiliés ont pris fin en octobre 1983 avec une lettre-enquête adressée à tous les Affiliés, sur les problèmes socio-professionnels et la pratique.

Ensuite le terrain était prêt pour l'énorme investissement de la préparation de la nouvelle **Réforme des Statuts de la SPP, en 1984**, menée conjointement par le **Bureau d'Augustin Jeanneau** et le **Comité de l'Institut dirigé par Claude Girard**, et par un **Comité des Statuts tripartite**. Ce projet a abouti à un vote positif, en juin 1986, à une voix !

Cette réforme a consisté en la fusion de la SPP et de l'Institut de Psychanalyse en une seule Société, à la création d'un Conseil d'Administration, d'une Commission des Candidatures et d'un Collège Electoral, tous à répartition égale des trois catégories.

Mots clés

Catégories des Membres de la SPP, Fédération Européenne de Psychanalyse, Histoire de l'Affiliation, Institut de Psychanalyse, Mémoires d'Adhérents, Réformes des Statuts (1975 - 1984), Titulariat (aujourd'hui, 'Titulaires ayant fonction de Formateur').

Le traumatisme de la naissance

Auteur(s) : Sylvain Missonnier

Mots clés : angoisse - Freud - Rank (rupture) - mère archaïque - naissance - Rank (Otto) - trauma/traumatique/traumatisme

Cette conférence sera prochainement publiée en tant qu'article, sous une forme enrichie, dans le volume « Crises et ruptures », collection *Débats de psychanalyse*, Paris, PUF.

Depuis la nuit des temps, la naissance est le théâtre par excellence de l'hominisation et de l'humanisation. Dans toutes les sociétés et pour chaque sujet qui la compose, c'est un passage primordial que la culture ne cesse de parer de rites et de croyances pour accueillir et apprivoiser l'ineffable de la nature : la différence des sexes, l'énigme de la procréation, la métamorphose de la femme enceinte et le surgissement d'un petit d'homme issu du dedans de la maison mère. Entre comédie et tragédie, les mille et un scénarios de la naissance expriment avec une force inépuisable le paradoxe de notre condition : notre fécondité créatrice n'a d'égale que notre vulnérabilité ! De *homo sapiens sapiens* à nos jours, la naissance est à la fois jaillissement de vie et menace de mort dans une vertigineuse proximité.

Après les intrépides matrones et les ingénieux barbiers chirurgiens, les rites séculiers de l'inflation médicale depuis le XXème siècle ont certes fait reculer la mortalité maternelle et infantile mais, pour qui ne s'en laisse pas conter par les masques

scientistes, la potentialité sismique de l'accouchement n'a pas pris une ride. Affronter et survivre à cette crise biopsychique constitue, pour le meilleur et pour le pire, un acte initiatique décisif pour l'impétrant(e) et pour la parturiente. Mais, bien au-delà, les ondes de choc de cet avènement résonnent aussi profondément dans les arcanes de la filiation générationnelle que dans celles de l'affiliation familiale et sociétale.

Dans l'iconographie grecque, l'accouchement le plus fréquemment représenté c'est celui de Zeus, le roi des dieux. Sa fille Athéna sort de son crâne déjà parée de tout son armement !

Voilà bien illustrée, la revanche du père qui s'arroge les pouvoirs de procréation, d'enfantement et, qui plus est, d'une fille. L'anthropologue F. Héritier a bien montré à ce sujet (2002) combien du plus profond de l'histoire, de nombreuses représentations et institutions assujettissant les femmes répondent à la volonté des hommes de s'approprier leur fécondité et, plus encore, la capacité très enviable de produire à la fois du même (des filles) et du différent (des fils). C'est cette asymétrie qui est, selon elle, à l'origine de la domination masculine dont Zeus s'impose comme un précurseur générique et emblématique.

Naissance et psychanalyse

En ce début du troisième millénaire, quand on tape « naissance et psychanalyse » sur un moteur de recherche sur Internet, c'est d'abord et surtout la « naissance de la psychanalyse » et son « père » qui sont convoqués. À l'évidence, il y a consubstantiellement du « naissant » dans la genèse de la psychanalyse elle-même, qui, à l'instar d'Athéna, a jailli de l'esprit

de Freud.

La naissance analysée par la psychanalyse est présente mais plus discrète. On en trouve une première évocation chez Freud en 1909 dans les *Minutes* de la huitième année d'activité de la Société psychanalytique de Vienne recueillies par Otto Rank, jeune secrétaire de 25 ans recruté à ce poste quatre ans auparavant (Lieberman, 1985). La question traitée ce mercredi-là était la suivante : « Que peut attendre la pédiatrie de la recherche psychanalytique ? ». Freud affirme : « Pour ce qui est de l'angoisse, on doit garder à l'esprit que l'enfant ressent d'abord une angoisse consécutive à la naissance ». Puis, après avoir signalé que tout affect se manifeste d'abord comme une crise d'hystérie, et qu'il est la réminiscence d'une expérience, Freud incite les pédiatres à l'aider à étudier l'origine des affects. « La plupart des enfants connaissent un traumatisme, à la suite duquel ils se comportent comme des hystériques », note Freud.

Freud reprendra cette hypothèse la même année dans une note de la seconde édition de *l'Interprétation des rêves* : « la naissance est d'ailleurs le premier fait d'angoisse et par conséquent la source et le modèle de toute angoisse. » Quelques années plus tard, dans *l'Introduction à la psychanalyse* (1916-1917), il présente sans ambiguïté le traumatisme de la naissance comme la source de l'angoisse : « En ce qui concerne l'état affectif caractérisé par l'angoisse, nous croyons savoir quelle est l'impression reculée qu'il reproduit en le répétant. Nous disons que ce ne peut être que la naissance, c'est à dire l'acte dans lequel se trouvent réunies toutes les sensations de peine, toutes les tendances de décharge et toutes les sensations corporelles dont l'ensemble est devenu comme le prototype de l'effet produit par un danger grave et que

nous avons depuis éprouvé à de multiples reprises en tant qu'état d'angoisse. »

Quinze ans plus tard, en systématisant cette hypothèse, Rank va publier son ouvrage *Le traumatisme de la naissance* dédié à Freud qui vient de se faire opérer en octobre et en novembre 1923 pour extirper les « leucoplasmies » de sa mâchoire et de son palais. C'était les premiers signes de son cancer lié à son addiction aux cigares dont Freud pressentait la gravité dans son for intime.

En dépit de cette dédicace du plus proche et fidèle collaborateur de Freud, cette publication puis ses prises de position techniques avec Ferenczi sur la « thérapie active » vont peu à peu singulièrement parasiter leurs relations et, finalement, déboucher sur une rupture et un départ de Rank l'année de ses quarante ans pour les États-Unis.

Sur le fond, Rank a posé un vrai problème à Freud : premier proche du « Ring » à s'intéresser aux relations mère/enfant, il a proposé une extension novatrice précœdipienne du complexe de castration, extension que Freud et son entourage ont interprété défensivement et sans nuance comme une remise en cause sacrilège de la poutre maîtresse métapsychologique du complexe d'Œdipe.

À New-York, Rank va s'émanciper et rapidement jouir d'une réputation créatrice dans les milieux analytiques. Dans la minorité des freudiens orthodoxes qui s'opposaient à lui, il était coutume de résumer ainsi : « Les autres disent que l'on doit avoir un complexe du père analysé par Freud, et un complexe de la mère analysé par Rank. » (James Strachey, 1924, cité par Lieberman, 1985). Critique acerbe ou compliment ? Comme le fait remarquer

avec acuité D. Houzel (1991), les premiers traducteurs de Freud en français ont censuré l'apport de Rank de deux façons : d'une part en supprimant cette note du *Petit Hans* : « Le point de vue de Rank sur les effets traumatiques de la naissance semble jeter une lumière particulière sur la prédisposition à l'hystérie d'angoisse qui est si forte dans l'enfance » ; d'autre part, en remplaçant ce passage dans *Le Moi et le ça* (1923) « le premier grand état d'anxiété de la naissance » par « le premier état d'angoisse qu'éprouve l'enfant ». Dans ces conditions, je crois important de discuter ici de l'originalité de l'apport de Rank, d'en interroger l'actualité et, finalement, lutter contre la censure de son refoulement dans l'agora psychanalytique.

Naître Rosenfeld et devenir Rank

Grâce aux travaux de Lieberman (2002, 1985) et de Kramer (2006), nous disposons de données biographiques conséquentes. Rank est né le 22 avril 1884 à Vienne et mort le 31 octobre 1939 à New York. Il est le fils de Simon Rosenfeld, artisan joaillier originaire de la région du Burgenland proche de la Hongrie et de Karoline Fleischner, originaire de Moravie. Lors d'une cérémonie juive, ils se sont mariés le 31 août 1880 à Vienne où ils se sont rencontrés. Paul, premier fils, naît neuf mois après. Elisabet vient au monde en septembre 1882 mais meurt quelques mois plus tard. Otto naît 19 mois plus tard.

Paul fait des études de droit. Quant à lui, petit dernier, il devient serrurier car ses parents n'ont pas les moyens de payer aux deux des études supérieures. Otto est très proche de sa mère et distant de son père alcoolique et inaccessible. À l'adolescence, il décide officieusement de ne plus porter le nom de son père et de ses

ancêtres juifs (Rosenfeld, champ de roses) et se renomme Rank (mince, sinueux, rusé) en reprenant le nom d'un personnage d'une pièce d'Ibsen *La maison de Poupée*. Émancipation féminine et dénonciation du mariage comme muselière misogyne sont au cœur de cette pièce où le Dr. Rank, un riche ami de l'héroïne Nora, secrètement amoureux d'elle, l'aide à s'émanciper. De l'autre côté du miroir, on apprend qu'il est atteint d'une syphilis héritée des frasques de son père et va contracter une paralysie générale. Otto adopte le nom d'un homme riche mais amoureux frustré et menacé d'une malédiction générationnelle paternelle. À sa majorité, il officialise ce nom propre. Après un apprentissage de tourneur, sa santé fragile le conduit à obtenir un travail de bureau mais il ambitionne une carrière littéraire que ses innombrables lectures théâtrales et philosophiques l'invitent à rêver.

Il a 18 ans quand il lit *L'interprétation des rêves* de Freud. Il écrit alors, enthousiaste, entre 19 et 20 ans, un *Essai* où il applique la théorie psychanalytique à *la compréhension de l'artiste*. Par Alfred Adler, son médecin, le manuscrit parvient à Freud qui souhaite le rencontrer.

Cette entrevue en 1907 est un véritable coup de foudre et elle a des effets radicaux sur leur avenir réciproque : Freud, partisan de l'analyse profane, le décourage de suivre une carrière médicale, le convainc d'obtenir un doctorat de Philosophie à l'Université de Vienne (1912) en lui promettant de le soutenir moralement et financièrement.

Une décennie plus tard, Rank est le premier candidat psychanalyste admis avec une thèse de psychologie d'inspiration psychanalytique. Dans la garde rapprochée de Freud, il s'impose

progressivement en dépit de sa jeunesse comme le spécialiste incontesté de la philosophie, de la littérature et de la mythologie.

Chemin faisant, son ascension dans le cercle restreint des psychanalystes fondateurs est fulgurante : il devient secrétaire de la Société psychanalytique de Vienne, membre du Comité de Freud (les 7 détenteurs du ring, l'anneau secret) et, surtout, le plus proche collaborateur de Freud entre 1906 et 1925. En effet, Freud lui donne des responsabilités stratégiques : la publication des *Minutes* du cercle Viennois de 1906 à 1918 ; la direction avec Hans Sachs de la revue *Imago* à partir de 1912, celle avec Freud et Ferenczi de l'édition de l'autre grande revue psychanalytique la *Zeitschrift für Psychoanalyse* à partir de 1913. Enfin, il est un des membres fondateurs de l'API dès 1910.

Dans la période orageuse pour Freud de conflit avec Wilhelm Stekel, Alfred Adler et surtout Carl Jung, il est le collaborateur attentif de chaque instant, d'une loyauté exemplaire. Une proximité professionnelle et amicale s'instaure avec Freud mais aussi avec sa famille avec qui il partage le dîner tous les mercredis avant la fameuse réunion de la Société psychanalytique de Vienne.

Rank sert dans l'armée autrichienne en Pologne pendant la première guerre mondiale. Il rencontre en 1918 sa femme, Beata Minzer, et ils ont une fille unique, Hélène, en 1919. Il découvre et observe avec beaucoup d'attention la grossesse de sa femme et sa relation avec leur bébé. C'est une année faste où il s'installe comme premier psychanalyste non médecin et rencontre Ferenczi qui devient un ami intime pendant six ans avant leur rupture. Il écrit avec lui *Perspectives Psychanalytiques* en 1924 alors que Ferenczi rédige de son côté *Thalassa*, publié à Budapest en 1932

sous le titre *Rôle des catastrophes dans l'évolution de la vie sexuelle*. L'une de ces catastrophes, c'est bien sûr la naissance et sa répétition dynamique dans la régression thalassale.

Rank est un des psychanalystes les plus prolifiques après Freud. Il écrit de très nombreux livres et articles dont les célèbres *Le mythe de la naissance du héros* (1909), *Le double* (1914), *Le personnage de Don Juan* (1922) et une moins connue mais monumentale étude de 685 pages : *Le thème de l'inceste dans la poésie et la légende*, (1912).

Un brillant fils adoptif

En avril 1923, quand il écrit *Le traumatisme de la naissance*, Rank est au sommet de son influence. C'est un des piliers essentiels de « la Cause ». Il est reconnu par le petit monde de la psychanalyse comme vice-président de la société psychanalytique de Vienne, directeur de la maison d'édition de Freud, co-éditeur des deux grandes revues de psychanalyse et véritable chef d'orchestre du centre de formation de Vienne. Havelock Ellis (1923) disait de lui après une visite à Vienne : « peut-être le plus brillant et le plus clairvoyant des jeunes chercheurs qui restaient aux côtés du maître ». Hans Sachs, lui, va plus loin et qualifie avec humour Rank de véritable *double* de Freud en faisant implicitement référence au célèbre article. Il dit aussi de lui qu'il est l'ombre de Freud, son « Mr Tout le reste ». Le célèbre cliché du *Committee* (1922) illustre radicalement cette proximité, sinon cet étayage mutuel :



Otto Rank, Karl Abraham, Max Eitington, Ernest Jones
Sigmund Freud, Sandor Ferenczi, Hanns Sachs

Quand Freud entendit parler pour la première fois de l'idée maîtresse de l'ouvrage de Rank du traumatisme de la naissance, Jones (1957) rapporte que Freud aurait déclaré à Ferenczi : « Je ne sais pas si c'est vrai à 66% ou à 33% mais, de toutes façons, c'est le progrès le plus important depuis la découverte de la psychanalyse ».

Le 6 mai 1923, Rank, 39 ans, offre en cadeau d'anniversaire à Freud qui fête ses 67 ans après deux récentes opérations, son manuscrit du *Traumatisme de la naissance*.

Le 17 novembre 1923 Freud demande une vasectomie (ligature des canaux déférents, canaux qui conduisent le sperme aux vésicules séminales). Très à la mode chez des chirurgiens réputés, cette castration mystérieuse était censée améliorer la vision, augmenter la lucidité intellectuelle et limiter la progression du

cancer. Rank lui rend visite trois jours après (Kramer, 2006).

Le 1^{er} décembre 1923 Freud envoie une courte note à Rank pour le remercier de son manuscrit et, surtout de la dédicace de Rank, « À l'explorateur de l'inconscient, au créateur de la psychanalyse est dédié ce travail ». Freud écrit : « J'accepte avec plaisir votre dédicace avec l'assurance de mes remerciements les plus cordiaux. Si vous pouviez ménager ma modestie, cela me conviendrait. Tel que je suis handicapé, je me réjouis énormément de votre admirable productivité. Cela veut dire que pour moi aussi : « *Non omnis moriar* ».

Une première réaction qui sera nettement contredite ultérieurement quand, peu de temps après, en mars 1924, Freud confie à Ferenczi qu'il redoute finalement que la thèse de Rank ne soit une fuite inconsciente de l'Œdipe, la cause de sa propre névrose : « Nulle part, il ne dit explicitement, je crois, que du point de vue étiologique, il veut mettre le traumatisme à la place du complexe d'Œdipe, mais tous le pressentent » (Kramer, 2006).

Dans ce livre, Rank, comme on l'a souligné en ouverture, part de l'idée initialement freudienne du traumatisme de la naissance..., mais va suivre un chemin singulier. Il veut retrouver la source la plus primitive, primaire de l'inconscient. Pour lui, elle se trouve dans une zone qu'il nomme « psycho-physique » où l'inconscient est descriptible en termes biologiques : « Après avoir exploré dans tous les sens et dans toutes les directions l'inconscient, ses contenus psychiques et les mécanismes compliqués qui président à la transformation de l'inconscient en conscient, on se trouve en présence, tant chez l'homme normal que chez les sujets anormaux, de la source dernière de l'inconscient psychique, et on

constate que cette source est située dans la région du psychophysique et peut être définie ou décrite dans des termes biologiques : c'est ce que nous appelons le traumatisme de la naissance, phénomène en apparence purement corporel, que nos expériences autorisent envisager cependant comme une source d'effets psychiques, d'une importance incalculable pour l'évolution de l'humanité, en nous faisant voir dans ce traumatisme le dernier substrat biologique concevable de la vie psychique, le noyau même de l'inconscient » (p. 9).

En d'autres termes, « le contenu biologique le plus profond (que seule la répression interne rend méconnaissable) se retrouve tel quel, sous une forme manifeste, jusque dans nos productions intellectuelles les plus élevées » (p. 10).

Freud et les tout premiers psychanalystes ont exploré les couches œdipiennes de la conflictualité inconscientes. Rank inaugure l'investigation du préœdipien jusque dans ses racines biologiques, pour lui, la véritable source première de l'inconscient, toujours refoulée. Il se pose en véritable héros face à la force de ce refoulement qu'il démasque en pointant le traumatisme de la séparation de la naissance. Jusque-là, la psychanalyse avait été centrée sur le père et le conflit œdipien. Rank entend équilibrer et prolonger l'œuvre de Freud en soulignant, bien avant Mélanie Klein, l'importance de la mère archaïque (*Urmutter*) dont le héros conquiert ses lettres de noblesse en se séparant d'elle (Kramer, 2006). Dès mars 1919, Jones (1957), le meilleur ennemi de Rank, rapporte qu'il lui a avoué en privé son sentiment croissant que « l'essence de la vie était la relation entre la mère et l'enfant ».

Pour Rank, l'enfant virtuel trouve *in utero* son premier objet, la mère, mais se retrouve à la naissance confronté à sa perte : cette

catastrophe originaire vient suspendre l' « *unio mystica* » que l'amour, l'art, la sublimation religieuse et le transfert de la situation analytique avec le thérapeute-accoucheur tenteront de commémorer. Pour la petite créature, ce traumatisme est une perte indicible et le prototype de la souffrance de la vie. Même avec les plus douces des mères et la naissance la moins violente, l'être humain naît dans la crainte, tremblant d'angoisse. Au moment de la naissance, se sentant délaissé et incompris, l'*infans* est expulsé dans les pleurs hors du ventre paradis laissant derrière lui un passé ineffable.

La ligne de partage entre le Je et l'univers, c'est l'angoisse qui ne s'évanouit que quand le Je et le Tu redeviennent Un, comme faisant partie du grand tout.

Avec la naissance, le sentiment d'unité avec le tout est perdu et cette souche d'angoisse de la rupture est pour Rank « le premier contenu psychique dont l'être humain soit conscient ». Conscience et angoisse inhérentes à la séparation de la mère sont indissociables. Et cette angoisse est pour Rank bien plus proche de la source biologique de l'inconscient que la reconnaissance de la différence des sexes et l'angoisse de castration. Ensuite, dans une quête nostalgique infinie,

« l'homme cherche à rétablir par tous les moyens possibles, en créateur pour ainsi dire, l'état primitif. Et ces efforts sont le plus souvent couronnés de succès, lorsqu'ils s'expriment dans les produits socialement adaptés de son imagination, dans l'art, (la philosophie), dans la religion, dans la mythologie (en particulier dans la compensation héroïque), tandis qu'ils échouent pitoyablement dans la névrose ».

Faisant l'analogie avec la situation analytique dès le premier chapitre, il suggère que la relation entre la mère et *l'infans* - en fin de compte l'enfant à naître - constitue un modèle pour la rencontre entre le patient et la « sage-femme » psychanalyste, unis dans un partage profond, uniquement, paradoxalement, pour apprendre à supporter le traumatisme de la séparation avec moins de souffrance qu'avant : « Chaque heure (de séance) exige du patient la répétition en miniature de la fixation et de la rupture, jusqu'à qu'il soit, finalement, en position de le vivre au mieux ».

En séance, le patient pour Rank bénéficie de deux formidables atouts pour engager l'abréaction du traumatisme de la naissance : l'hypermnésie et l'association libre. Je cite Rank :

« L'hypermnésie, surtout pour les impressions oubliées (refoulées) de l'enfance, qu'on observe au cours de l'analyse, s'explique donc, tout comme celle qui se manifeste dans l'hypnose, par la tendance de l'inconscient, encouragé par l'insistance du transfert, à reproduire l'essentiel, c'est-à-dire la situation originelle [...]. C'est en ce sens que tous les souvenirs infantiles peuvent être considérés comme étant, dans une certaine mesure, des "souvenirs écrans" et, d'une façon générale, la faculté de reproduction serait due à l'impossibilité où se trouvent les malades d'évoquer précisément la "scène originelle", à cause des associations qui, à cette scène, rattachent le plus pénible de tous les "souvenirs" : le traumatisme de la naissance. C'est ainsi que la sûreté, la certitude presque incroyable de la technique de l'association libre [...] reposerait sur une base biologique. »

Plus encore :

« Le refoulement primaire du souvenir portant sur le traumatisme de la naissance serait la cause de la mémoire en général, c'est-à-dire de la faculté de retenir certains détails qui sont attirés dans la zone de refoulement originelle, pour pouvoir être reproduits plus tard à titre de substitution, c'est à dire à la place du traumatisme de la naissance ». Le traumatisme de la naissance « constitue [donc] le point de départ du processus du refoulement et, en même temps, le levier qui permet à la psychanalyse de surmonter ce processus. »

C'est dans ce contexte que pour Rank, la fin de l'analyse est essentielle. D'un côté, « derrière toutes les résistances du malade se dissimule le désir de prolonger indéfiniment la situation analytique ». De l'autre, les velléités des patients d' « échapper à l'analyse, se révèlent en général comme une tendance à la répétition trop directe du traumatisme de la naissance, répétition à laquelle l'analyse doit s'efforcer à substituer une séparation graduelle ».

La rupture Freud-Rank

Juste avant Noël 1923, Abraham, qui a lu le manuscrit du *Traumatisme de la naissance*, avertit sérieusement Freud. Pour lui, la thèse de Rank « représente pour la psychanalyse une question de vie ou de mort ».

Jones (1957), historien officiel, raconte à sa façon cet épisode :

« *Le traumatisme de la naissance* avait produit sur Freud un choc comme si tout le travail de sa vie sur l'étiologie des névroses se trouvait dissous ». Il poursuit : il résultait de la théorie de Rank « que tous les conflits mentaux concernent la relation de l'enfant avec sa mère et que tout ce qui pourrait paraître un conflit avec le père, y compris le complexe d'Œdipe, n'était qu'un masque de l'essentiel ».

Indiscutablement, Rank déplaçait le projecteur de la psychanalyse du père sur la mère mais il ne s'agissait en aucun cas pour lui d'abandonner ce que Freud avait élaboré tout au long de sa vie pour comprendre le rôle central du complexe d'Œdipe. L'œdipien et le préœdipien sont pour Rank complémentaires mais l'orthodoxie freudienne va radicalement les dénoncer exclusives.

La publication en 1924 de l'ouvrage de Ferenczi et Rank *Perspectives de la psychanalyse* allait aggraver singulièrement les choses. Les deux alliés considèrent le fanatisme de l'interprétation intellectualisante du complexe d'Œdipe comme « une protection contre une analyse plus poussée » et la froideur de l'exigence stricte de neutralité comme une « élimination contre nature de tous facteurs humains dans l'analyse ».

C'en est trop. Le torchon brûle au comité entre les gardes du corps de l'analyse classique Abraham et Jones qui dénoncent Rank et Ferenczi, les enfants terribles de la « thérapie active ».

Tout en maintenant encore des liens affectueux avec Rank, Freud confie à Ferenczi qu'il rentre dans l'opposition aux idées de Rank. Il considère désormais que son traumatisme de la naissance est une fuite inconsciente de l'Œdipe qui trouve son origine dans la propre histoire de Rank. « Nulle part il ne dit explicitement, je

crois, que du point de vue étiologique, il veut mettre le traumatisme à la place du complexe d'Œdipe, mais tous le pressentent ».

Ferenczi, le meilleur ami de Rank... jusque-là, renoncera à son soutien enthousiaste pour le traumatisme de la naissance, terrifié par la peur de perdre l'amour de Freud.

Angoisse de la naissance : physiologique et/ou psychologique ?

En 1926, deux ans après la publication de l'ouvrage de Rank, Freud développe dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, sa critique. Il rappelle sa paternité de l'idée que chez l'être humain, l'état d'angoisse est « une reproduction du traumatisme de la naissance ». Mais pour s'opposer frontalement à Rank au-delà de ce fond commun, il affirme que cette angoisse de la naissance est pour lui totalement et seulement physiologique et qu'il lui refuse une quelconque potentialité psychologique : « le danger de la naissance, en effet, n'a encore aucun contenu psychique. Nous ne saurions, à coup sûr, supposer que le fœtus sache, sous quelque forme que l'on envisage ce savoir, qu'une issue fatale est possible. Le fœtus ne peut rien enregistrer d'autre qu'une perturbation considérable dans l'économie de sa libido narcissique. De grandes quantités d'excitation lui parviennent, sources de sensations de déplaisir nouvelles ; de nombreux organes obtiennent de force une augmentation des investissements, sorte de prélude de l'investissement d'objet qui va bientôt commencer. Mais parmi tout cela qu'est-ce qui va prendre valeur d'indice d'une situation

de danger ? »

Certes, le nouveau-né ressent une « angoisse originaire » lors de sa venue au monde qui provoque une « perturbation économique consécutive à l'accroissement des quantités d'excitation ». Cette forme primitive d'angoisse sera traumatique car le bébé ne peut s'en rendre maître par une décharge. Mais, point essentiel, la naissance ne correspond nullement à une perte d'objet pour le nouveau-né car « la naissance n'est pas vécue subjectivement comme séparation de la mère car celle-ci est, en tant qu'objet, complètement inconnue du fœtus absolument narcissique ». Pour Freud, ce passage de la vie intra-utérine à la vie aérienne s'effectue, au-delà de la césure de la naissance, dans la « continuité » car « l'objet maternel psychique remplace la situation fœtale biologique ». Toutefois, « Ce n'est pas une raison pour oublier que dans la vie intra-utérine la mère n'était pas un objet pour le fœtus, et qu'il n'y avait pas alors d'objet. Il est facile de voir que dans le contexte de cette explication, il n'y a pas de place pour une abréaction du traumatisme de la naissance, et que l'on ne saurait trouver d'autre fonction à l'angoisse que celle du signal incitant à éviter la situation de danger. ».

In fine, Freud considère que c'est la douleur corporelle - résolument non objectale - qui est la meilleure métaphore de l'angoisse automatique de la naissance. Elle préexiste à la temporalisation de l'angoisse objective : « Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet ».

C'est dans *Analyse avec fin, analyse sans fin* (1937) qu'il formulera la critique la plus cinglante à Rank : « On n'a pas eu

beaucoup d'échos de ce qu'a fait pour des cas pathologiques la réalisation du projet rankien. Vraisemblablement, pas plus que ce que feraient les pompiers si, en cas d'incendie d'une maison provoqué par une lampe à pétrole renversée, ils se contentaient d'enlever la lampe de la pièce où le feu s'est déclaré ».

Houzel (1991), en fin exégète de ce débat, écrit : « On sent Freud gêné par son refus de concevoir l'état de détresse du bébé à la naissance autrement qu'en termes biologiques. Il dénie toute possibilité de contenu fantasmatique à l'expérience de la naissance » considérant qu'elle n'a encore aucun contenu psychique. Ce déni conduit Freud à placer « l'angoisse traumatique » et « l'angoisse signal » dans le registre de la réalité extérieure d'un danger et non du fantasme. Houzel formule avec pertinence : « Tout se passe comme si le rejet de la théorie du traumatisme de la naissance l'avait conduit à dissocier l'affect d'angoisse de la forme fantasmatique dans laquelle cet affect s'incarne et à rejeter cette forme dans la réalité extérieure. » Dont acte.

Amalia et Karoline

À ce jour, l'intuition première de Freud sur la naissance comme source et modèle de l'angoisse n'a rien perdu de sa force de conviction.

Contrairement à Freud tentant une réduction strictement physiologique du traumatisme de la naissance, la volonté de Rank de dialectiser source corporelle et destin psychologique offre la grande richesse d'ouvrir la perspective de traces périnatales épigénétiques qui ont un double destin croisé biologique (par ex

immunitaire) mais aussi fantasmatique.

L'attention élective de Rank sur le lien primordial avec la mère et la séparation de la naissance paraît certes aujourd'hui bien exclusive et sans doute en effet dictée, comme le disait justement Freud, par un évitement de son bien complexe conflit œdipien, mais, pour autant, elle a le grand mérite d'attirer encore actuellement notre vigilance sur les dangers d'une métapsychologie freudienne scotomisant tout ce qui n'est pas strictement du registre du complexe d'Œdipe et du surmoi paternel. D'ailleurs, le temps est venu d'envisager les traces périnatales précœdipiennes et œdipiennes non plus seulement paternelles ou maternelles mais bien aussi triadiques.

Sans doute que Rank a été théoriquement inspiré *en plein* par sa mère Karoline et Freud *en creux* par la sienne, Amalia ! Bollas (1987) parle au sujet de la mère archaïque de Freud de « savoir insu », un fantôme, un revenant, invisible et impensable, mais toujours présent dans les pages du texte (Kramer, 2006).

Sur cette base, il est raisonnable d'émettre l'hypothèse suivante : les résistances de Freud à envisager les soubassements précœdipiens en général et les siens en particulier s'expriment singulièrement dans la polémique avec Rank, son fils adoptif revendiquant son originalité.

De fait, le refus de Freud d'envisager la virtualité psychologique de traces mnésiques (seulement au départ) dans le registre de la douleur physiologique chez le fœtus/nouveau-né sonne faux et ne convainc pas. Ce qui grince inhabituellement dans son raisonnement, c'est le caractère *binnaire* de sa proposition en tout

ou rien : soit il n'y a pas objet, soit il y en a ; soit il y a investissement narcissique, soit il y a investissement objectal ; soit il y a douleur physiologique, soit il y a souffrance psychique ; soit il y a trace biologique, soit il y a trace psychique. Cette ligne de clivage traduit une exploration par trop défensive qu'une ouverture au *continuum* permettra de libérer ultérieurement (Missonnier, 2009). Cela est d'autant plus surprenant que le Freud des *Trois essais* (1905) est un orfèvre en matière de géométrie variable préobjectale/objectale et, paradoxalement, celui d'*Inhibition* (1926), un explorateur inspiré d'une subtile voie de passage entre douleur somatique et psychique. C'est bien pourquoi ses propositions binaires locales trahissent sa position partisane. Une meilleure compréhension de cette scotomisation freudienne devrait nous inviter à relire la célèbre citation d'*Inhibition* : « Il y a beaucoup plus de continuité entre la vie intra-utérine et la toute petite enfance que l'impressionnante césure de l'acte de la naissance ne nous donnerait à croire » sans cliver les registres biologiques et psychologiques, les registres narcissiques et objectaux afin d'en envisager les articulations complexes en temps réel et après-coup.

Nos connaissances actuelles sur la neurophysiologie de la sensorialité fœtale et périnatale plaident résolument en faveur de ce *continuum*, même s'il y a sans doute autant à dire sur les lignes de continuité périnatale que sur les discontinuités induites par la séparation du déménagement écologique de la naissance et, notamment, son passage d'un monde interne liquidien à un autre externe aérien.

En guise de dénouement : Winnicott, le pacificateur

Prolongeant et dépassant la polémique entre Rank et Freud, le pédiatre psychanalyste Winnicott (1988) défend une théorie fédératrice cliniquement pertinente. Il distingue les naissances traumatiques et non traumatiques en soulignant le *continuum* entre les deux polarités. Pour lui, contrairement à Rank, la naissance n'est jamais *a priori* traumatique. Pour lui, contrairement à Freud, les « *birth memories* » ont une destinée psychique que le psychanalyste d'enfants et d'adultes se doit d'accueillir comme tout autre matériel (1949).

La variable distinctive entre accouchement traumatique ou non est la *continuité d'existence du Soi*.

Un accouchement non traumatique n'occasionne pas « une interruption massive de la continuité d'existence » chez le fœtus devenant nouveau-né. *Quand le Soi périnatal du nouveau-né exprimera la continuité biologique de sa « santé » face à la discontinuité écologique de l'accouchement, la naissance ne sera pas pour lui traumatique et sera dite « normale »* (1988). Pour Winnicott, les péripéties physiologiques d'un accouchement « normal » sont « favorables à un établissement du moi et à sa stabilité (1949). À l'inverse, *un accouchement sera traumatique* (1949 et 1988) *si l'amplitude de « l'empiétement » produit à la naissance dépasse celle dont il a fait un apprentissage progressif prénatal* (1988) *à partir de la discontinuité interactive biologique mère-fœtus*. Winnicott écrit : « [...] avant la naissance, l'enfant humain s'accoutume aux interruptions de la continuité et

commence à devenir capable de s'y faire, pourvu qu'elles ne soient ni trop graves ni trop prolongées. Du point de vue physique, cela signifie que non seulement le bébé fait l'expérience de changements de pression, et de température, ou d'autres phénomènes simples de l'environnement, mais aussi qu'il les a évalués et a commencé à mettre en place une façon de faire avec » (1988).

Mais il y a plus pour éclairer les ondes de choc de la naissance humaine..., et le conflit relationnel entre Freud et Rank. Pour Winnicott (1966), dans des conditions favorables, « la naissance renvoie davantage au changement qui se produit chez la mère ou les parents qu'à celui qui se produit chez le nourrisson ». Dans cette optique, Freud, vulnérable face à la perspective du mourir, n'a-t-il pas été un père chahuté et réagissant défensivement à l'émancipation naissante de son fils adoptif ? Dans cette perspective, la garde rapprochée du Père œdipien fragilisé de la psychanalyse n'a-t-elle pas été effrayée par la révélation de la puissance de la mère archaïque à la naissance de l'ouvrage de Rank et opposé en réponse sa cruelle et injuste censure ?

Conférence d'introduction à la psychanalyse, 22 octobre 2014

Références

Bollas C. (1987), *Les forces de la destinée*, Paris, Calmann-Lévy.

Freud S., (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Folio Essais, Gallimard, 1985.

Freud S (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1981.

Héritier F. (2002), *Masculin/Féminin 2. Dissoudre la hiérarchie*. Paris : Editions Odile Jacob.

- Kramer R. (2006), Lucidité (Insight) et aveuglement : Les « visions de Rank, *Le coq-Héron*, n°187, p. 11-51.
- Lieberman E.J. (1985), *La volonté en acte. La vie et l'œuvre d'Otto Rank*, Paris, PUF, 1991.
- Lieberman E.J. (2002), Otto Rank In A. de Mijolla (sous la dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann-Levy, vol.2.
- Jones E. (1953-1977), *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, Paris, PUF, 3 vol., 1958-1969.
- Missonnier S. (2009), *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, Paris, PUF.
- Rank O. (1909), *Le mythe de la naissance du héros. Essai d'une interprétation psychanalytique du mythe*, Paris, Payot, 2000.
- Rank O. (1914, 1922), *Don Juan et le double*, Paris, Payot, 2001.
- Rank O. (1924), *Le traumatisme de la naissance*, Paris, Payot, 2002.
- Ferenczi S., Rank O. (1924), *Perspectives de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1994.
- Winnicott D.W. (1949), L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- Winnicott D.W. (1949), Birth memories, birth trauma and anxiety, In *Through pediatrics to psychoanalysis*, Londres, Brunner-Routledge, 1958.
- Winnicott D.W. (1950-1955), L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.
- Winnicott, D.W. (1960), Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self, In *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot, 1983.
- Winnicott D.W. (1966), La mère ordinaire normalement dévouée, In *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot, 1992.
- Winnicott D.W. (1969), La préoccupation maternelle primaire, In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1989.
- Winnicott D.W. (1988), *La nature humaine*, Paris, Gallimard, 1990.
- Winnicott D.W. (1974), La crainte de l'effondrement, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°11, 1975, p.35-44.

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

Auteur(s) : Régine Prat

Mots clés : accordage - consultation thérapeutique - narcissisme (des parents) - parentalité - parents - pensée (travail de -) - psychanalyse (des enfants) - psychothérapie (des enfants)

Je vais situer mon propos sur le terrain général du travail avec les parents en tant que thérapeute de l'enfant et dans une perspective essentiellement clinique : la clinique dont je vais parler est la mienne, elle n'est pas consensuelle et peut faire l'objet de débats ou de critiques mais je vais vous demander de rentrer dans cette logique pour pouvoir en examiner les aspects utiles ou transférables à votre propre pratique.

La condition préalable pour pouvoir penser la place du père est... qu'il soit là ! Physiquement d'abord, puis nous verrons de quelle façon il peut y être psychiquement dans une place spécifique. Dans le fait qu'il vienne, nous avons une responsabilité dès la première minute, dès le premier contact, où chaque décision que nous prendrons aura un impact sur le cadre qui sera mis en place et l'atmosphère indispensable à la création d'une alliance avec les parents ou non.

Voici en général comment cela commence (dans le cadre de ma

pratique libérale). Cela commence au téléphone par une demande de RV, formulée le plus souvent par la mère :

- Je voudrais prendre un RV
- C'est pour vous-même ? (auquel cas je cherche le RV adéquat sans plus de question) - Non c'est pour mon fils (ma fille)
- Vous pouvez me dire ce qui se passe ? (Au téléphone j'évalue l'urgence, l'éloignement géographique, si je vais prendre moi-même ou adresser à quelqu'un d'autre, au CMP, etc.)

Lorsque je confirme qu'il est important de consulter je propose que nous prenions un temps pour parler plus tranquillement qu'au téléphone et dans un premier temps je propose une rencontre sans l'enfant, seulement la mère et le père ; j'annonce au téléphone que je verrai l'enfant dans un deuxième temps, une, deux ou trois fois (où il faudra juste accompagner l'enfant), et qu'ensuite nous nous reverrons les parents et moi et je leur dirai ce que je pense et ce que je peux proposer.

- Oh, le père, ça va pas être possible, il travaille, il voyage beaucoup... Je n'ai pas son agenda

Voire :

- De toutes façons il n'est tellement pas là que je ne vois pas ce qu'il pourrait dire..., etc., et du reste [avait ajouté la maman de Clara], c'est une bonne partie du problème !

À partir de là :

- Je vais proposer plusieurs RV possibles en demandant

qu'elle me rappelle pour confirmer l'un des RV ; le plus rapide et un le soir tard ou le samedi mais souvent à très longue distance, dans un moment qui semblerait possible pour le père ;

- Je vais proposer un RV envisageable et demander que le père me téléphone si cela ne convient pas ;
- Je vais demander que la maman rapporte au père notre échange et qu'il m'appelle : je donne alors quelques créneaux horaires « sur mesure » où il pourra me joindre.

Arrive parfois une autre situation :

- Lui, les psy, il faut pas lui en parler, ou : il les aime pas, il a pas confiance
- Alors, à plus forte raison s'il est anti-psy, c'est indispensable qu'il me rencontre et qu'il voie lui-même si on peut s'entendre suffisamment pour qu'il me confie son enfant

Je manifeste clairement l'importance que j'accorde à la présence du père en refusant un RV où la mère viendrait seule par indisponibilité du père ; mais j'indique également que je comprends les raisons de son indisponibilité (l'importance de son travail, son importance sociale, la raison d'état qui le gouverne) et que je suis prête à m'ajuster à ses possibilités mais sans lâcher sur l'importance de sa place dans la consultation.

Ma conviction est totale que je ne peux pas travailler avec l'enfant si le père n'est pas engagé dans le processus thérapeutique. Depuis que c'est très clair pour moi, je n'ai pas d'échec et les pères viennent. La façon dont cela se passe est assez révélatrice : en effet, souvent le père accepte le RV le plus proche, se

débrouillant avec son travail et ses RTT, ou me téléphone révélant plus de possibilité de RV que supposé dans le premier contact avec la mère. Pourquoi ?

Le père qui annonce d'emblée qu'il ne viendra pas manifeste bien sûr une résistance à la consultation, mais également peut-être, intègre qu'il est positionné comme dernière roue du carrosse et qu'on ne veut pas entendre son point de vue, dès lors seulement affirmé comme hostile ; annoncer la rencontre avec lui comme une obligation est une reconnaissance de sa position et de l'importance de son point de vue à mes yeux..., et donc de son importance pour l'enfant. Si le père est dans une projection paranoïde d'une conspiration des femmes éducatrices, institutrices, mères..., et psy, ce simple premier contact représente un désamorçage. La mise en avant de l'absence du père fait aussi partie d'un scénario fantasmatique de la mère et peut justifier sa toute-puissance à elle.

Ma ligne de pensée est que la confrontation narcissique ne génère rien de bon et ne permet pas de penser ; j'évite le bras de fer, et j'essaie d'éviter aussi d'engager mon propre narcissisme (par exemple lorsqu'il faut en passer par des annulations de RV avant qu'enfin le père puisse venir).

Par exemple le père de Clara est impossible à rencontrer ; la mère installe une alliance avec moi pour laquelle il est manifestement important que je sois une « alliée-contre » le père, insistant pour l'urgence de démarrer le traitement. Le père, avec qui j'obtiens de parler au téléphone, projette sur moi des aspects complexes, à la fois liés au conflit avec sa femme, dont je suis manifestement pour lui partie prenante, mais aussi des aspects narcissiques : il a fait une analyse et estime qu'« il n'y a rien à aller voir chez lui », et

d'autre part, une revendication de son importance sociale manifestée par son rythme de travail exagéré. Je pourrai alors lui exprimer directement que je souhaite les rencontrer en tant que parents de Clara, et non pour un RV psychanalytique pour eux-mêmes et proposer un RV un samedi matin à 7.30 ! Une façon un peu symbolique de le prendre au mot dans son indisponibilité, mais aussi d'affirmer mon engagement et l'importance que j'accorde à sa présence : tout au long de la prise en charge de Clara, qui durera des années, les RV auront lieu ensuite à un horaire plus normal, déterminés d'une fois sur l'autre.

Il apparaîtra au fil du temps que le père partage avec Clara une partie d'angoisses et de défenses autistiques, la mère partageant une partie paranoïde et revendicatrice.

1) En arrière-plan, le travail avec les parents

Il s'agit d'un contexte général où je reçois le plus souvent les parents seuls, sans l'enfant, en préalable à une consultation demandée pour l'enfant ; je les reçois en outre régulièrement de la même façon tout au long de la thérapie de l'enfant (à des fréquences variables selon les situations et selon les moments).

Lorsque j'ai commencé à travailler comme thérapeute il y a près de 40 ans, les idées qui prévalaient étaient très différentes de celles que je vais soutenir devant vous aujourd'hui : la théorie sous-jacente était que le travail analytique devait être totalement séparé de la réalité, et protégé de tout risque d'intrusion de cette réalité, aussi bien familiale que sociale. Il devait s'agir d'un espace de travail portant exclusivement sur le monde interne et

les fantasmes ; ce qui était dit couramment à l'époque était que, en tant qu'analyste, vous n'aviez pas à savoir ce qu'il en était, ni de la vie de l'enfant, ni de sa famille ; vous sauriez dans le matériel et les productions de l'enfant ce qui affectait ses mouvements inconscients et vous n'aviez besoin de rien d'autre.

L'idée était de protéger ce fragile travail et l'accès à l'intrapsychique :

- en laissant à l'enfant un espace absolument personnel, non « contaminé » par les informations et contacts avec ses parents ;
- mais également en mettant le thérapeute à l'abri du double risque : d'une part, de se transformer en éducateur ; d'autre part, de plaquer des interprétations venant de la réalité extérieure et non du seul travail sur le monde interne.

L'approche d'Anna Freud était rangée dans cette catégorie psycho-éducative (davantage à mon avis par idée préconçue que sur un réel examen du type de travail de l'école d'Anna Freud).

On ne peut pas balayer cela ; ce sont des risques réels. On peut dire que le travail thérapeutique intégrant la réalité des parents et un accès à la réalité de l'enfant est plus complexe, et suppose de développer des capacités d'acrobatie contre-transférentielle..., mais il est plus près d'une vérité psychique.

En somme si on peut dire que **les questions posées étaient de bonnes questions, les réponses qui y étaient apportées étaient fausses** selon moi. Dans le meilleur des cas, un consultant faisait l'interface avec la réalité et voyait les parents.

Mais comment peut-on penser que l'enfant va être à l'abri des projections de ses parents si l'analyste se comporte avec les parents comme s'ils étaient des ennemis, et établit une alliance seulement avec l'enfant ? Comment éviter qu'elle ne soit vécue par les parents comme une alliance contre eux ?

De quelques aventures cuisantes qui m'ont amenée à chercher à travailler différemment, je vais seulement vous raconter celle qui a trait au père et plus précisément au père dans le placard.

Avec Xim la thérapie est vouée au placard. Xim est infernal, ne peut rien apprendre ; il est intenable et multiplie tellement les troubles du comportement qu'il sera finalement proposé par le médecin consultant une intégration à l'hôpital de jour et un arrêt temporaire de la scolarité.

Cette thérapie est entreprise à la demande du médecin-consultant, et à la différence des thérapies d'enfants de l'hôpital de jour, dont je ne vois pas les parents, je connais la maman qui l'a amené à ses séances ; néanmoins je ne la reçois pas. Et lorsqu'elle insiste pour me voir, je la « renvoie sur le consultant », expression consacrée qui est très lourdement porteuse de sens : c'est bien d'être renvoyée qu'il s'agit d'abord !

J'appréhende les fins de séances qui sont une sorte de jeu de chat et souris... où je me sens la souris avec une maman qui cherche à m'attraper ! Jusqu'à ce que la maman entre un jour dans le bureau à la fin de la séance, demande à Xim de sortir, s'adosse à la porte et me « kidnappe » ainsi pendant près d'une heure et demie ! Enfin ! Elle me raconte l'enfer familial, la violence conjugale et l'infidélité du mari qu'elle a traqué et découvert dans le placard d'une chambre d'hôtel dont elle avait forcé la porte alors qu'il

était avec sa maîtresse.

Tel le renard de la fable je vais jurer qu'on ne m'y prendrait plus !

Il faudra cela pour que je sorte la thérapie du placard dans lequel elle était renfermée, dans une sorte de clandestinité vis-à-vis du père, réputé ne pas s'en préoccuper :

- enfin je demanderai à voir les deux parents ensemble,
- enfin je pourrai aborder avec Xim sa rage devant la violence en famille et les choses qui lui sont cachées,
- enfin il pourra sortir de l'interdiction d'apprendre et de savoir et du seul recours à la violence,
- enfin il pourra lui aussi sortir du placard.

Merci à la maman de Xim, qui m'a permis de réfléchir aux problèmes posés par la clinique en partant d'abord du bon sens. Mais avoir recours à un simple bon sens n'est pas chose si évidente, et le sentiment inconfortable et inquiétant d'être dans la transgression (par rapport aux usages de l'époque dont l'institution dans laquelle je travaillais était le reflet) m'amènera à chercher des références me semblant aller dans cette direction ; ainsi je vais rencontrer le mouvement kleinien et post-kleinien de psychanalyse d'enfant dans lequel je me situe aujourd'hui, et à partir duquel j'ai pu développer mon expérience et mes propres idées.

Une thérapie suppose bien évidemment un espace psychique exclusif et inviolable seulement partagé dans l'intimité de la relation analyste-patient ; mais n'est-ce pas confondre espace réel et fantasme que d'imaginer que créer une réalité séparée va permettre une mise à l'abri du fantasme de collusion entre

thérapeute et parent ? Dans la consultation, il va ressortir qu'il ne s'agit pas d'une simple formalité, j'attends des deux parents qu'ils entament une alliance de travail. Pour cela, j'ai besoin de leur point de vue à tous les deux, et à chaque moment exposé par l'un, le plus souvent la mère (mais pas toujours), je demande au père comment lui-même a vu cela, j'insiste particulièrement sur le vécu émotionnel dans un croisement de l'un et de l'autre. Je n'hésite pas à énoncer, et à nommer éventuellement sous forme humoristique la « conspiration des bonnes femmes », ou l'attente d'une alliance « naturelle » entre mère et psy qui ne laisse aucune chance au père, mari/homme de faire entendre un point de vue (j'ai par ailleurs en tête quelques récits qui me servent de garde-fou, de pères maltraités par des réponses à leur question comme : « votre femme vous expliquera »).

En ce qui concerne le thérapeute, cela signifie de faire jouer **en soi-même plusieurs identifications de façon contiguë** : avoir en tête et être dans la peau de l'enfant en entendant le récit familial, être identifié au père qui entend le récit de sa femme.

On pourrait dire que je ménage particulièrement le narcissisme des pères. Pourquoi : souvent ils se retirent de la situation thérapeutique en agissant leur sentiment d'inutilité, en se protégeant d'une blessure supplémentaire. Le père se situe d'emblée en « pas assez », en reprenant à son compte ou en fantasmant ce jugement : pas assez présent, pas assez impliqué, pas assez compréhensif, pas assez autoritaire, pas assez psychologue !... Ou trop !

Lorsque nous avons à faire à des parents divorcés dont la lutte sans fin continue à travers la thérapie : l'un peut s'ingénier à demander des changements avec lesquels il sait que l'autre sera

en difficulté, où nous laisser entendre que l'autre parent refusera tel aménagement. Dans ces situations très délicates il est vraiment important de faire place à chaque parent et de veiller nous-mêmes à ne pas être des courroies de transmission entre les deux parents :

Ainsi la mère de Tom me dit que le père estime que la thérapie est maintenant inutile en raison des progrès accomplis, alors que je propose de continuer à un rythme plus espacé. Elle propose de poursuivre les séances uniquement sur les semaines où elle est en charge de Tom. Je pense qu'accepter cette apparente facilitation qui éviterait de demander au père serait en fait me mettre dans une position de complicité et de rapt de l'enfant. Mais lorsque je propose un RV directement au papa, c'est de Tom que nous allons parler, non des conflits inextinguibles de l'ancien couple, et le père acceptera, comme une évidence, les aménagements que je propose.

2) Place de l'enfant dans le narcissisme parental

On sait que Freud n'a pas été analyste d'enfant, et qu'il pensait du reste que seul le parent était capable d'être thérapeute de son enfant : le traitement du célèbre Petit Hans a été réalisé par le père de Hans ; on pourrait dire, en termes modernes, avec la supervision de Freud.

« Seule la réunion de l'autorité paternelle et de l'autorité médicale en une seule personne, et la rencontre en celle-ci d'un intérêt dicté par la tendresse et d'un intérêt d'ordre scientifique, permirent en ce cas de faire de la méthode une application à

laquelle sans cela elle n'eut pas été apte ».

Pour le coup, Freud pensait que la réalité d'éducateur et la capacité d'analyste étaient non seulement compatibles mais devaient être liées !

Ce qui ne s'appelait pas encore « parentalité » était fondé pour Freud sur le narcissisme (du reste il considère, dans « *Pour introduire le narcissisme* » que « la vie amoureuse des êtres humains avec la diversité de sa différenciation chez l'homme et la femme, nous fournit un troisième accès à l'étude du narcissisme » (p. 90). Il y intègre la parentalité en considérant que « l'amour des parents si touchant et au fond si enfantin n'est rien d'autre que leur propre narcissisme qui vient de renaître [...] métamorphosé en amour d'objet ». C'est particulièrement vrai pour la femme qui pourra seulement dans l'expérience de la maternité accéder au plein amour d'objet : « dans l'enfant qu'elles mettent au monde, c'est une partie de leur corps qui se présente à elle comme objet étranger auquel elles peuvent maintenant, en partant du narcissisme, vouer le plein amour d'objet ».

Sans vouloir revenir à des bases trop théoriques, je crois qu'il est tout à fait important d'avoir cela en tête quand nous recevons des parents : **toute consultation demandée pour leur enfant s'inscrit sur un fond de narcissisme blessé.** C'est sur ce terrain que va s'inscrire la rivalité entre la mère et le ou la thérapeute. Lorsque nous en parlons habituellement, je crois que nous méconnaissons les racines extrêmement profondes et infantiles de ces rivalités : il ne s'agit pas d'une rivalité « féminine », elle est la même si le thérapeute est un homme. Le fait même de consulter pour son enfant est le signe de la blessure narcissique. Si nous voulons que les traitements d'enfant tiennent,

nous avons plutôt intérêt à **ne pas alimenter la blessure narcissique mais au contraire à restaurer le narcissisme parental.**

Mélanie Klein va plus loin, en proposant des hypothèses sur le fonctionnement intrapsychique de la mère : « ce besoin d'avoir des enfants est primordial et très intense chez la petite fille parce que l'enfant est un moyen de dominer son angoisse et d'apaiser sa culpabilité ». Ou encore : « l'envie d'avoir un bel enfant bon et sain, et leurs soins à l'embellir de même que leurs propres corps, (est)rattachée à leur crainte d'avoir produit en elles ou introduit à l'intérieur de la mère des enfants mauvais et affreux qu'elles identifient à des excréments toxiques ». L'importance donnée à la réussite de l'allaitement est également, selon M. Klein, de démontrer que « ces fantasmes sadiques ne se sont pas réalisés ou que leurs objets ont retrouvé leur intégrité » (p. 243).

La naissance d'un bébé mal formé ou abîmé n'est pas seulement un traumatisme de la réalité, une confrontation du bébé idéal parfait au bébé de la réalité, mais une profonde atteinte de l'auto-estime, de la valeur accordée à soi-même : dans une perspective kleinienne, c'est une punition pour des fantasmes destructeurs anciens concernant l'intérieur du corps de la mère. La punition est équivalente au lieu de l'envie d'autrefois : c'est l'intérieur de la mère qui est abîmé par les fantasmes de l'ancienne petite fille vis-à-vis de sa propre mère et son ventre est abîmé en retour : cet intérieur mauvais, toxique ne peut plus produire que des bébés monstrueux.

Il est indispensable de prendre en compte la blessure profonde et la souffrance intense des parents et de l'accueillir sans jugement, de la comprendre. Et on peut étendre ces hypothèses de

fonctionnement psychique exactement de la même façon au père. Il est important d'avoir en tête que tout parent qui amène un enfant en thérapie est un parent en échec, qui se sent mauvais parent dans son présent, mais sur un lit beaucoup plus ancien d'ancien enfant porteur de pouvoir de destruction. **Tout parent d'enfant en thérapie est un parent blessé** dont nous devons aussi accueillir la blessure et que nous devons aider à dégager, pour lui-même, le présent du passé. Cela allègera le poids des projections sur l'enfant et remettra chacun, parents aussi bien qu'enfant, à sa place.

3) L'enfant dans l'adulte

Tout parent amène en outre son enfant comme part de lui-même ; ce « chair de ma chair » est à entendre dans son sens fort d'**amener en thérapie à travers son propre enfant l'enfant du passé que le parent a été**. Lorsque nous recevons les parents il n'est pas rare que cela puisse être exprimé directement par eux :

- Je vous l'amène parce que je souffrais de la même chose étant petit ; personne ne m'a aidé ; je veux lui épargner mes galères ;
- Je vous l'amène parce qu'il me ressemble, j'ai les mêmes difficultés : il est timide comme moi, aidez-le.

La tentation est alors de proposer au parent qui s'exprime ainsi un traitement pour lui-même, et c'est à mon sens une autre difficulté du travail de l'analyste d'enfant et un autre écueil.

- d'une part soigner le parent ne va pas soigner l'enfant, même si

cela peut le libérer des projections parentales par exemple. Il faut entendre la souffrance de l'enfant lui-même, sinon **on évacue l'enfant** ;

- d'autre part il y a une souffrance spécifique de parent à laquelle nous devons faire place et nous devons être vigilants à ne pas **évacuer le parent**. Il sera toujours temps plus tard d'adresser cette personne à un collègue (et je le formule toujours comme une parenthèse ; je ne suis pas là pour ça, mais..., mais pour vous-même, personnellement, vous n'avez jamais eu une aide pour ça ? Je pense très important de ne pas conseiller une thérapie pour un parent dans l'idée que cela aidera l'enfant.

Certains parents « échaudés » par des consultations précédentes peuvent ainsi exprimer cette méfiance que le thérapeute ne les « garde » en tant que patients, individuellement ou en couple, lorsque les entretiens parentaux sont assez poussés : nous devons avoir clairement à l'esprit, y compris lorsque nous invitons les parents à associer sur leur propre enfance, que c'est en lien avec leur enfant et leur position actuelle de parent de cet enfant..., et éventuellement le formuler.

Mais il peut arriver aussi que l'enfant soit simplement le prétexte de la consultation et que la véritable indication soit l'un des deux parents : l'intérêt très immédiat de recevoir les parents seuls d'abord est de protéger l'enfant d'un contact thérapeutique qui ne sera pas suivi. Ainsi :

- toute demande de thérapie doit faire l'objet d'une évaluation et nécessite un temps spécifique pour cela ; même si elle est adressée par un collègue qu'on estime et en qui on a confiance. il est inapproprié ou nocif de

prendre une indication de thérapie « clé en mains ».

- La situation est à penser dans son ensemble par le thérapeute qui reçoit l'enfant et sa famille.

Ainsi, en préalable à toute thérapie, je propose un temps de consultation, qui permettra d'inscrire le mode de travail que nous aurons et le principe d'un travail parallèle avec les parents ; le style y sera très fortement imprimé par ce qui se sera installé dans les premiers RV avec les parents.

Lorsqu'il s'agit d'une indication venant d'un consultant, qui a travaillé en amont la situation, je vais m'appuyer sur le même dispositif car il va s'agir d'évaluer non pas l'indication d'une thérapie en général, mais spécifiquement entre ces parents, cet enfant et moi. Je n'exclue jamais que l'indication puisse être bonne... mais pas avec moi. De même, les parents peuvent être d'accord avec une indication de thérapie mais il est nécessaire de trouver un accord spécifiquement avec moi : et plus que d'accord, il va s'agir d'**accordage**.

4) Comment établir l'accordage

Le premier RV est déterminant pour **ouvrir un modèle de travail psychique qui va installer ce qui deviendra une alliance thérapeutique avec les parents**. Mais la confiance ou l'alliance ne sont pas des prérequis ou des préalables possibles, ce sont les résultats d'un travail d'accordage. La première base indispensable est bien sûr de sortir de l'idée, bien souvent sous-jacente à cette époque où les thérapeutes travaillaient sans voir les parents, que les parents sont des ennemis.

Après les mésaventures que j'ai racontées en introduction, je me suis mise en quête, dans les années 80, d'une aide possible, plus proche de ma sensibilité que ce qui était dans l'air du temps de cette époque, heureusement révolue (?). C'est ainsi que je suis entrée en contact avec le courant kleinien de la psychanalyse d'enfant et que j'ai commencé à me former auprès de Geneviève Haag et James Gammill, Jean et Florence Bégoïn, Florence Guignard par la suite.

Le point de vue de James Gammill tient une place à mon sens unique pour guider les thérapeutes des enfants dans leur travail avec les parents. James Gammill est un élève direct de Mélanie Klein et a rapporté l'attention de celle-ci aux rencontres avec les parents. En effet, elle insistait « sur l'importance de se donner tout le temps nécessaire pour obtenir de ceux-ci l'histoire la plus complète possible de l'enfant, non seulement sur ses symptômes, mais aussi sur tout son développement » (p. 240). Elle explorait plusieurs aspects :

- la tonalité affective avec laquelle chaque période de la vie de l'enfant était évoquée ;
- pour les lacunes dans leur récit, elle suggérait des questions, mais avec beaucoup de tact ;
- la relation de la mère avec ses propres parents pendant la grossesse et quand l'enfant était petit bébé, et notamment la relation avec sa propre mère ;
- les évènements qui surviennent dans la vie des parents pendant la grossesse ou la petite enfance, et qui sont souvent d'une importance capitale ;
- le rôle que devait jouer l'enfant pour les parents ;
- le vocabulaire de l'enfant pour les parties du corps et les

produits du corps

Elle soulignait aux parents à quel point l'analyste avait besoin de leur aide pour l'informer des évènements survenant dans la vie de l'enfant, non pour les utiliser directement dans le traitement, comme Anna Freud l'avait prôné dans un premier temps, mais pour nous aider. On peut dire qu'il va s'agir là de l'ensemble de notre tâche avec les parents tout au long du traitement et évidemment qu'un QCM à remplir dans un premier entretien a pour effet immédiat de mettre les parents dans une position d'alliance de travail avec nous.

En leur consacrant le temps nécessaire, nous disons en effet que nous avons besoin d'eux, de leurs souvenirs, de leur mémoire, de leurs observations afin de pouvoir mieux comprendre l'enfant et l'aider. Nous nous situons ainsi hors d'une position de toute puissance.

Il me semble central d'abord de faire remonter les parents aux origines de la naissance de cet enfant, aux origines de leur projet d'enfant, aux origines de leur couple, et qu'ils nous « montrent » des moments d'observation dans leurs souvenirs du passé. En croisant leurs souvenirs, souvent bien différents, en proposant des hypothèses sur le sens émotionnel possible de réactions de l'enfant, et en mettant en lien plusieurs évènements (des hypothèses, j'insiste sur le pluriel, et non des interprétations), nous ouvrons un champ de pensée qui donne le sens à ces rencontres : penser à partir des faits de la vie et leur vécu.

J'entends les interprétations de chacun sur la situation mais j'essaye de sortir de ce terrain de généralisations : en effet c'est au nom des grands principes qu'on fait les guerres. Par exemple, «

le père manque d'autorité et c'est pourquoi... », « la mère lui passe tout... ». J'essaye plutôt d'amener les parents à raconter précisément des moments vécus, et je pose des questions sur des détails, ce qui met les deux parents à égalité, et montre les différences de ressenti dont ils n'avaient pas forcément conscience. Je vais m'intéresser à leur vécu à chacun sur le moment rapporté et éventuellement souligner leur différence de point de vue et souvent leur complémentarité : c'est une façon utile de sortir de la dichotomie simpliste vrai/faux et de la position de juge qui nous est souvent assignée.

Je pense que la question des liens avec l'histoire personnelle des parents est à réserver pour plus tard, afin qu'il n'y ait pas de confusion : nous concernons les parents dans le traitement de leur enfant, mais c'est bien l'enfant qui est en thérapie. Les rencontres avec les parents ont pour but d'aider ce travail, de leur permettre d'être plus attentifs, et surtout de modifier leur regard.

James Gammill dit que Mélanie Klein pouvait consacrer aux parents une heure et demie. Pour ma part, je préfère proposer plusieurs RV, ce qui permet de laisser un temps d'élaboration et d'ouvrir sur cette élaboration le deuxième RV de façon très simple en demandant aux parents s'ils ont pensé à d'autres choses depuis notre dernier RV ou repensé à certaines choses : souvent les parents peuvent alors amener de nouvelles pensées, faire état de discussions entre eux, de nouvelles observations qu'ils ont faites de l'enfant. Et nous indiquons ainsi, très simplement et **légèrement**, que **nous ouvrons un processus de pensée. J'insiste sur le nous, qui comprend donc, le thérapeute, la mère et le père.**

5) Une triple alliance autour de l'enfant

« Même quand le besoin d'une psychothérapie de l'enfant est net et clair, dans beaucoup de cas, il faut dans un premier temps travailler dans le cadre d'une consultation prolongée avec les parents pour faire murir leur demande et créer une alliance thérapeutique comme base essentielle du traitement de l'enfant », dit James Gammill (p. 240)

Je fais appel à leur capacité d'intégrer les points que je vais mettre en lumière, souvent en rapprochant eux événements dont les parents ont parlé sans réaliser leur lien dans le temps : par exemple, « mais est-ce que ce déménagement n'est pas survenu juste avant la naissance de la petite sœur ? » Ces rapprochements, qui suscitent l'étonnement des parents, ouvrent par là même une perspective de pensée nouvelle chez eux, et on peut les inviter alors à se demander comment l'enfant a pu vivre cela. Dans **ce moment particulièrement fécond de l'étonnement**, ils amènent souvent de nouveaux éléments, par exemple un changement de nourrice ou, à la même époque, un changement de travail d'un des deux parents ayant eu des conséquences sur le mode de vie de la famille. Cela me semble un moment particulièrement intense de travail commun avec eux où une véritable alliance s'établit.

Les mots que nous pouvons mettre à ce moment-là ne sont pas des « interprétations », mais de simples « sous-titres », des traductions : « en somme dans cette situation tout le monde s'est senti bouleversé et seul, dans son mode de réaction à lui : l'enfant

a été de se replier dans des stéréotypies, par exemple, Madame de se déprimer, Monsieur s'enfermer dans le travail... ». Souvent cela permettra de faire le lien avec d'autres manifestations similaires de l'enfant dans des situations prenant un sens analogue. Cela permet souvent de **donner au symptôme qui motive la consultation un sens de manifestation affective, commune à tous les membres de la famille**, et d'ouvrir ainsi une empathie et une compréhension de la symptomatologie qui a fait l'objet de la consultation.

J'essaye d'indiquer ainsi que **je ne recherche pas une cause** ou un traumatisme responsable de la pathologie de l'enfant, et je donne **beaucoup d'importance aux petites choses**, une maladie bénigne, la perte d'un animal familier, d'un doudou, le déménagement d'un copain de classe... J'indique aussi que je ne recherche pas une responsabilité parentale mais simplement, à travers eux, à faire connaissance avec l'enfant et à me faire une idée de sa vision du monde : je le formule le plus souvent en disant que je cherche à me faire une image de l'enfant à travers ce qu'ils m'en disent ; quand je le verrai, je m'en ferai une autre peut-être, en tous cas, je leur en ferai part lorsque nous nous reverrons...

Et c'est ce que je fais.

Quand je revois les parents après quelques RV où j'ai vu l'enfant seul, je peux dire par exemple que je m'étais fait l'idée d'un enfant aux prises avec de grandes angoisses de séparation, et que j'ai été surprise de trouver un enfant qui veut tout contrôler et être le chef de tout, un tyran ! Cela autorise souvent un des deux parents à donner plus de place à ses intuitions, étouffées, par exemple par l'angoisse de l'autre parent et sa culpabilité plus forte.

Le point de départ de la réflexion de James Gammill est essentiellement une préoccupation clinique : comment éviter les ruptures de traitement et accompagner au mieux les parents, en nous ajustant au mieux à leurs besoins et non en fonction de principes préétablis.

« Dans notre travail, l'arrêt d'un traitement d'un enfant en cours pose un des problèmes les plus difficiles et les plus attristants pour le thérapeute, l'enfant suivi et finalement aussi pour les parents (qui ne peuvent souvent s'en rendre compte que plusieurs années plus tard). En d'autres termes, nous nous sommes demandés quel est le meilleur accompagnement pour les parents, si différents les uns des autres et dont les besoins d'aide varient au cours du traitement de l'enfant » (p. 234)

Cela ouvre ainsi un éventail de possibilités :

« À un bout de cet éventail [...] contact à minima, avec entretiens deux fois par an, pour écouter les informations et les impressions des parents sur leur enfant, et, à l'occasion, certaines choses sur eux-mêmes [...] et cette écoute facilite aussi les aménagements de problèmes pratiques ». « Pour certains parents chez qui l'acte de penser aux sentiments et aux relations est vécu comme une véritable persécution, il me paraît plus adapté ou utile de les voir rarement et seulement pour des arrangements pratiques. » (p. 247)

À l'autre bout de l'éventail, « on peut être amené à organiser immédiatement la mise en place d'une psychothérapie ou d'une analyse pour l'un des parents, ou même pour les deux » (p. 233)

« Au fond, la raison essentielle à mon avis qui fait que le travail avec les parents des enfants est si difficile et fatigant, c'est qu'il faut une véritable virtuosité dans la capacité d'établir de multiples identifications avec tous les membres d'une famille, pour comprendre ce qui s'y passe » (p. 247)

« Ce qui me semble assez sûr, c'est que la notion de liberté accordée aux parents pour demander des entretiens est assez trompeuse et qu'une offre explicite, ménageant les susceptibilités narcissiques et proposant une fréquence variable selon les besoins exprimés implicitement et selon les différents moments de ce travail d'accompagnement, évite au maximum la tragédie d'un traitement interrompu pour l'enfant et favorise au maximum une certaine évolution positive dans la famille ».

L'idée que les besoins des parents changent nous amène aussi à un **dispositif flexible**, et il est important que les parents sentent cette flexibilité comme un aspect de notre attention spécifique : nous ne suivons pas un protocole préétabli mais essayons de nous ajuster à leur besoin. Il peut être important de voir certains parents de façon très rapprochée en début de thérapie pour espacer ensuite, dans d'autres situations cela sera le contraire et les RV seront plus nécessaires quand les parents auront davantage confiance, voire quand le changement chez l'enfant leur aura donné davantage de confiance en nous, tout en ayant diminué leur sentiment de culpabilité. Le principe même des entretiens avec les parents est préétabli mais il me semble important que leur allure et leur fréquence soient flexibles et leur rythme révisable au fil du temps.

Un **petit détail** m'avait semblé faire une énorme différence dans une situation où il était question d'institution spécialisée pour un

enfant qui débordait les capacités de tout le monde à le contenir : l'école, la famille, et y compris moi dans la thérapie (il avait entrepris de casser les choses dans le bureau, mon stylo, une lampe... !). J'avais proposé de déterminer à la fin du RV avec les parents la date du suivant. Cela avait ainsi constitué un bord, un contenant pour l'angoisse des parents (même si, dans la réalité, la fréquence des RV avec moi n'était pas modifiée) ; à partir de ce moment le comportement de l'enfant s'était spectaculairement amélioré et il n'avait plus été question d'institution spécialisée ni de scolarité aménagée. J'avais en outre envisagé avec eux les modalités de simple réparation des choses cassées dans mon bureau, sans la double peine d'une punition. Par les parents (en l'occurrence avec leur accord), j'avais remis à l'enfant (en lui disant que j'avais proposé à ses parents de faire comme ça et qu'ils étaient d'accord) la facture du remplacement de la lampe qu'il avait cassée ; les parents lui avaient donné l'argent (du « vrai » argent, pas un chèque), sans commentaire et sans punition.

James Gammill recommande également de faire preuve de souplesse lorsqu'il s'agit de prendre en compte les demandes des parents de changement d'horaires de séances, par exemple lorsque l'enfant va mieux et qu'il est important de reconnaître l'importance de la vie sociale et familiale. Penser en termes d' « attaque du cadre » peut être bien souvent une manifestation du prêt-à-penser analytique et faire partie de nos propres défenses contre- transférentielles.

« Une certaine souplesse par rapport aux changements d'heures de séances demandées par des parents pour des activités communes avec l'enfant, de temps à autre, peut être utile, en

favorisant chez eux le sentiment d'une alliance thérapeutique et en diminuant leurs angoisses transférentielles. Mais on doit éviter une collusion inconsciente avec un parent qui souhaite triompher du thérapeute et le rendre inutile, ou qui cache un désir d'attaquer le processus analytique par une telle demande » (p. 274)

La triple alliance est l'alliance que le thérapeute de l'enfant établit avec chacun des deux parents, mais aussi l'alliance entre les deux parents.

6) Déconflictualiser et dialectiser

Quelle est ici la spécificité de la place du père ? Elle est essentiellement d'être l'autre de la mère. Et c'est cette place d'autre, autre regard, autre rôle, autre son de cloche, que nous allons devoir être attentifs à faire surgir, particulièrement quand elle a été effacée par une mère trop proche, trop omniprésente, trop « spécialiste » de l'enfant.

C'est bien souvent une surprise bénéfique pour les deux parents. Cela va nous permettre bien souvent de déconflictualiser les rapports des parents (en tant que parents, pas forcément en tant que personnes) et de créer une dialectique entre eux. Outre le bénéfice thérapeutique immédiat de relâchement d'un étai symbiotique, cela initie une véritable méthode de travail pour les difficultés de la vie : les parents vont également apprendre à rechercher et s'appuyer sur le point de vue « autre » de l'autre, et l'utiliser comme une aide pour penser. Nous allons ainsi donner une troisième dimension à des situations bien souvent posées en termes binaires : on pourrait dire que nous allons être alors

l'agent d'une vision binoculaire. À condition que nous ayons la capacité nous-mêmes de nous méfier de notre tendance à l'interprétation trop rapide et de notre déformation, inhérente à notre formation, par la recherche omni prégnante de la pathologie.

Ainsi la maman d'Antoine demande à venir me voir seule avant le RV prévu pour les deux parents. Dans une situation de crise à l'école la maman, extrêmement angoissée, souhaite me parler de ses griefs contre le père qu'elle estime responsable de la situation actuelle, du fait de son indisponibilité générale, mais ici plus spécifiquement de sa fuite lorsqu'il est présent dans des jeux permanents sur son iPhone, iPad, et écrans divers, alors qu'on essaye de limiter Antoine sur ce point.

Je refuse assez tranquillement en lui proposant que nous en décidions lors du RV prévu pour les parents. On pourra dans ce RV sortir du « mauvais » écran, contre « bon » jeu de société, bonne mère/mauvais père, pour parler d'une sensibilité particulière de monsieur qui échappe à madame et qu'il pourrait partager avec ses garçons..., mais pas à l'heure des repas ou d'aide aux devoirs. Cela permettra aussi de parler des conflits qui viennent prendre la place de l'expression du sentiment de solitude de madame.

Remettre en mouvement une dialectique dans le couple, où le père est l'autre de la mère et différencié d'elle, me semble inscrire une perspective réversible. Peut-être pourrait-on dire que la différence sexuelle est la plus petite part de ces différences.

Il y aurait dès lors sur ce point une voie féconde pour le travail avec les couples homoparentaux.

Je trouve souvent assez simple de distinguer avec les parents ce qui se passe dans « la vie normale » et « ici » dans la thérapie. Cela permet aussi facilement de répondre aux questions sur ce qu'ils peuvent faire : par exemple, nous laisser la part des angoisses et ne pas lâcher, eux, un rôle éducatif et le partage des choses de la vie et de l'affectivité avec leur enfant. Cela s'avère souvent extrêmement salutaire pour les parents et a l'avantage de ne pas nous situer sur le même terrain, donc de diminuer la rivalité. Ainsi la maman de Tom m'a dit à quel point cela avait été un soulagement pour elle que je dise : « Laissez-moi m'occuper des angoisses et vous, vous occupez de la vie avec lui, travail, loisir, partage... ».

7) Problématiques actuelles

La clinique actuelle nous confronte à des entraves précoces lors de la mise en place des prémises des processus de symbolisation, entravant gravement les capacités à se représenter la vie émotionnelle et à la communiquer aux partenaires affectifs. Il me semble que se dégage une problématique parentale typique de ces problématiques actuelles :

Le territoire vide : blanc de représentation

Les parents ne peuvent décrire les troubles motivant la consultation, ils ont peu de représentations et de souvenirs de l'enfant petit : lorsqu'on reçoit les parents seuls avant de proposer un rendez-vous pour l'enfant, on ne peut se faire d'idée ni de l'enfant actuel, ni de ce qu'il était plus petit. Cela me semble avoir

une valeur quasi diagnostique de ces problématiques. Les parents ne peuvent souvent pas évoquer d'évènements de la petite enfance, et ne peuvent pas non plus raconter des moments précis du présent.

La rencontre avec l'enfant constitue souvent une surprise qui permet de prendre la mesure du « blanc » de représentation laissé par la consultation. Le travail avec les parents est alors obligatoire, on ne peut se contenter d'établir une alliance suffisante pour que le traitement soit possible ou maintenu. En effet nous avons à faire dans ces situations à des parents en « blanc de représentation », qui ne pourront remplir ce blanc sans aide. C'est l'ensemble de leurs capacités de représentation, tout au moins dans la part qui concerne la représentation de leur enfant, qu'on doit les aider à reconstruire.

Le thérapeute de l'enfant est souvent le plus adapté pour ce travail d'accompagnement avec les parents, dans la mesure où il est celui qui partage une expérience émotionnelle avec lui. L'enfant, lui, pourra constituer la base de la communication avec les parents. Il n'est pas rare, y compris lorsqu'il y a un très réel travail de consultation qui se poursuit pendant la thérapie, que des choses très importantes puissent uniquement être dites au thérapeute de l'enfant, ou que des choses déjà dites ailleurs puissent prendre sens seulement à ce moment-là. L'ouverture d'une scène tridimensionnelle, dialectique, va permettre de reconstruire une épaisseur psychique défailante.

Reconnaitre et nommer les sentiments :

dé-confusionner

L'incohérence des parents sur un plan éducatif est une constante souvent comprise comme une « difficulté à mettre des limites », reproche souvent fait au père. Cette difficulté est en fait sous-tendue par leur propre difficulté à différencier les sentiments :

- la terreur de faire de la peine à l'enfant témoigne de leur difficulté à distinguer autorité et tyrannie, les amenant ainsi à ne pas tenir les interdits ou cadres qu'ils posent de façon sporadique. Exercer une autorité, c'est exercer une justice, sinon c'est l'arbitraire, l'incompréhensible et l'imprévisible : c'est la différence entre autorité et tyrannie. Dire : « j'ai réfléchi, tu as dû être fâché, ou tu n'as pas dû comprendre, ou tu as dû trouver ça injuste et tu avais raison », c'est donner un sens aux sentiments, les reconnaître comme fondés, sensés.

- De même, leur difficulté à différencier l'expérience personnelle et sa nécessaire difficulté, de la souffrance psychique, les amène à une entrave systématique des capacités d'autonomie de l'enfant (on voit cela dès le plus jeune âge avec les bébés, lorsque les parents vont au-devant des désirs de l'enfant et lui donnent systématiquement l'objet qu'il convoite). Tout effort de l'enfant pour l'obtenir lui-même est confondu avec une souffrance insupportable, et lui est de ce fait épargné. L'enfant se trouve du même coup privé ainsi de sa capacité à faire ses propres expériences et à les élaborer.

- Une autre confusion fréquente entre angoisse de l'enfant (angoisse de séparation par exemple) et volonté de contrôle amène les parents à renforcer la toute-puissance de l'enfant.

Il m'arrive ainsi de raconter aux parents l'histoire de ce petit garçon sourd à qui, dans un conflit, son père avait expliqué le signe « être chef » : symbolisé par un geste d'épaulettes militaires, tout en se désignant lui-même du doigt, c'est une façon de dire « c'est papa qui est le chef et qui décide – pas toi ». Mais, le soir venu, le petit garçon multiplie les demandes au coucher, un verre d'eau, pipi, son ours en peluche, une autre chose encore, obligeant son père à des allers-retours incessants, jusqu'à ce qu'enfin le père manifeste un mouvement d'énervement : et le petit, triomphant, fait alors le signe des épaulettes..., en se désignant lui-même !

C'est une illustration du dicton : « c'est dans les détails que le diable se loge ». Une façon de dire qu'il ne suffit pas de faire des déclarations d'intention, il faut être cohérent, dans les détails ; c'est souvent à cela que nous aidons les parents. Faire apparaître un problème de limite mouvante et un monde sans logique amène à s'interroger sur la rage de l'enfant contre un monde dont il ne comprend pas la logique et où il se sent soumis à l'arbitraire. Plus que de provocation et de conflit d'autorité, c'est souvent d'incompréhension qu'il faudrait parler. Arrivent alors sur le devant de la scène les conditions de vie des parents : le père travaillant en missions d'intérim, dont l'emploi du temps change tout le temps. La mère dont les horaires varient, ce qui a des conséquences quotidiennes sur l'allure des journées...

En conclusion

On pourrait dire qu'un père seul, ça n'existe pas, et que la place du père telle que je la conçois dans le dispositif thérapeutique suppose de travailler les territoires de chacun.

Nous allons dessiner une géographie différenciée des territoires et tracer des frontières. Un travail régulier avec les parents suppose de se centrer sur la différenciation des espaces psychiques pour que puisse se rétablir une communication sans trahison ni dévoilement. Concrètement cela passe par une explicitation et une différenciation :

- des espaces d'intimité entre le thérapeute et l'enfant, dont les contenus ne seront pas communiqués aux parents ;
- des espaces privés entre le thérapeute et les parents, qui ne seront pas communiqués à l'enfant ;
- des espaces privés éventuellement aussi entre thérapeute et mère et thérapeute et père ; espaces privés dont on va reconnaître la légitimité et l'existence en ne donnant pas de RV à l'un des parents à l'insu de l'autre ;
- des espaces communs, qui feront l'objet d'une communication entre parents et enfants soutenue par le thérapeute.

Une place particulière est représentée par « ce que je pense » : je dis à l'enfant que je ne raconte pas aux parents ce qu'on fait ici, mais que je vais leur dire ce que je pense ; je le lui dis à lui d'abord..., et je lui demande aussi ce que, lui, il pense et ce qu'il pense de ce que je pense. Je lui demande aussi ce qu'il pense que les parents vont vouloir me dire, et s'il y a des choses qu'il voudrait que je discute avec les parents ; ensuite, après la rencontre avec les parents, je lui demande ce qu'il pense de ce que pensent les parents et que je lui rapporte. On aboutit à une grande complexité apparente : il s'agit de travailler sur les espaces de pensée (bien évidemment, je ne dis pas « tout » ce que

je pense : mon espace de pensée m'appartient et je dis ce que j'estime utile).

Nous devons penser la question de la loyauté de façon plus complexe que dans les premiers modèles évoqués : il ne s'agit pas de ne pas voir les parents pour ne pas trahir la confiance de l'enfant, mais de voir les parents sans trahir la confiance de l'enfant, en ayant une conscience aussi claire que possible de ce qui appartient à chacun.

C'est un travail d'une grande actualité que nous devons apprendre dans une période dominée par les pathologies limites.

7 avril 2014

Le père, promoteur de l'érotisme. Le paternel, l'exclusion et l'après-coup

Auteur(s) : Bernard Chervet

Mots clés : après-coup - complexe d'Œdipe - déni - déssexualisation - exclusion - latence - Œdipe (complexe d'-) - paternel - père (meurtre du -) - pulsions (transformations) - transfert

Je tiens à remercier les organisateurs, Dominique Cupa et Clarisse

Baruch, de m'avoir invité à vous parler sur le thème de cette année : « Qu'est-ce qu'un père ? », sous-entendu d'un point de vue psychanalytique, c'est à dire à partir de notre expérience des traitements psychanalytiques.

Comme vous avez déjà eu un certain nombre de conférences, il va m'être bien difficile de vous dire quelque chose de plus que ce que vous avez déjà pu écouter. Gageons sur le fait qu'il y ait suffisamment de différences d'un auteur à un autre !

À la réflexion, ce défi est le plus banal qui soit. Aucun discours n'épuise le sujet dont il traite, puisque toute réalité échappe à la connaissance censée en rendre compte. Vous connaissez tous la belle parabole opposant la grise théorie et la verte réalité, à laquelle il convient d'ajouter que le peu de lumière que nous avons du monde est du à l'intelligibilité propre au discours. C'est ce que l'on appelle l'effet de vérité, qui ne signifie d'ailleurs pas que ce qui est dit traduit la réalité. Le rapport au savoir est en effet compliqué, puisqu'il ne se superpose pas forcément à ce qui est ressenti comme « vrai ». Il s'agit de l'écart entre savoir, réalité et vérité. Ainsi tout savoir est-il voué à être à jamais incomplet, en même temps que le discours qui l'exprime est notre seule source de lumière

Ceci me permet de souligner un autre aspect. La connaissance, du fait même de sa nature d'inscription langagière positive, tend toujours à nous faire oublier une tendance contraire à cette dernière, très active à l'intérieur de la psyché, la tendance à l'effacement des inscriptions, voire à la propre disparition du sujet, qui ne se traduit pas par un contenu représentationnel, mais par un éprouvé, un ressenti désagréable. Ainsi, tout discours participe-t-il peu ou prou à soutenir le déni de cette tendance,

même lorsque nous parlons d'elle. Nous savons que la parole agit ce paradoxe.

À l'écart existant entre la réalité et le savoir, il convient donc d'ajouter un autre type de connaissance, en fait de reconnaissance, qui est de nature radicalement opposée à celle engagée dans ce que l'on appelle le savoir, je veux parler de la prise en compte de cette tendance intrapsychique au disparaître, prise en compte qui ne peut se suffire d'un savoir du fait qu'elle est obligatoirement l'objet d'un déni. Cette reconnaissance consiste à lever ce déni, et n'est effective que par un changement du fonctionnement psychique lui-même. Seul ce dernier peut servir de preuve à cette prise en compte.

C'est ici que je situerai d'ores et déjà une particularité de la fonction paternelle, en tant qu'elle s'implique dans l'élaboration de tout savoir certes, mais aussi dans cette reconnaissance de cette tendance pulsionnelle à la disparition, à l'extinction, dans l'exigence d'accéder à un fonctionnement mental qui la prend en compte, et qui est basé sur une oscillation entre déni et reconnaissance. Cette oscillation fait appel à deux activités psychiques régressives, une nocturne, le rêve, l'autre diurne, l'érotisme ; donc à deux modalités de régression, celle formelle onirique, l'autre sensuelle érotique.

Le thème du père et du paternel a par ailleurs donné lieu à un Congrès des psychanalystes de langue française, à Paris, en 2013. Depuis un numéro de la RFP a été publié. Vous avez donc déjà pu lire les rapports et les nombreux échanges qui ont eu lieu à partir et autour de ceux-ci. Ont été soutenu les notions de principe paternel, de fonction paternelle, de potentialité originaire et d'aspiration au devenir, à mettre tous à l'actif du paternel. Toutes

ces notions cherchent en filigrane à préciser celle plus classique de Freud, d'impératif surmoïque, articulée au sein d'une topique constituée de trois instances, le ça, le moi, le surmoi, celle du surmoi étant associée au père et au paternel. Cette combinatoire déjà abstraite est devenue avec le structuralisme et Lacan, le RSI, le Réel, l'Imaginaire, et le Symbolique, ce dernier représentant au sein du schéma de ces trois registres, la fonction ou le principe paternel, avec pour Lacan la notion qui l'accompagne de « père mort ». En terme plus explicite, il s'agit du père qui transmet l'impératif à réaliser le deuil des objets œdipiens, donc le père qui exige la résolution du complexe d'Œdipe. Par voie de conséquence, ou d'inférence, ce père doit se présenter mort pulsionnellement à ses enfants ; ce qui ne veut pas dire, mort pulsionnellement pour tous, ni en soi. Cette association entre le père et le mort, fut déjà établie par Freud, mais sous l'angle d'une élimination du père, d'un meurtre, la célèbre première assertion du complexe d'Œdipe, le « meurtre du père ». Freud vise alors le père de l'impératif en tant que père bien vivant, donc articulé à un père pulsionnel. Ce « père primitif » désigne une puissante pulsionnalité orientée vers d'autres objets que l'enfant. Pour l'enfant exclu du désir sexuel du père, celui-ci devient *l'objet de sa pulsion*. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette articulation entre le père mort pulsionnellement pour l'enfant, le père support de l'impératif de résolution du complexe d'Œdipe, et le père érotique. Notons d'ores et déjà que cette articulation se fait autour de l'*exclusion*. C'est en tant que *tiers exclu* que le père introduit l'exigence de mentalisation. En excluant l'enfant, depuis la place de tiers exclu, il l'oblige à construire ses autoérotismes et son futur désir érotique objectal. La mère participe pleinement, par son oscillation mère-femme, à mettre en place cette topique de l'exclusion. Nous reviendrons sur cette définition du père, en

tant que *tiers exclu excluant l'enfant*.

Les différents schémas du fonctionnement psychique rappelés plus haut, ont en commun d'être abstraits et de désigner une position idéale, toute théorique ; une asymptote non atteignable dans la réalité humaine concrète, mais efficiente concrètement par sa réalité de référentiel idéal, par l'exigence de son attraction.

Toutes ces notions, principes, fonctions, registres, désignent des qualités définissant le paternel, et sont généralement associés à un impératif de désexualisation, opération en effet engagée dans le procès de deuil. Toutefois, l'objet de mon propos est de soumettre à la réflexion ce qui est dénommé ici trop facilement *désexualisation*, ce terme laissant penser que le but recherché par le paternel s'opposerait à la sexualité, la notion de père se trouvant dès lors étroitement associée aux valeurs morales et esthétiques, à un idéal ayant à son horizon, le travail civilisateur et les productions culturelles.

L'introduction de l'impératif paternel par le biais du tiers exclu excluant l'enfant, sollicite en fait la pulsionnalité et des transformations de celle-ci, en particulier l'établissement des autoérotismes et de la sensualité constituée d'éprouvés qu'il convient de distinguer de la vie affective, même s'ils se combinent. Ceux-ci, les affects, rendent compte des qualités du travail psychique et de l'objet qui l'occupe ; par exemple, de la transgression avec la culpabilité ; de la perte avec la peine douloureuse ; de l'état du narcissique avec la haine et l'amour ; du rapport aux valeurs avec l'estime de soi et la honte ; etc. Par contre les éprouvés sensuels traduisent l'incarnation de la pulsion, sa conversion dans le corps qui en devient érogène, fond sur

lequel se construit le ressenti du désir.

J'aborde donc cette question du père en pensant la vie psychique sous un angle qui privilégie un processus organisateur de la pensée humaine et de la sexualité humaine, processus qui se déroule en deux temps et que nous dénommons l'après-coup ; et qui est justement organisé en deux temps parce qu'il prend en compte la tendance à la disparition dont je vous ai parlé plus haut, cette tendance pulsionnelle régressive que je dénomme la *régressivité pulsionnelle extinctive*.

Le processus de l'après-coup ne peut que se déduire, et être une reconstruction à partir de ses productions manifestes, celles du deuxième temps. Celles-ci sont séparées du temps premier, qui est généralement ignoré en tant que tel, par un entre-deux temps lui-même occupé par un travail psychique inaccessible directement, dont le prototype est le rêve, le travail de rêve. L'impératif paternel porte sur la réalisation de ce processus complexe. Le premier temps fait appel à des activités psychiques régressives, le second réinvestit le champ objectal de la perception. Ce processus en deux-temps séparés par une latence, est impliqué dans le diphasisme de la sexualité humaine, dans la mise en place de l'érogénité corporelle, de cette intimité sensuelle de laquelle émerge le désir. L'après-coup instaure le corps érotique et la vie érotique objectale.

C'est par une longue démarche que Freud a pu découvrir ce processus, et son importance. Il est parti d'abord des symptômes hystériques et névrotiques, qui avaient été mis en corrélation avec des événements antérieurs, dénommés par Charcot « traumatismes ». Par la méthode cathartique de rétrogression de Breuer, il a cherché à retrouver de tels événements par la remémoration. Puis

il s'est aperçu que ceux-ci concernaient fréquemment l'enfance, et tout particulièrement les événements sexuels de l'enfance. Il a alors perçu que ce qui était décrit comme articulation entre le trauma et le symptôme, existait de façon générique entre l'enfance et la puberté (le cas Emma) ; que l'articulation se faisait donc entre un régime particulier de sexualité, la sexualité infantile, et un autre régime sexuel, celui de la sexualité objectale ; et que ces deux modes de sexualité étaient articulés par un « entre deux temps » durant lequel se faisait un travail intrapsychique, latent ; que ce moment de l'entre-deux correspondait à une période de l'enfance qu'il a dénommé la *période de latence*, centrale dans la mise en place du diphasisme de la sexualité humaine, mais qu'elle correspondait aussi à une période de la vie quotidienne, celle de la nuit, du sommeil et du rêve.

Freud fit ainsi un pas décisif en rapprochant les logiques du symptôme, du développement banal de tout enfant, et de l'oscillation nyctémérale, nuit-jour, tout aussi banale. Chemin faisant, il modifia son implication de la sexualité de l'enfance, en privilégiant un régime particulier de sexualité, celui de l'infantile, actif dans l'inconscient toute la vie ; et il remplaça encore la conception étiologique d'un trauma événementiel par une qualité traumatique qu'il reconnut progressivement en tant que qualité élémentaire de la pulsion (1920), puis de la sexualité infantile (1925).

Ce que Freud a donc perçu d'essentiel, c'est que ce qui se passe à la dimension du développement de l'enfant, se réalise aussi chaque jour, le rêve étant l'activité inconsciente prototypique de l'entre-deux temps se réalisant sous couvert du sommeil ; ce qui permet de déduire que la sexualité adulte se prépare aussi sous

couvert d'une période de « sommeil » sexuel occupé par un travail silencieux, celui de la période de latence (La belle au bois dormant et Blanche-Neige sont ici reconnaissables, etc). Ce travail nocturne a une fonction essentielle. Tout au long de la vie, chaque nuit, il inscrit la pulsionnalité des êtres humains au sein de leur vie psychique et soutient, par la production d'une prime de désir, leur sexualité objectale post-œdipienne.

Vous percevrez la complexité du rôle de l'impératif paternel quand vous reconnaîtrez qu'il porte sur l'ensemble de ce processus. Notons, pour être plus précis, que la notion de père s'associe plus spécifiquement à la finalité de ce processus, l'élaboration du désir érotique objectal, les autres moments de ce procès, en particulier ceux régressifs par lesquels il débute, étant spontanément associés à la mère. Père et mère sont donc porteurs du paternel et se conjuguent dans son effectivité.

Bien sûr, vous le devinez aisément, il y a mille et une raison à ce que ce processus complexe subisse des perturbations, et qu'il soit le lieu même d'achoppements et d'avatars divers au cours de sa réalisation. C'est donc sous cet angle, celui de l'efficience d'un processus aboutissant à une réalisation psychique pouvant être accomplie ou symptomatique, que je situerai la fonction paternelle, c'est-à-dire dans la possibilité de rendre psychique ce qui ne l'est pas encore. De ce point de vue, le père est le garant d'une vie psychique qui a pour objectif de s'accomplir et d'accéder à l'objectalité.

Il convient de rappeler ici une évidence. Afin d'être efficiente dans la vie psychique d'un sujet, les différentes qualités référées au paternel doivent être rencontrées, reconnues, trouvées-crées-prêtées, chez un/des personnages qui en sont les supports, et qui

les incarnent. Rien de la vie psychique ne peut s'installer sans trouver au dehors un support sur lequel se transposer, et qui servira de détour à l'élaboration intrapsychique. Tel est le cas du jeu de la bobine du petit-fils de Freud.

Une question fondamentale apparaît ici, que nous laisserons de côté ce soir, liée à ce mouvement premier de transposition, indispensable à tout avènement, toute aspiration au devenir, et à tout accomplissement et réalisation. Un transfert, que je qualifie transfert d'autorité, transfert mû par une aspiration à un devenir, va élire des personnes extérieures, qui vont elles-mêmes favoriser peu ou prou ce mouvement de transposition. L'énigme concerne donc cette première opération, cette transposition vers des personnes qui vont devenir des personnages de la scène psychique interne figurant ce désir de grandir et le modèle de fonctionnement vers lequel l'enfant aspire. Ces personnages peuvent être représentés, mais le plus important c'est qu'ils deviennent efficaces en tant que processus de pensée, et non pas seulement en tant qu'images internes.

Ces personnages internes et ces imagos fonctionnelles, habitent le monde des représentations de l'enfance sous diverses formes, rassurantes et exigeantes, inquiétantes voire terrifiantes, et sont transposés sur des personnes réelles appartenant au champ de la perception de l'enfant, que cela soit le père biologique ou non. Le personnage ressenti en tant que père, ainsi que l'entité suprême qui le coiffe, appartiennent au monde psychique de tout enfant et sont incarnés concrètement par un être psychiquement vivant, dénommé père. On se rappelle le cas du « petit Hans », qui, sortant du cabinet de Freud, s'étonne auprès de son père, sous forme d'une question : « il parle avec le bon dieu le Professeur

pour savoir tout cela ». Se retrouvent présents dans la tête de Hans, son père biologique charnel, avec qui il discute sachant l'attention très particulière qu'il lui porte, Freud à qui le père rapporte ses observations, et auquel le père et le petit garçon confèrent l'autorité de résoudre les angoisses, et Dieu qui sait les désirs inconscients et charge Freud de les formuler.

Ces quelques mots laissent deviner que si la fonction paternelle peut se centrer sur une personne précise, elle se distribue généralement sur diverses personnes, qui sont les supports des diverses modalités de transfert, avec en arrière-fond, ce transfert d'autorité justement qualifié de paternel, sans que l'on sache bien ce que cela veut dire, sinon qu'il se présente en séance associé à une personne désignée du terme de père, ou de substituts du père.

Nous retrouvons tous dans nos souvenirs, toute la kyrielle de personnes auxquelles, enfant, nous avons reconnu et attribué ce que nous désignons ici par le terme d'autorité. Il s'agit donc avant tout d'une attribution d'une autorité, et des rapports à l'autorité, rapports qui vont se présenter à la conscience de nos souvenirs sous les représentations de scènes concrètes engageant ces personnes, réunies à l'intérieur d'un personnage interne que nous évoquons quand nous parlons de père et de paternel. Ces personnes auxquelles nous conférons une autorité, sont généralement désignées ainsi, choisies, du fait de leurs fonctions ; mais elles doivent aussi avoir les qualités en mesure de susciter ce transfert, et être aptes à supporter le transfert d'autorité, transfert essentiel pour tout devenir, pour toute croissance, transfert réunissant les qualités signalées plus haut, l'aspiration au devenir et la potentialité originaire, transfert permettant que le

procès de l'après-coup se déroule de façon optimale.

Une question se pose ici ; peut-on isoler la notion de père de celle de mère, et donc de celle de parents, mais aussi par voie de conséquence de celle d'enfant. D'un point de vue psychanalytique, ces mots, père, mère, parent, enfant, doivent être entendus ; ils désignent tout à la fois :

- des représentations de personnes réelles ayant une fonction émanant de leur vie mentale, vis-à-vis de la mise en place et du déploiement de la vie psychique de leur enfant;
- des personnages internes donnant lieu à des complexes de représentations (le complexe paternel) et ayant fonction d'imagos identificatoires ;
- des processus avec leurs opérations fondant la pensée humaine, c'est-à-dire cet ensemble constitué de contenus et de qualités que sont les sensations, les sentiments, les affects. Le jeu de la bobine implique un tel père-processus;
- enfin un impératif à ce que ce procès de mentalisation se réalise selon un modèle idéal, jusqu'à son aboutissement accompli, asymptotique.

Les opérations désignées par les termes de père et de mère sont évidemment liées, nous l'avons déjà souligné, ce lien étant sous-entendu dans le mot parent, lien conjuguant père et mère sur un mode désexualisé. Ainsi l'entité parent contre-investit-elle la scène primitive des « parents combinés », la bête à deux dos pulsionnelle. Dans cette lignée, le terme « enfant » est le produit, le rejeton, le résultat du travail psychique impliquant père et mère au sein de cette combinatoire parents.

Les processus « parents » se conjuguent donc dans la réalisation du procès de l'après-coup. Si le père est le garant de son aboutissement, la mère en assure l'amorce. Elle veille à ce que le mouvement régressif ait lieu, que le en-deux temps se déploie. Elles invitent les enfants à ne pas s'exciter au-delà de ce qu'elle juge dangereux, et les accompagne dans l'endormissement. Elle leur transmet le message selon lequel il est dangereux pour eux de ne pas suivre la voie régressive du sommeil rêve, et en même temps qu'elle veille à ce que cette régression se fasse dans un espace de mentalisation restant en contact par le biais de représentations, avec le monde extérieur. Elle les invite à cultiver leurs jardins internes, leurs fors intérieurs. Elle les ouvre à la culture. Ainsi a-t-elle à cœur que l'enfant s'éveille afin de construire en lui les matériaux dont il a besoin pour réaliser son travail psychique nocturne, son élaboration de sa pulsionnalité. Elle transmet donc l'oscillation constitutive du procès de l'après-coup. Dès la naissance, elle invite l'enfant à faire des allers-retours entre régression et progression ; pour cela elle offre à l'enfant ses propres capacités régressives qui atteignent des niveaux qui lui seraient inaccessible en dehors de sa fonction maternelle. La mère se dévêt de son dégoût et de sa pudeur dans ce don régressif qui la définit. Elle implique ainsi son masochisme au-delà de ce que sa vie de femme exige d'elle.

Ce faisant, elle se conjugue à la fonction paternelle, au père qui exige que ce procès s'établisse en dehors de la présence maternelle, que l'enfant se l'approprie, et qu'il aboutisse à l'instauration de l'objectalité, étayée sur la résolution du complexe d'Œdipe. Le père confronte donc l'enfant à la situation du manque par le biais de l'exclusion. En réinvestissant érotiquement le père, la mère introduit la fonction paternelle, qui exige que l'enfant se

construise en son absence ; qu'il construise ses autoérotismes au contact de cette exclusion de la scène primitive.

C'est dans ce rapport d'exclusion centré peu ou prou sur la vie érotique des ex-parents que va se déployer la fonction paternelle. Le père exige la mise en place des opérations psychiques aptes à traiter le manque qu'il fait ressentir. Mais, ce qui est décisif dans cette exigence, c'est que le père mette l'enfant en position d'exclu, depuis sa place très singulière, celle de tiers exclu. Si nous voulons être plus précis, c'est en tant qu'amant de la mère qu'il transmet l'impératif de résolution. Le désir érotique de la mère, se trouve être le maillon désignant le père, du fait qu'il est déjà exclu de la fonction maternelle, et que l'enfant le ressent comme annonciateur de l'absence de sa mère. D'où la désignation de l'amant de la mère en tant qu'objet tiers exclu, ce dernier se retrouvant éclairé par les feux du désir de la femme ex-mère.

Ainsi, en même temps que le désir exclu de la mère entre en scène et exclut l'enfant, le désir de l'amant et son pouvoir attracteur sur le désir de la mère prennent toute leur puissance pulsionnelle, d'où l'appel à la fonction paternelle pour traiter ce ressenti du manque lié à la situation d'exclusion. Le père est donc bien le tiers exclu qui exclut l'enfant, mais progressivement et en veillant à lui donner, au préalable, par la mère, les moyens de construire ses propres opérations mentales, ses auto-érotismes et sa sensualité.

Cette scène de double exclusion renversée, transmet un message sur la visée de cette construction, l'accès à un fonctionnement objectal incluant l'opération du deuil. Cette exclusion va solliciter l'ambivalence la plus fondamentale qui soit, entre faire le deuil des apports de la mère au profit de sa propre construction, et éliminer cette exigence. L'exclusion est donc tout autant le nid du

devenir que celui du meurtre. Entre les deux, il n'y a qu'un pas, mais leurs conséquences respectives sont radicalement opposées ; l'une se fait sous l'égide d'un paternel intériorisé, l'autre selon le meurtre du paternel.

Lors de cette conférence, un moment clinique a été rapporté, d'une situation d'achoppement de la réalisation de ce processus, dans laquelle la référence à la notion de père se faisait directement dans le matériel manifeste, du fait même de cet achoppement. Pour des raisons de confidentialité, il ne peut être reproduit ici. Si c'est cet achoppement qui a fait choisir cette séance d'analyse, toute autre séance aurait pu servir d'illustration. En effet, la fonction paternelle est idéalement impliquée dans la réalisation du travail psychique de séance. Elle est agie par ce travail même, de façon inapparente, le travail lui-même étant la preuve de l'efficacité de l'impératif paternel. Se saisit alors aisément l'ambivalence envers le principe paternel, entre un engagement dans l'endeuillement œdipien, et le meurtre-éliminatoire de cet impératif de résolution.

Bien sûr, toute séance est à situer sur le fond d'un transfert d'autorité, dont est investi l'analyste, avec l'espoir implicite partagé d'arriver par ce biais, à restaurer le procès d'après-coup là où tel patient en est privé, et est contraint à trouver d'autres voies, symptomatiques, pour répondre à la régressivité pulsionnelle. C'est sur ce fond de transfert d'autorité que pourront se transférer les divers achoppements identificatoires, avec l'espoir ambivalent de les modifier.

En conclusion, le paternel se définit d'un impératif à réaliser le procès de l'après-coup, et d'un modèle de fonctionnement psychique doublement oscillatoire, entre la nuit et le jour, et de

jour, entre le pôle de la culture groupale et celui de l'érotique intime. Le paternel n'est pas seulement un impératif de désexualisation au service de la culture, il est aussi un impératif de résolution pro-érotique. Il se fait tour à tour, *appel aux sens* et *appel au sens*.

Les relations précoces avec le père

Auteur(s) : Christian Gérard

Mots clés : états-limite - inhibition - moi (éveil). - Œdipe (complexe d'-) - père (identification au -) - père (primaire) - père-enfant (liens précoces) - pulsion/pulsions - symbolisation - transfert

Le Congrès des Psychanalystes de Langue Française de 2012 nous avait rappelé que le complexe d'Œdipe fut une des grandes découvertes de la pensée freudienne, inscrite dans l'histoire humaine par l'universalité du mythe grec d'Œdipe, au-delà de l'histoire du sujet. L'un des traits de génie de Freud fut d'articuler la structure triangulaire familiale dans laquelle le père est à la fois un rival et un objet désiré, avec l'universalité de la loi du tabou de l'inceste en référence au meurtre du père de la horde primitive. La triangulation de l'Œdipe n'était donc pas qu'une histoire familiale.

Le congrès de 2013 sur le paternel nous a amené à d'autres

interrogations. Avant l'accès à cette conflictualité œdipienne, qu'en est-il des premières relations de l'enfant avec ses deux parents ? La mère bien sûr mais aussi le père. Dans cette perspective, le début de la vie psychique peut-il se penser en termes de triangulations précoces s'organisant avec la mère et le père ? Les premiers liens mère-enfant ont été beaucoup étudiés. Qu'en est-il des relations avec le père à la même période de vie de l'enfant ?

Si l'importance du père de la horde et son héritage phylogénétique sont des acquis de la théorie psychanalytique, la question reste posée de ce même point de vue sur l'implication du père réel de la vie quotidienne auprès de l'enfant.

Il est vrai qu'on fait peu référence à des textes freudiens sur le thème des deux parents et particulièrement du père auprès de l'enfant au début de sa vie. Je vais en évoquer trois.

Le premier est la lettre à Fliess du 6-4-1897 dans laquelle il évoque le vécu des très jeunes enfants quant à la scène primitive : « Je veux parler des fantaisies hystériques, qui remontent régulièrement, comme je le constate, aux choses que les enfants ont entendues très tôt et comprises seulement après-coup. L'âge auquel ils ont reçu un tel message est tout à fait étonnant, dès 6 ou 7 mois ! » Cette citation est intéressante car on y retrouve à la fois la préoccupation pour ne pas dire l'acharnement qu'aura Freud à retrouver la réalité de la scène primitive dans l'histoire de l'Homme aux loups, mais aussi la certitude qu'aura Mélanie Klein dans sa théorie, de la perception très tôt par l'enfant de la sexualité de ses parents, à l'époque indiquée par Freud.

Le second extrait se trouve dans *L'interprétation du rêve* (1900)

où il soulignait l'importance de la question paternelle. En parlant des patients susceptibles de mettre en doute certaines interprétations au cours de la cure analytique, Freud précisait : « Je m'attends bien à ce que ce genre d'accueil me soit réservé lorsque je mets à découvert le rôle insoupçonné que joue le père chez les malades du sexe féminin dans les motions sexuelles les plus précoces...Je pense pour confirmer cela à tel ou tel exemple où la mort du père s'était produite à un âge très précoce de l'enfant, et où des incidents ultérieurs, inexplicables autrement, démontraient que l'enfant avait bel et bien inconsciemment conservé des souvenirs de la personne qui lui avait été si précocement ravie. » J'ajouterais pour ma part, l'intérêt que joue le père aussi pour les patients de sexe masculin.

Le troisième texte de Freud (1932) se trouve dans la 35ème Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, *D'une vision du monde*. A propos de l'état de détresse infantile, il parle de la protection apportée par le père et précise « *plus exactement, sans doute l'instance parentale composée du père et de la mère* » (comme dans « Le moi et le ça », à propos de l'identification au père de la préhistoire personnelle, il avait apporté la précision « *Peut-être serait-il plus prudent de dire : avec les parents* »). Il souligne alors que l'être humain se sait en possession de forces plus grandes que dans son enfance mais aussi qu'il est resté tout autant en « désaide » et privé de protection qu'à cette époque ; « que face au monde, il est toujours un enfant ». Reconnaisant maintenant, poursuit Freud, que son père est un être « étroitement limité dans sa puissance et nullement pourvu de tous les mérites... il remonte à l'image mnésique du père de l'époque enfantine, tellement surestimé par lui ; il élève celle-ci au rang de divinité et lui fait prendre place dans le présent et dans la réalité.

»

Il est intéressant de souligner que dans ce texte, Freud fait référence à la détresse infantile de l'enfant et au lien avec le père à cette époque de la vie. De même dans ce texte, il est fait allusion à un père surestimé, idéalisé dont on peut penser qu'il serait pour l'enfant, en lien avec un père tout puissant hérité du passé phylogénétique. Ainsi, le père tout-puissant et son héritage archaïque seraient en lien profond avec le père de la détresse infantile, celui de la toute petite enfance qui dans le meilleur des cas perdurera toute la vie, sous d'autres formes au gré des rencontres avec d'autres hommes et continuera à accompagner le sujet. Ce lien entre le père de l'héritage archaïque et le père de la quotidienneté confirme bien évidemment la différence fondamentale, structurale avec la mère, tout en prenant en compte les liens précoces du père et de l'enfant.

Cela valide, lorsqu'on pense le père du début de la vie psychique, la nécessaire intégration, prise en compte d'un père tyrannique des temps originaires issu de la phylogénèse tel que Freud l'a défini, s'organisant dans le psychisme du sujet avec un père « ontogénique » dont une des origines se situe dans la réalité, « le père de la quotidienneté ». C'est ce dernier que j'ai appelé par ailleurs de manière un peu caricaturale *Le père primaire* (Gérard, 2004). Il nous paraît important de mettre en relief ce père du quotidien qui vit avec l'enfant car d'une manière générale, la question du père en psychanalyse est abordée dans la suite des travaux de Freud dans *Totem et tabou*, où le père est considéré principalement d'un point de vue phylogénétique, le meurtre du père de la horde primitive s'y déclinant alors en une culpabilité dont un des termes allait devenir sous la plume de Freud

L'identification au père de la préhistoire personnelle et par ailleurs le surmoi ; cela amenant à considérer le père principalement d'un point de vue symbolique.

Cette question du père du début de la vie psychique a été abordée par plusieurs auteurs postfreudiens, évidemment chacun à leur manière.

- On peut ainsi citer Mélanie Klein (1928) et sa conception de l'OEdipe précoce, complété par ce qu'elle en dit à la fin de son oeuvre en 1945 lorsqu'elle évoque dans une note de son article *Le complexe d'OEdipe éclairé par les angoisses précoces* : « En m'attardant sur la relation fondamentale du petit enfant au sein maternel et au pénis paternel, et sur les situations d'angoisse et les défenses qui en parviennent, je ne pense pas seulement à des objets partiels. En fait ces objets sont associés dès le début dans la pensée de l'enfant, à sa mère, et à son père. Les expériences quotidiennes avec les parents, la constitution de la relation inconsciente avec eux en tant qu'objets internes, viennent s'ajouter à ces objets partiels primitifs et accroître leur relief dans l'inconscient de l'enfant ». C'est un point de vue intéressant puisque Mélanie Klein dans cette citation prend en compte non seulement la fantasmagorie inconsciente de l'enfant, mais aussi son vécu dans la réalité.

- Jacques Lacan (1958) particulièrement dans son séminaire *Les formations de l'inconscient* dans les trois chapitres : *La forclusion du nom du père*, *La métaphore paternelle*, *Les trois temps de l'OEdipe*. Je voudrais souligner à propos de cet auteur que, si on a put lui faire le reproche d'une théorie trop centrée sur la symbolique paternelle, on peut noter la position originale pour l'époque qu'il a par rapport à ce qu'il appelle la symbolisation

primordiale entre la mère et l'enfant et qui me parait proche de la symbolisation primaire telle qu'on en parle aujourd'hui : « ...même si elle est un être mal adapté à ce monde de symbole ou qui en a refusé certains éléments, cette symbolisation primordiale ouvre tout de même à l'enfant la dimension de ce que la mère peut désirer d'autre, comme on dit sur le plan imaginaire. C'est ainsi que le désir de l'Autre fait son entrée...de façon concrète... ». N'est-ce pas là une formulation proche de « la censure de l'amante » que je vais évoquer en parlant de Michel Fain ?

- Claude Le Guen (1975) et sa conception du « non-mère » : Cet auteur s'est intéressé lui aussi aux relations originaires de l'enfant particulièrement sous l'angle du développement du moi, ce qu'il appelle « l'éveil du moi ». Pour Le Guen, le moi de l'enfant existe et se constitue en même temps que l'objet, le témoin de cette étape du développement en seraient les conditions du déclenchement de l'angoisse à la vue de l'étranger. Cela se situerait entre six et neuf mois à l'âge de la survenue de « la peur de l'étranger ». La mère est désignée comme l'objet reconnu en tant que tel et pouvant donc être perdue. L'étranger troisième personnage est celui qui vient désigner cette perte sans être lui-même investi comme objet précise l'auteur. Il signifie la perte de la mère et est la marque de son interdit. Le Guen le nomme *non-mère*, pure négativité souligne-t-il n'existant que par la non-existence de la mère.

L'auteur : « ...propose de considérer cette situation, telle qu'elle est postulée par la peur de l'étranger, comme étant l'expression d'un modèle structurant et organisateur celui du complexe d'Œdipe originaire. » Ce non-mère permettra d'étayer l'imgo du père.

- Piera Aulagnier. Dans son livre *La violence de l'interprétation* (1975), sa théorisation l'amène à considérer que : « le plaisir du corps de l'enfant apprend à découvrir un *autre-sans-sein* mais qui peut néanmoins se révéler pour l'ensemble de ses zones fonctions érogènes source de plaisir, devenir une présence qu'on désire, même si elle est souvent la présence qui dérange. L'entrée du père sur la scène psychique obéit à la condition universelle réglant cet accès pour tout objet : être source d'une expérience de plaisir qui en fait pour la psyché un objet d'investissement. »

- Michel Fain et son texte sur *La censure de l'amante* parle du désir paternel ressenti *d'emblée*, ce qui nous paraît bien rendre compte d'un père réel, important dans sa rencontre précoce avec l'enfant : « ...la mère redevenant femme rompt l'identification primaire, et libère de ce fait les potentialités instinctuelles du ça de l'enfant. C'est ce qui m'a amené à parler de la censure de l'amante s'exerçant d'emblée sur ces potentialités susceptibles de gêner le désir paternel. Ainsi, dans de bonnes conditions, le ça de l'enfant se trouve précocement confronté au désir paternel. » Il me paraît important de souligner que dans cette citation, Michel Fain parle du désir paternel pouvant être ressenti directement par l'enfant ; désir à son égard et désir pour la mère. Il perçoit donc dès cette époque la différence qualitative des désirs de ses deux parents.

- Jean-Luc Donnet qui dans son travail sur l'identification primaire considère que celle-ci « ... désignerait, au sein des liens primitifs de la symbiose, un pôle « anti-çaïque », présexuel, présymbolique ». Il évoque aussi le caractère anaclitique du lien au père dans le texte de Freud *Pour introduire le narcissisme*, considérant que : « le père a toujours été déjà là, et s'il vient « en second », c'est

toujours dans une temporalité de l'après-coup ».

Cette rapide revue de textes de Freud et d'auteurs postfreudiens montre que ce père du début est évoqué dans plusieurs travaux non négligeables. Mais force nous est d'observer qu'on n'y fait que peu référence. Peut-être parce qu'une telle approche remettrait en question (ce qui n'est pas le cas) la dyade mère-enfant qui est à la base de bien des théories psychanalytiques ?

C'est dans cette perspective d'une approche plus systématisée des relations entre le père et l'enfant au début de la vie psychique, que je situerai mon propos. Avec cette précision que cet accent mis sur ces liens précoces n'écarte en rien la prévalence des relations avec la mère, que le principe général de la triangulation apportée par les deux parents auprès de l'enfant.

De même, cette idée ne remet pas en question le principe général d'un père de la prématurité qui incarnerait dès le début l'ambivalence inhérente au complexe paternel, ce que la névrose de contrainte met caricaturalement en relief : « le père impitoyable et le père adulé ». Rappelons que Freud, reprenant les travaux d'Abraham, relie l'apparition des premières marques de l'ambivalence de l'identification primaire au stade sadique-oral. C'est cette phase de l'incorporation orale que Freud met étroitement en lien avec l'identification primaire. Cela souligné pour préciser une nouvelle fois la différence entre la relation père-enfant et mère-enfant ; d'emblée, nous ne sommes pas dans le même registre, mère et père sont différenciés.

Ce que Freud (1921) développera dans le chapitre sur l'identification dans *Psychologie des masses et analyse du moi*, apportant des éléments essentiels. L'identification au père

évoquée dans un registre oedipien l'est aussi « dès le début » : « L'identification est au demeurant ambivalente dès le début, elle peut tout aussi bien se tourner vers l'expression de la tendresse que vers le souhait de l'élimination. Elle se comporte comme un rejeton de la première phase orale de l'organisation de la libido, dans laquelle on s'incorporait, par le fait de manger, l'objet désiré et prisé, et ce faisant on l'anéantissait en tant que tel. » Comme le disait Freud : « L'identification est la forme la plus précoce et la plus originelle de la liaison de sentiment », cela pouvant concerner la relation avec la mère, mais aussi celle avec le père au début de la vie.

Dans ces liens de la prématurité, l'identification primaire joue un rôle de premier plan et amène, comme nous l'avons souligné, la marque d'une ambivalence d'emblée présente dans la relation père-enfant. Cette caractéristique de la relation avec le père la différencie clairement de la relation primaire avec la mère. Mais si l'on prend en compte ce lien père-enfant à la même époque et ses effets sur la psyché, nous pouvons postuler que, sans remettre en question l'identification au père de la préhistoire personnelle telle que Freud (1923) la définit particulièrement dans *Le moi et le ça*, l'identification au père pourrait, elle aussi, être définie comme l'est l'identification primaire à la mère. Cette identification au père serait donc antérieure au choix d'objet, mais appartenant aussi à cette catégorie de lien primaire dans lequel « investissement d'objet et identification ne sont pas à distinguer l'un de l'autre » pour reprendre la formule de Freud dans *Le moi et le ça*.

On peut en effet penser, que la proximité avec le père inclut des vécus affectifs et sensoriels qui font trace dans le psychisme en

devenir de l'infans. Freud parle ainsi dans la citation déjà évoquée *D'une vision du monde* : « ...d'image mnésique du père de l'époque infantine. »

Cette conception des relations avec le père est cohérente avec un point de vue économique considérant que le narcissisme le plus précoce n'exclut pas la possibilité des investissements d'objet, comme cela est possible dans la relation avec la mère.

De même, cette idée d'un père perçu dès le début par l'enfant n'est pas en contradiction avec le principe d'une dualité mère-enfant parfois qualifiée de symbiose primaire ou de dyade. On peut en effet considérer que dans les stades du début du développement psychique, les objets mère et père sont différenciés dans la réalité « au-dehors », ce que le moi du sujet ne peut encore percevoir comme tel du fait de sa maturation en cours. Ils ne sont donc pas nécessairement différenciés au niveau du psychisme du sujet « au-dedans », ce n'est qu'ultérieurement que se différencieront les imagos. A ce stade, il ne s'agit que de traces qui n'ouvriront sur une différenciation interne qu'avec la construction progressive du moi.

L'enjeu est important si on accepte de considérer que le père de la quotidienneté, affectif et corporel, a un rôle dans l'apparition de ce pôle présexuel, présymbolique. L'affect est en effet essentiel dans ce temps mystérieux de l'aube de la vie psychique, ce dont rend bien compte la belle définition du pictogramme chez Piera Aulagnier (1975) « affect de la représentation et représentation de l'affect ».

Un point essentiel nous paraît être de considérer que si le sujet ne peut différencier les objets mère et père, il peut sans doute très

tôt percevoir la différence de leur pulsionnalité du fait de relations corporelles, sensorielles, psychiques différentes. C'est dans cette perspective que s'inscrirait la perception du père dès le début par l'infans, non pas reconnu comme tel, mais dans une différence, précurseur des premières triangulations. Cet investissement pulsionnalisé et différencié du sujet par chaque parent, rencontrant la propre pulsionnalité du sujet, lequel ferait preuve d'une réceptivité à la pulsionnalité des objets primaires, comme à la complexité de leurs modes de gestion de leurs mouvements pulsionnels, permettrait l'entrée dans le présymbolique et le présexuel. Ce père « du début » tel que nous le décrivons, incarné, sensoriel, est à différencier du père symbolique dont le rôle est principalement de trianguler la relation avec la mère sur le principe de la conflictualité œdipienne. Il est aussi à différencier du père de l'Œdipe précoce de Mélanie Klein car dans ma façon de voir les choses, l'infans perçoit la différence de pulsionnalité de ses deux parents avant de percevoir l'aspect sexuel et œdipien de leur lien. Ce père n'est pas non plus le « père dans la tête de la mère » qui est en fait un père œdipien, organisé à partir du complexe d'Œdipe de la mère. Ce n'est pas un rival de la mère, ni un substitut, ni un père mimant la mère dans un rôle maternant, il est identifié auprès de l'enfant par son investissement et sa propre pulsionnalité.

Comme on le voit, il y a plusieurs pères, celui du début de la vie de l'enfant que j'ai appelé « père primaire », le père symbolique qui triangule par principe et bien sûr dans la réalité, le père « dans la tête de la mère » qui lui permet bien évidemment d'assurer la loi et la triangulation en l'absence du père ou d'un de ses substituts.

Dans cette perspective, nous retrouvons les développements du rapport du Congrès de 2013 de Christian Delourmel sur ce qu'il appelle le couple inhibition/tiercésation. Je pense en effet que la relation avec ce père du début de la vie psychique conditionne l'élaboration des symbolisations primaires que je définis comme organisatrices du moi corporel, prises dans la relation affective avec l'objet, organisant les premières différenciations dedans/dehors, contenant/contenu, bon/mauvais. Ce qui permet alors la différenciation du moi-réel définitif à partir du moi-plaisir initial tel que Freud (1925) le définit dans *La négation*.

Ces symbolisations primaires permettront l'élaboration des premières triangulations. Dans ma façon de concevoir ces premiers temps de la vie psychique, une atteinte portée aux symbolisations primaires aurait pour conséquence une source de confusion au niveau du moi naissant (liée aux difficultés dans les différenciations contenant/contenu) empêchant alors cette « fin de la mobilité de la pulsion » dont parle Freud dans *Pulsions et destins des pulsions*. C'est dans ce manque que s'organiserait la pathologie des premières inhibitions avec des suites possibles sur les processus de refoulement, l'élaboration de la conflictualité œdipienne et les inhibitions secondaires. Dans ma conception de l'inhibition primaire (Gérard 2009), je suis proche à la fois de la conception de Freud (1895) dans *L'Esquisse d'une psychologie scientifique* où le moi se voit investi de la fonction d'inhiber les processus primaires, et en accord avec la dimension économique de limite du passage de quantité telle qu'elle sera développée dans la 2ème topique. Les liens entre l'inhibition et les processus primaires sont en effet évoqués par Freud dans *L'esquisse* dans ce qu'il appelle à cette époque « expérience de satisfaction ». Le moi se voit investi de la fonction d'inhiber les processus primaires

consistant en une libre circulation de l'excitation jusqu'à l'image. L'inhibition a ainsi très tôt une fonction essentielle, liée à l'état de détresse infantile, à l'« Hiflosigkeit », au plus proche de la naissance psychique. Il y a là une dimension économique de limite de passage de quantité dont on sait l'importance qu'elle aura dans la 2ème topique, prenant toute sa valeur dans les pathologies traumatiques, narcissiques et limites.

Mais la notion d'inhibition renvoie bien sûr aussi, à la conception freudienne de 1926 d'*Inhibition, symptôme et angoisse*, à une forme de renoncement mettant au premier plan une fonction du moi faisant l'économie d'un conflit ou évitant les conséquences des processus de refoulement, ce dont le patient état-limite serait privé, le laissant ainsi confronté à ses angoisses du fait de la difficulté, voire de l'impossibilité à constituer des symptômes. On rencontre ainsi chez ces patients des angoisses sans objet ou encore la difficulté de constituer des phobies dans l'enfance.

Cet évitement du refoulement amène à considérer ce qui se passe antérieurement à ce processus, et donc à s'interroger sur les relations possibles entre l'inhibition et l'intégration des premières expériences. Au-delà des relations de l'inhibition avec le moi, la question se poserait des liens entre l'inhibition et des mécanismes telle que l'identification primaire, donc bien avant la période œdipienne.

À l'inverse, pourront aussi se développer des formes d'excitation psychique retrouvées dans la pathologie de certains enfants en difficulté et des patients états-limite. En effet, les premiers freinages pulsionnels, ainsi que les prémices de la rencontre avec l'objet qui sera progressivement perçu et différencié, découlent de la qualité de ces premières inhibitions. On peut en effet imaginer

qu'une atteinte portée à ces éléments, laisse le sujet dans une forme d'excitation qui ne permet pas les différenciations les plus élémentaires ; cet ensemble conditionné par l'inhibition primaire peut être considéré comme un préalable à la mise en place du fantasme de scène primitive, dont on connaît l'importance pour le développement de la conflictualité œdipienne. Les troubles des premières différenciations moi-réel, moi-plaisir pourraient porter atteinte à l'instauration de ce fantasme originaire en empiétant sur la possibilité d'instaurer un fantasme de scène primitive *uniquement fantasmatique* (Gérard, 2010). Comme si une forme de doute s'instaurait, amenant le sujet à un accrochage dans le perceptif qui prendrait alors le pas sur l'endopsychique, pouvant perdurer tout au long de la vie comme dans le cas des patients états limite. C'est ce qui amènerait ces patients à toujours rechercher un contact perceptif avec l'analyste, rendant ainsi parfois difficile le passage au cadre classique divan-fauteuil ; la disparition de l'analyste du champ visuel du patient renvoyant sans doute ce dernier à des troubles des premières symbolisations telles que nous les avons définies.

Je reviens à la question des premières symbolisations. Leur qualité conditionne l'accès aux symbolisations secondaires. Ces dernières sont les symbolisations qui permettent l'entrée dans le monde secondarisé, et à l'enfant d'accéder aux apprentissages et à un monde fantasmatique nuancé et apaisé. En dernière extrémité, leur dysfonctionnement, leur manque jusqu'à la question de la forclusion conduit le sujet vers la psychose.

Mais cette question des symbolisations primaires et secondaires est à aborder de manière plus nuancée et plus compliquée car elle apparait fréquemment dans notre clinique sous des formes plus

discrètes. Sans doute tout d'abord dans la clinique des enfants dysmatures, hypermatures, ou plus encore dysharmoniques, dont le moi s'est développé de manière hétérogène donnant le sentiment d'un fonctionnement bancal. Ce sont des enfants qui présentent des résultats complexes, lorsqu'ils passent un bilan psychologique, les performances sont en décalage avec les aspects affectifs, émotionnels de la personnalité. Il s'agit là probablement du développement de symbolisations secondaires étayées par des symbolisations primaires constituées dans des conditions de début de vie difficiles pour l'enfant.

On retrouve ce type de difficultés chez les patients adultes souffrant de troubles narcissiques, ceux qu'on appelle les état-limite, pouvant par exemple présenter une réussite sociale importante avec parfois des postes de haute responsabilité et qui par ailleurs se retrouvent dans des situations personnelles, émotionnelles, compliquées et douloureuses, confrontés aussi à des angoisses souvent sans objet. On reconnaît là rapidement décrits, les patients rencontrés dans la clinique actuelle. Là encore, les aspects dysharmoniques de leur personnalité évoquent un développement dans lequel les aléas de l'organisation des premières symbolisations n'ont pas permis un développement harmonieux de la personnalité.

Cela permet de s'interroger sur le fait que les patients état-limite rencontrés dans la clinique adulte pourraient être les enfants dysharmoniques rencontrés dans les consultations pour enfant. Avec comme arguments que les uns comme les autres, outre les troubles des symbolisations primaires évoqués, présentent des carences des processus de refoulement, des difficultés d'entrée dans la conflictualité œdipienne, une qualité d'angoisse souvent

sans objet.

Bien sûr, il n'est pas nouveau de mettre ainsi l'accent sur la qualité des premières relations objectales dans les processus de symbolisation. Mais je voudrais aussi mettre en relief le rôle de ces symbolisations primordiales dans le deuil des objets primaires et dans les défenses maniaques. Peut-être devrions-nous parler plutôt de deuil des représentations des objets primaires, puisqu'au moment où ces questions se posent chez les patients adultes, ce sont des objets inconscients.

Mais l'important est que ces symbolisations primordiales ont une fonction essentielle dans la différenciation de l'objet et en conséquence sur l'individuation du sujet puisqu'elles permettent les premières différenciations contenant-contenu.

On peut aussi faire l'hypothèse que la persistance dans l'inconscient d'imagos indifférenciées est en lien avec cette pathologie du deuil primaire.

Si le père ne peut tenir une place suffisamment organisatrice d'une triangulation précoce de bonne qualité au début de la vie, il y aurait alors une atteinte portée aux premières symbolisations générant comme nous l'avons évoqué une forme de confusion au niveau du moi du fait des difficultés à différencier le contenant et le contenu. C'est dans ce manque que s'enracinerait la pathologie de l'inhibition, ce que nous avons retrouvé dans notre clinique lorsque le père reste mystérieusement endeuillé « depuis toujours. » Les identifications primaires dont il est porteur sont alors infiltrées par ses propres identifications dépressives, en fait le plus souvent mélancoliques dans les cas les plus graves. La confusion est une source d'inhibition. Un trouble des premières

inhibitions en serait la conséquence sur le modèle du couple inhibition-dépression du monde secondarisé.

Le cas de l'Homme aux loups va dans ce sens, évoquant un enfant confronté à un père déprimé, voire mélancolique. Ces identifications possibles à l'objet de l'objet ou aux identifications des parents, rendent compte d'une perspective transgénérationnelle et de transmission de troubles apparemment magiques pouvant sauter une ou plusieurs générations.

S'il est vrai que dans l'histoire de l'Homme aux loups tel que Freud l'évoque, le phylogénétique fut un recours pour lui lorsqu'il voulut prouver la pertinence de ses théories sur la scène originaire, l'exemple de ce célèbre patient de Freud renvoie aussi à l'importance du père de la réalité. On se souvient à ce propos que le père de Serguë fut un père très présent et très proche de son fils. Un « père primaire » pourrait-on dire, très attentif à tout ce qui concernait son fils précocement. On peut se rappeler aussi de la mère décrite implicitement comme un objet primaire carenciel.

Le cas de l'Homme aux loups me paraît illustrer de manière évidente le fait que les pathologies ne sont pas toujours en lien avec la relation maternelle précoce. On y retrouve une mère apparemment froide et un père mélancolique ou presque.

Incidences sur la clinique. Un des intérêts de suivre mon point de vue pourrait être de considérer qu'il ouvrirait sur la clinique. Je vais reprendre le 1er cas d'un des rapports du Congrès sur le Paternel, celui de Christian Delourmel, pour illustrer mon propos. L'hypothèse d'une différenciation de la pulsionnalité perçue précocement par le sujet dès le début de la vie psychique comme

je l'ai évoquée, permet de penser qu'elle se retrouverait dans la relation transférentielle de la cure psychanalytique. De la même manière qu'on peut parler d'un transfert paternel et d'un transfert maternel, il serait possible de considérer que les transferts archaïques rencontrés dans les traitements des patients état-limite et des enfants en grande difficulté ne sont pas indifférenciés : ils pourraient s'organiser dans un registre de transfert maternel primaire mais aussi dans un registre de transfert paternel primaire.

Dans son rapport, l'auteur nous parle d'un patient dont les difficultés ont commencé dès la toute petite enfance : énurésie, encoprésie, troubles du langage, anorexie, hypothèse d'une « capsule autistique », troubles s'étant ensuite développés tout au long de sa vie. L'absence de rêve et les activités débordantes amènent à s'interroger sur la qualité des inhibitions du début de la vie telles que je les ai évoquées et sur les premiers freinages pulsionnels. Un manque dans les premières triangulations aurait-il porté atteinte à l'organisation des symbolisations primordiales ? Le cocon, la capsule dans laquelle il se sent enfermé, renverraient-ils à un impossible deuil de l'objet primaire, un enfermement avec une imago indifférenciée jusqu'à la rencontre avec son analyste ? Pourrait-on entendre cette extraction de « la vieille carcasse de homard » comme un travail dans le registre d'une relation transférentielle paternelle telle que je viens de la définir, permettant ce deuil et une sortie de cette relation pathogène ? Les résultats de ce travail dans le contexte de ce transfert particulier ouvrent à la différenciation des imagos maternelle et paternelle. Ce qui est visible lorsque le patient évoque : « Mon père, transparent, collé, englobé à ma mère... » et qu'ensuite, après qu'ait pu être élaboré le fantasme de scène primitive, apparaît

clairement la représentation des deux parents. Un exemple d'interprétation illustrant cette hypothèse pourrait être ce que dit l'analyste lorsque le patient évoque une nouvelle fois la scène du déshabillage de la mère. L'auteur du rapport se souvient à ce moment d'une séance au cours de laquelle le patient avait parlé de son père réparant un mur et lui dit : « Vous aligniez vos formules de maths comme votre père montait des briques, pour mettre un mur entre votre mère et vous ? Pour qu'elle ne lise pas dans votre regard un désir de mâle ? Comme le mur de paroles que vous montez ici entre vous et moi ? » De notre point de vue l'analyste se place avec cette interprétation comme triangulant la relation mère-fils dans un transfert paternel primaire puisque l'interprétation de Delourmel à propos de ce mur de paroles monté entre le patient et lui, fait écho aux propos de Mr H qui disait qu'il « se sentait envahi par le corps de sa mère » quand il avait évoqué ce souvenir.

Par ailleurs, du point de vue de son contre-transfert, l'auteur du rapport ne se situe-t-il pas là encore dans une position paternelle telle que nous la définissons, lorsqu'il s'interroge sur le discours « mur du son - mur de sons » de son patient ayant eu « pour fonction d'assurer, dans la situation analytique, celle d'un mur-écran-bouclier opaque interne visant à le protéger d'une imago de mère phallique projetée sur l'analyste » ? Une triangulation précoce dans le transfert pourrait-on dire.

L'intérêt du repérage d'un transfert dont la qualité pourrait être qualifiée de paternel primaire est de permettre d'envisager une stratégie interprétative différente d'un registre de transfert archaïque de type maternel. Schématiquement, le premier se situerait dans un contexte triangulant et séparateur (c'est

l'exemple dans le cas du patient de Christian Delourmel) quand le second serait globalement plus contenant.

Pour terminer et pour résumer

J'ai souligné l'importance accordée au père de la préhistoire et particulièrement au père de la quotidienneté. Ce père de la réalité affective et corporelle de l'enfant m'apparaît en effet important à prendre en compte dans sa contribution à l'élaboration des symbolisations primaires, des triangulations précoces, des premiers freinages pulsionnels et de l'élaboration des prémices du fantasme de scène originaire. Dans cette perspective, la perception par l'enfant dès le début de la vie psychique, de la différence de la pulsionnalité maternelle et paternelle, me semble un élément essentiel de la discussion. L'hypothèse d'une différenciation des transferts archaïques en transfert maternel primaire et paternel primaire en découlerait. Sa reconnaissance par l'analyste peut permettre une ouverture dans la cure analytique des patients états limite et des enfants en grande difficulté, pour lesquels les analystes sont parfois démunis, confrontés au caractère désorganisé et désorganisant de certains transferts archaïques, précœdipiens.

Conférences d'introduction à la psychanalyse,
13 Février 2014

Références bibliographiques

Aulagnier P. (1975), *La violence de l'interprétation*, PUF.

Delourmel C., 2013, *De la fonction du père au principe paternel*, Revue Française de Psychanalyse, t. LXXVII, spécial congrès.

- Donnet J.L., 1995, *Surmoi I*, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, PUF.
- Fain M., 1971, *Prélude à la vie fantasmatique*, RFP, vol. 35, n° 2-3.
- Freud S., 1897, *Lettre à Fliess 123 - 6avril 1896*, PUF, 2006.
- Freud S. (1921), Psychologie des masses et analyse du moi, *OCF*, XVI, Paris, Puf,
- Freud S. (1923), Le Moi et le Ça, *OCF*, XVI, Paris, Puf.
- Freud S. (1925), La négation, *OCF*, XVII, Paris, Puf.
- Freud S. (1932), *D'une vision du monde*, 35ème Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, *OCF* t. XIX, p. 247, Paris, Puf.
- Gérard C. (2004), *Le père, un objet primaire*, Revue Française de Psychanalyse, vol. 68, n° 5 spécial congrès.
- Gérard C. (2009), *L'inhibition et ses liens avec le père primaire*, Revue française de psychanalyse, vol.73, n°2, pp 369-385.
- Gérard C. (2010), *Les triangulations précoces, un préalable à la scène primitive*, Revue Française de Psychanalyse, t. LXXIV, n° 4.
- Klein M., 1945, *Le complexe d'Œdipe éclairé par les angoisses précoces*, in Essais de psychanalyse, Payot, 1968
- Lacan J., 1958, *Les trois temps de l'Œdipe*, in Le Séminaire livre IV, Les formations de l'inconscient, Seuil.
-

Autismes infantiles

Auteur(s) : Denys Ribas

Mots clés : agonie/agonie primitive - Asperger (Hans) - autisme - autisme (et parents) - autisme (histoire) - autisme (traitements psychanalytiques) - Bettelheim (Bruno) - démantèlement psychique - identification (adhésive) - Kanner (Leo) - Meltzer (Donald) - psychose (symbiotique) - Tustin (Frances)

Actualisation : décembre 2014

- **Histoire des idées**
- **Réflexions psychanalytiques**
- **Conclusion**
- **Bibliographie**

Histoire des idées

L'autisme infantile, dont la description inaugurale par Kanner en 1942 définit un trouble affectif de la communication et de la relation tout en soulignant la conservation de l'intelligence, a été l'objet de controverses passionnées au sujet, principalement, de son origine et de son traitement. Ce syndrome est caractérisé par le besoin d'immuabilité *sameness* et d'isolement *aloneness* de l'enfant dont la remise en cause déclenche des terreurs. C'est pour Kanner un trouble inné, ce qui innocent les parents de toute responsabilité relationnelle dans sa survenue, mais les implique par la transmission génétique possible. Kanner, psychiatre non psychanalyste, décrit des parents remarquablement peu aimants, intellectuels, rigides et froids, au delà de la présence éventuelle de traits de caractères autistiques. Dès la découverte de l'autisme, avant toute perspective psychanalytique, un regard ambivalent et contradictoire est porté sur les parents.

On peut penser aujourd'hui que les enfants vus par Kanner, amenés par des parents dont l'un était médecin, psychiatre ou psychologue dans la moitié des cas, formaient un échantillon biaisé. D'une part par les performances exceptionnelles des enfants, en particulier sur le plan de la mémoire, ce qui avait alerté leurs parents sur l'inadéquation d'un diagnostic d'encéphalopathie, et d'autre part par la propension des parents à

en faire des cas à observer scientifiquement, ce qui rend peut-être compte de leurs caractéristiques personnelles particulières. Nous ne les retrouvons pas chez les parents qui nous amènent aujourd'hui leurs enfants.

Au même moment, en Autriche, et la guerre ne leur permettant pas d'être au courant de leurs travaux respectifs, Hans Asperger décrivait « les psychopathes autistiques pendant l'enfance » caractérisés par leur maladresse, des traits de caractère et des bizarreries qui se retrouvent pour lui « du débile au génie ». Si aujourd'hui le syndrome qui porte son nom caractérise dans les classifications internationales des autistes de hauts niveaux intellectuels, sa description originale est très proche des descriptions de Kanner. Asperger est convaincu d'une origine organique de l'autisme, et lui aussi décrit des parents particuliers, originaux, présentant à ses yeux certains traits autistiques, ce qui confirme ses vues sur l'hérédité de la maladie.

Les contributions des psychanalystes

Margareth Mahler opposa l'autisme infantile, caractérisé selon elle par une hallucination négative de la réalité, à la *psychose symbiotique* qui maintient un lien délirant à une mère archaïque, projetée sur tous les objets.

La tentative thérapeutique de Bettelheim, plus issue de son expérience concentrationnaire que de la psychanalyse, a cependant été assimilée aux USA à une position psychanalytique. Frappé par les réactions de repli total de certains déportés devant un environnement radicalement désespérant, Bettelheim fit le lien avec le repli autistique et choisit de tenter de guérir l'autisme par l'instauration - assez radicale - d'un environnement devant

restaurer la confiance. Pour ce faire il se substitua aux parents en accueillant à temps complet des adolescents dans son « école orthogénique ». S'il écrit qu'il considère que ce ne sont pas les parents qui ont créé l'autisme, mais qu'ils ont échoués à le guérir, il semble cependant avoir eu un préjugé négatif sur leur responsabilité involontaire ce qui a marqué durablement l'évolution des idées.

Les apports post-kleiniens

Mélanie Klein a soigné Dick de 1929 à 1946, aujourd'hui considéré comme autiste, en identifiant ses particularités et en soulignant que son développement semblait plus arrêté qu'ayant régressé à un point de fixation comme posant des problèmes spécifiques.

Il appartiendra aux psychanalystes post-kleiniens de décrire un fonctionnement psychique original à l'autisme infantile. Dans la filiation de Bion, Frances Tustin et Donald Meltzer ont proposé une compréhension qui se démarque des postulats kleiniens en décrivant un état antérieur à l'individualisation d'un self ayant constitué une séparation d'avec les objets, et une relation préalable à l'identification projective, l'identification adhésive (Meltzer).

Pour Tustin, une séparation mère-enfant, une perte du sein alors que l'enfant n'a pas encore constitué la différenciation dedans/dehors est vécue comme un arrachement de la bouche avec le mamelon qui provoque une perte du sentiment d'existence trouvé dans le contact, un « trou noir », vécu d'annihilation, d'« agonie primitive » pour reprendre l'expression de Winnicott.

Pour Meltzer, le monde autistique est caractérisé par la bi-dimensionnalité, qui ne permet que des relations adhésives, et une temporalité circulaire qui rend compte des stéréotypies. Ni le self ni l'objet n'ont de compartiments internes pouvant contenir des objets avec lesquels pourrait s'exercer l'identification projective, premier mode d'échange véritable.

Tustin décrit le recours aux « objets autistiques » - objets fétiches durs - et aux « formes autistiques », accrochages à des sensations internes ou à des stimulations sensorielles comme garants d'un sentiment d'existence.

Meltzer décrit quant à lui le « démantèlement » psychique comme forme de refuge dans un clivage passif de l'ébauche du self selon les axes sensoriels. Les conséquences en sont dramatiques car pour lui, « le temps passé dans l'autisme est perdu pour la maturation ».

En France, Geneviève Haag, a souligné l'importance des clivages des parties gauche et droite du corps, ce que l'on peut rapporter à l'absence de la dimension externe de la projection, ainsi que l'existence de mouvements maniaques ou pervers prolongés dans la sortie de l'autisme. Plus récemment elle a décrit des étapes de la formation du moi et de l'investissement dans des mouvements en boucles vers l'objet. Les psychanalystes explorent la nature des angoisses autistiques, si intenses. Didier Houzel met ainsi l'accent sur les « angoisses de précipitation » dans l'autisme. J'ai pour ma part relié le démantèlement et l'identification adhésive de Meltzer respectivement à la pulsion de mort et à la libido dans un état de désintrinsication pulsionnelle extrême, et souligné l'absence de projection comme différenciant l'autisme de la psychose.

Les théorisations lacaniennes

Elles ont eu l'intérêt de souligner la difficulté d'assumer une position de sujet. Mais en posant la question pertinente de l'apport de la psyché des parents à la construction symbolique de l'enfant, en supposant l'échec d'un circuit pulsionnel passant par l'objet, elles exposent d'une part à plus décrire ce qui est en défaut pour se construire que ce qui permet au patient de rester vivant et, d'autre part, centrent l'attention du psychothérapeute sur la psyché maternelle.

Les conceptions "éducatives"

Eric Schopler a proposé de comprendre l'autisme comme un handicap définitif en partie éducable par une méthode comportementale, dont il faut souligner qu'elle se devrait d'être non violente et d'intégrer des apports pédagogiques, considérant qu'il n'y a ni défense ni refus, mais une incapacité de l'enfant. Sa position s'inscrit donc en réaction à celle de Bettelheim, avec lequel il avait travaillé. De même vis à vis des parents qui ne sont pas tenus à l'écart de la thérapeutique mais associés aux rééducations. Cependant, la situation économique de la santé aux USA, ne permettant pas de prise en charge de soins par la collectivité, l'a incité à présenter son projet comme donnant accès à une éducation à des handicapés, ce qui lui a permis d'obtenir des financements fédéraux au titre de l'instruction. En traversant l'Atlantique, cette présentation a entraîné une grande confusion des débats, alimentant des positions antipsychiatriques de certaines associations de parents. Celles-ci, légitimement indignées de l'abandon de cas lourds à leurs familles par le système de soin psychiatrique français ont revendiqué le statut de handicapés pour leurs enfants, alimentant une confusion des

causes et des conséquences assez dommageable, surtout dans la mesure où en France la situation est inverse de celle des USA et le soin mieux doté financièrement que l'éducation spécialisée.

Les théorisations cognitives

Une heureuse évolution du comportementalisme, impuissant à résumer l'être humain à son comportement en termes d' « input » et d' « output », a amené ce courant qui postule une origine organique fixée à faire des hypothèses sur le fonctionnement psychique, réduit cependant à sa dimension cognitive.

Uta Frith postule ainsi dans l'autisme des dysfonctionnements cérébraux portant sur des structures complexes qui ne se révèlent de ce fait que dans un second temps du développement. Elle en conclut, hélas et il faut le contester vigoureusement, à l'impossibilité d'un dépistage précoce et à l'inutilité de toute thérapeutique. Ses descriptions sont en revanche intéressantes, mettant l'accent sur un déficit de la "théorie de l'esprit", c'est-à-dire sur l'incapacité de percevoir l'esprit d'autrui comme distinct du sien. En résulteraient une incapacité au mensonge et au jeu, une naïveté désarmante et une impossibilité à comprendre les règles du jeu social.

Convergences

Il est remarquable que les recherches psychanalytiques et les recherches cognitives, en des langages différents, convergent pour constater la non constitution d'une séparation entre le dedans et le dehors. De même le démantèlement des psychanalystes rencontre une difficulté à la synthèse et une tendance à la fragmentation observées par les cognitivistes. Et

l'adhésivité de Meltzer rejoint la littéralité décrite par Frith.

Des états autistiques existent chez des enfants atteints d'anomalies génétiques ou de problèmes neurologiques.

Un certain nombre de syndromes génétiques ont été identifiés qui s'accompagnent parfois d'autisme (X fragile), ou passent par un temps d'évolution d'aspect autistique (Syndrome de Willy Prader, Microdélétion 22qn, Syndrome de Rett et d'Angelman...).

Enfin, des enfants aux difficultés cérébrales liées à une grande prématurité, à des traumatismes obsétricaux, à des défaillances sensorielles ou à des épilepsies subchroniques présentent aussi des états autistiques.

Les choses ont bien changé depuis l'époque où soins psychiques et diagnostics génétiques semblaient s'exclurent.

Il faut aujourd'hui conseiller une consultation de génétique pédiatrique à tout enfant présentant un retard massif de son développement psychique pour qu'une éventuelle altération génétique soit identifiée. En effet, si l'enfant - pour le moment - ne bénéficie pas encore d'un traitement, il est important que les membres de la famille susceptibles d'avoir un enfant atteint en soient informés, certains syndromes étant transmissibles.

Les recherches sur la neurochimie cérébrale

De multiples recherches sur la neurochimie cérébrale sont menées dans le monde, ainsi l'hypothèse d'une intoxication interne aux endorphines a été envisagée, sans que les traitements proposés soient décisifs. Ceci peut se relier aux effets « auto-calmants » que les stéréotypies semblent induire.

Les témoignages d'anciens autistes

Certains autistes compétents devenus adultes, comme Temple Grandin (Ma vie d'autiste), Donna Williams (Si on me touche, je n'existe plus), Sean Barron (Moi, l'enfant autiste), Birger Sellin (Une âme prisonnière), Daniel Tammet (Je suis né un jour bleu) ont écrit des témoignages passionnants sur leurs expériences. Ils nous montrent que leurs symptômes avaient bien un sens, comme le postulaient les psychanalystes. Mais pas forcément celui que nous aurions pensé ! Singularité de chaque expérience, enjeux portant plus sur l'existence et la solidité narcissique que sur des conflits pulsionnels libidinaux, particularités cognitives s'y révèlent.

Le retour des polémiques

On pouvait penser que les polémiques idéologiques s'apaiseraient pour laisser la place à des complémentarités d'approches, fort heureuses devant la gravité de la maladie et les carences actuelles des prises en charges qui laissent encore trop souvent les familles démunies.

Il n'en a rien été et, au contraire, le retour en vogue de *l'Applied Behavior Analysis* (ABA), qui n'exclut pas l'usage des punitions pour modifier non seulement le comportement mais la personnalité, a vu renaître des clivages idéologiques particulièrement dommageables. On s'interroge sur les enjeux économiques, idéologiques ou politiques qui accompagnent ou alimentent ces mouvements violents qui ne permettent plus le débat scientifique. Certaines associations de parents ne sont plus seulement opposées à une psychanalyse caricaturée mais également à toute référence psychiatrique dans le soin proposé.

La Haute Autorité de Santé française a ajouté en mars 2012 à la confusion en désavouant dans ses recommandations les approches psychanalytiques comme « n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité » tout en ne retenant comme critère que des observations comportementales à court terme.

Enfin l'évolution de la classification psychiatrique américaine, souvent influencée par l'industrie pharmaceutique, contribue elle aussi à la confusion en renversant les rapports d'inclusion de l'autisme et des psychoses. Autrefois forme grave de psychoses l'autisme en faisait partie de par la perte du contact avec la réalité. Aujourd'hui, les psychoses ont disparu du DSM5, et les patients eux sont classés dans des Troubles du spectre autistique de degré variable.

Réflexions psychanalytiques

Il semble que depuis son identification la problématique de l'autisme ait exacerbé les passions. Jacques Hochmann le démontre de manière saisissante dans son « Histoire de l'autisme ». On peut y voir au moins deux raisons : une excitation devant l'interrogation sur l'origine de la psyché humaine et du langage, et une mise en cause de la relation mère-enfant. Une attitude analytique est aujourd'hui de mettre en suspens la question de l'étiologie et de s'intéresser à la compréhension du fonctionnement psychique de l'enfant et à son traitement.

Nous devons reconnaître que les autistes que nous soignons n'ont souvent pas de capacités exceptionnelles et que leurs parents ne présentent pas les caractéristiques décrites par Kanner.

L'implication des parents

Les psychanalystes de l'après-guerre ont participé au mouvement général de recherche des causes des maladies mentales dans l'environnement, espoir de dégagement de la fatalité d'une constitution chargée du poids délétère de la théorie de la dégénérescence qui avait causé une grande régression à la fin du XIXème siècle. Espoir aussi d'arracher les malades mentaux à la non-vie asilaire, et au risque vital qui menaçait les enfants autistes abandonnés sans soins psychiques. Ce mouvement a effectivement implicitement postulé une responsabilité de la société ou de la famille. En témoignent théorie de l'attachement (Bowlby) liant directement attitude parentale et sécurité de l'enfant, théories systémiques (École de Palo Alto) ou antipsychiatrie.

Notons cependant que dès les années soixante, les pédopsychiatres psychanalystes français ont pris une option inverse de celle de Bettelheim en créant les hôpitaux de jours qui ne séparent pas l'enfant de sa famille. Dès 1978, Michel Soulé proposait dans son article « L'enfant qui venait du froid... » que certaines perturbations de ceux qui s'occupent d'un enfant autiste, soignants et parents sont la conséquence et non la cause de la maladie de l'enfant. Ceci n'empêche nullement d'être efficace sur l'état de l'enfant en travaillant cette relation.

Nous sommes effectivement souvent rendus nous-mêmes assez étranges par les troubles profonds et inhabituels de ces enfants. Cela nous fait voir les parents autrement et nous aide à mieux nous identifier à eux. C'est aussi par des relations archaïques maintenues par ses parents que la vie de l'enfant a été protégée, et les évolutions - nécessaires - ne sont pas sans risques de perturbations pour tous les protagonistes. On peut remarquer

qu'il n'était pas psychanalytique de prendre l'histoire amenée par les parents comme vérité historique - il s'agit souvent de l'élaboration par leur propre culpabilité d'une catastrophe insensée : la non-vie psychique de l'enfant qu'ils ont engendré.

Le traitement psychanalytique

Le traitement psychanalytique de l'autisme pose de manière paradigmatique (Fédida) les enjeux d'un traitement psychanalytique qui ne part plus de la parole du patient (souvent absente) et de la relation comme traitement de l'incapacité à la relation. Ce qui spécifie une position psychanalytique se fonde alors sur la valeur organisatrice pour le psychisme du patient du contre-transfert de l'analyste - par exemple sa « fonction contenante » au sens de Bion, sa « malléabilité » au sens de Marion Millner - et le postulat que le patient se défend contre des angoisses, fussent-elle « impensables ».

Là se situe surtout la différence d'approche avec les cognitivistes. Ces derniers méconnaissent le plus souvent la dimension de l'investissement psychique, ses fondements pulsionnels et sa dimension affective, indispensables à la perception. Pour les psychanalystes, l'enfant « crée » sa mère, et a besoin de la trouver lorsqu'il la crée. Ce temps d'« illusion partagée » ouvre à l'investissement de la réalité du monde et la fonde.

Les théories modernes ne privilégient plus principalement une défense à l'œuvre et prennent en compte un débordement par l'excitation qui devient traumatique comme en témoignent les travaux récents de l'équipe de la Tavistock Clinic (Susan Reid et Anne Alvarez).

La prise en compte de la dimension psychique dans le traitement pluridisciplinaire des autismes infantiles donne d'indéniables résultats : disparition des évolutions vers les automutilations et accès aux relations non verbales avec les autres, avec une capacité à exprimer tant des mouvements personnels vers l'autre que de savoir se défendre. Élément essentiel qui permet de rassurer les parents sur la hantise de ce qui peut advenir à leur enfant quand ils ne seront plus là pour le protéger. Mais nous ne pouvons prédire à l'avance quels seront ceux qui vont se dégager réellement de l'autisme dans leur autonomie, ou ceux qui vont entrer dans un langage de communication.

Si l'investissement venant de l'enfant autiste rencontre et répond toujours à celui du thérapeute dans la séance analytique, ce qui favorise son accès à la symbolisation et au langage reste un enjeu majeur de recherche. Importance de la symbolisation primaire pour René Roussillon, différence entre indice et signe opérée par Jean-Marie Vidal, séparant le registre du conditionnement de celui de la symbolisation, confrontation de la psychopathologie à la sémiotique pour Pierre Delion, travaux de Laurent Danon-Boileau, qui est aussi linguiste, les recherches modernes se rejoignent quant à l'importance de la tiercéité pour accéder authentiquement au symbole, comme l'avait en son temps souligné Charles S. Peirce. Les recherches cognitives les rejoignent à nouveau par l'attention portée à l'attention conjointe.

Les psychanalystes ont pris en compte dans l'autisme des altérations majeures de la construction de l'espace et du temps (Meltzer), ce qui rejoint bien évidemment le constat des troubles cognitifs et la nécessaire complémentarité des approches.

L'apport de la psychanalyse à la thérapeutique de l'autisme, tant

en ambulatoire qu'en institution - généralement à temps partiel -, comporte plusieurs dimensions qui se complètent et ne doivent pas être confondues :

- Un traitement psychanalytique individuel. Psychanalyse, de préférence intensive à 3 ou 4 séances par semaine, qui vise à instaurer une relation, apaiser les terreurs de l'enfant et favoriser sa construction psychique.
- Un maniement psychothérapique de l'institution de soins, qui rassemble dans des synthèses - bien nommées - les différents mouvements de l'enfant envers les différents intervenants des espaces de soins et de rééducation, pour leur donner sens et histoire.
- Une analyse des pratiques, permettant l'élaboration du contre-transfert des soignants, par un psychanalyste sans fonction hiérarchique, favorise un traitement psychique des mouvements induits par les patients et prévient les violences institutionnelles.
- D'autres traitements psychanalytiques sont aussi pratiqués :

Les traitements précoces mère (père) - enfants, sans préjugés étiologiques, sont d'un grand intérêt pour tenter de favoriser une évolution de la relation de l'enfant à ses parents.

Des tentatives de psychodrame s'attachent à développer la capacité de jouer et de faire semblant, et utilisent les capacités psychiques du groupe des thérapeutes au service du fonctionnement psychique du patient.

Le traitement dans des institutions de jour créées en France depuis plus de quarante ans par des psychanalystes avec une

tradition éducative de respect de la personne et de découverte du vivre ensemble a pu être critiqué comme ne contraignant pas assez l'enfant à apprendre. Mais pour certains autistes scolarisés, comme c'est de plus en plus souvent le cas, le moment le plus difficile n'est pas la classe, mais au contraire la cour de récréation. La description cognitive de l'incapacité au jeu montre une authentique justification thérapeutique d'une tradition éducative soignante cherchant à favoriser l'accès au jeu et à la vie avec d'autres enfants.

Il ne faut pas confondre traitement relationnel en groupe et pédagogie : l'enfant autiste a besoin des deux. S'il est heureux que l'accès à l'école ait été facilité par la présence d'auxiliaires de vie scolaire et d'autant plus lorsque l'enfant s'y intègre authentiquement, cela ne doit pas se substituer au traitement de l'enfant dans des groupes thérapeutiques ambulatoires ou en institution et aux thérapies personnelles dont il a aussi besoin.

Une instruction spécialisée est également disponible dans les institutions soignantes.

Le traitement relationnel n'est d'ailleurs pas l'apanage d'une conception psychanalytique et n'est pas lié à une théorie d'une origine relationnelle de l'autisme. Asperger soignait déjà en institution il y a soixante-dix ans des enfants par une « pédagogie curative » où la dimension affective était privilégiée, malgré sa conviction, à la suite de Kretschmer, que la constitution était à l'origine de toute maladie mentale.

Les psychanalystes ont aussi évolué et sont maintenant partisans d'une attitude active vis à vis de l'enfant qu'il ne faut pas laisser dans son monde autistique et ses stéréotypies par un respect

inadéquat (Tustin) qui méconnaîtrait le retrait hors du temps.

L'évaluation des psychothérapies par les psychanalystes

L'HAS est fondée à demander une évaluation des politiques de santé que finance la collectivité, à condition de ne pas méconnaître la complexité et la difficulté de l'évaluation des effets thérapeutiques sur la construction psychique de la personne, dont objet est la subjectivité, qui doit prendre en compte la dignité du sujet et sa souffrance, et s'étend de la prime enfance à l'âge adulte.

Les psychanalystes s'y engagent heureusement à la suite de Geneviève Haag, au sein de la CIPPA, avec les travaux de J.-M. Thurin ou les recherches de l'association PREAUT sur le dépistage précoce. Hélène Suarez-Labat a montré dans sa thèse que l'on pouvait suivre la construction de la personne au cours des traitements à l'aide de tests projectifs.

Conclusion

L'hypothèse d'une unité d'une maladie autistique s'estompe devant : - soit des maladies autistiques ayant diverses origines, - soit un syndrome autistique témoignant d'une organisation psychique de survie indépendamment des facteurs internes et/ou externes ayant favorisés sa survenue.

La distinction nette entre facteurs de l'environnement et internes est devenue en toute rigueur impossible depuis que l'on prend en compte d'une part les compétences innées du nourrisson à la relation (T. Brazelton), et d'autre part l'importance des

expériences faites par l'enfant dans la structuration de ses connexions neuronales (le darwinisme neuronal de G.Edelman). En revanche, un traitement psychique le plus précoce possible s'impose, et d'autant plus si l'on sait qu'une atteinte organique va compliquer la tâche de l'enfant.

L'autisme et son traitement psychanalytique, dégagé de la confusion des conséquences et des causes, imposent aussi de réévaluer d'une manière plus générale, qui concerne également les enfants déficitaires, l'apport à la construction psychique de l'établissement d'une relation non verbale qui prend en compte l'économie pulsionnelle. Les usagers des institutions médico-sociales bénéficieraient grandement de moyens thérapeutiques plus importants.

La problématique autistique dans sa spécificité et avec ses paradoxes continue aussi de représenter un défi pour notre compréhension, travail dans lequel nous avons beaucoup à apprendre sur les défenses mutilantes contre les douleurs psychiques extrêmes, sur les désinvestissements et les hyperinvestissements paradoxaux, sur la construction psychique et sa complexité, sur l'accès à l'être de l'humain.

[Voir aussi le dossier "Autisme et psychanalyse"](#)

Bibliographie

Alvares A. et Reid S. Dir. (1999). Autisme et personnalité. Trad fr. Éditions du Hublot, 2001.

Asperger H. (1943). Les psychopathes autistiques pendant l'enfance. Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1998.

Barron S.&J., Moi, l'enfant autiste, Librairie Plon, Paris 1993 & « J'ai lu » 1995.

- Danon-Boileau L., (2002). Des enfants sans langage, Odile Jacob, 2002.
- Delion P. (2000) L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique, PUF, 2000.
- Fedida P. (1990) Auto-érotisme et autisme. Conditions d'efficacité d'un paradigme en psychopathologie ; *Revue Internationale de Psychopathologie*, 2, 1990, Paris, Puf.
- Frith U. (1992), L'énigme de l'autisme, Paris, Ed. Odile Jacob.
- Grandin T., Ma vie d'autiste. Odile Jacob, 1994.
- Haag G. (1984) Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques. Réflexions psychanalytiques. *Psychiatrie de l'enfant*, 1984, 27 -2 , p.p. 293-354. Puf.
- Haag G. Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste *Le Carnet PSY*, n° 76, 2002. [Lire sur Cairn](#)
- Haag G. (2004). Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique. *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, n° 4, 2004. [Lire sur Cairn](#)
- Hochmann J. (2009). Histoire de l'autisme. Odile Jacob, 2009.
- Houzel D. (1985) Le monde tourbillonnaire de l'autisme, *Lieux de l'enfance*, 3, 1985, p.p.169-183.
- Kanner L.(1942) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1942-1943 ; 2-3 : 217-30. Trad. in Berquez G. L'autisme infantile Paris Puf 1983.
- Laznik-Penot M.-C. (1995), Vers la parole. Trois enfants autistes en psychanalyse. Paris, Denoël, 1995.
- Meltzer D. et coll.(1975), Explorations dans le monde de l'autisme, Paris, Payot,1980, 256 p.
- Ribas D. (1992), Un cri obscur, l'énigme des enfants autistes, Paris, Calmann-lévy, 1992. Edition de poche : L'énigme des enfants autistes, Hachette.
- Ribas D (2004), Controverses sur l'autisme et témoignages. Puf, 2004.
- Roussillon R. (1999), Agonies, clivages et symbolisation. PUF, 1999.
- Sellin B. (1994). Une âme prisonnière. R. Laffont. Paris.
- Soulé M. (1978). L'enfant qui venait du froid : mécanismes défensifs et processus pathogènes chez la mère de l'enfant autiste. In : Le devenir de la psychose de l'enfant, Serge Lebovici, dir. ; Evelyne Kestemberg, dir., Paris, Presses Universitaires de France, 1978.
- Suarez-Labat H. Des barrières autistiques aux limites. *Revue française de psychanalyse*,

vol. 76, n° 2 (2012). [Lire sur Cairn](#)

Tammet D. (2006) Je suis né un jour bleu. Trad. Fr. Éd. Des Arènes, 2007.

Tustin F. (1972), Autisme et psychose de l'enfant, Paris, Ed. du Seuil, 1977.

Tustin F. (1981), Les états autistiques chez l'enfant. Paris, Ed. du Seuil.

Tustin F.(1986), Le trou noir de la psyché, Paris, Ed. du Seuil, 1989.

Vidal J.M. (2011), La tiercéité symbolique, fondement de la discontinuité psychique entre animaux et humains. Éclairage par la « désymbolisation » autistique. Revue française de psychanalyse, T. 75, n°1, PUF, 2011. [Lire sur Cairn](#)

Williams D.. Si on me touche. je n'existe plus. Robert Laffont. 1992. et "J'ai lu" 1993.

Le psychiatre-analyste en institution

Auteur(s) : Jacques Azoulay

Mots clés : équipe soignante - étayage - institution de soins psychiatriques - Paumelle (Philippe) - psychanalyse en institution - psychose(s) - psychothérapie institutionnelle - Racamier (P.-C.) - symbolisation - transfert (en institution)

Le psychiatre-analyste en institution ou la psychothérapie

institutionnelle aujourd'hui

- **Historique**
- **Importance des psychothérapies institutionnelles**
- **Principales orientations théoriques**
- **Échanges psychiques mis en jeu**
- **Problème des transferts**
- **Bibliographie**

Historique

La notion de psychothérapie institutionnelle est apparue en France dans l'immédiat après-guerre, à travers la nécessité de transformer les anciens *asiles d'aliénés*, dénommés *hôpitaux psychiatriques* en 1938, en instruments de soins authentiques.

La démarche est inaugurée par Tosquelles, Balvet, Bonnafé pendant la guerre. Daumezon et Koeklin officialisent le terme en 1952, désignant des expériences de plus en plus variées, voire divergentes. Un dénominateur commun subsiste : la référence à la psychanalyse et aux thérapies de groupe, et pour certains, l'importance donnée aux aspects sociologiques, voire politiques.

Le mouvement se poursuit pour répondre aux nécessités du traitement des psychoses graves, et en particulier des états schizophréniques. Mais il s'adresse aussi à un certain nombre d'états limites dans des moments critiques de leur parcours.

Dans les années 1960-1970, on peut opposer les travaux du groupe de la « *Psychothérapie Institutionnelle* » (Tosquelles, Oury, etc), d'inspiration surtout lacanienne, et la notion de « *Soins*

Institutionnels » (Racamier), complémentaires du traitement psychanalytique individuel.

Les expériences de psychothérapie institutionnelle se veulent aujourd'hui plus modestes ou plus réfléchies. Mais l'importance de l'aspect institutionnel du traitement global des psychoses s'affirme, compte tenu des déceptions que les psychothérapies individuelles des états psychotiques graves ont provoquées.

Ainsi s'élabore peu à peu, dans chaque institution particulière, en s'appuyant sur des données largement convergentes, une possibilité de tirer partie dans un sens dynamique, des échanges de la vie quotidienne, dans tous les lieux où des soignants psychiatriques et des thérapeutes accueillent des malades mentaux.

L'importance des psychothérapies institutionnelles

Insistons d'abord sur le fait que dans l'ensemble du traitement des psychoses, on parle surtout aujourd'hui de désinstitutionnalisation, avec la diminution radicale des hospitalisations prolongées qui étaient jusque dans les années 1950-1960 la réponse prévalente pour les formes graves.

Depuis cette période, les tentatives de cure psychothérapique ou psychanalytique individuelle se sont multipliées, surtout aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne (From-Reichman, Searles, Segal, Bion, et en France Racamier). La plupart de ces auteurs ont insisté sur l'articulation de l'échange individuel avec un étayage institutionnel. Par la suite, surtout en France, on a mis l'accent

sur la compréhension psychanalytique des phénomènes qui se développent dans le champ institutionnel.

Dans l'éventail des états psychotiques, les défenses schizophréniques ou paranoïaques qui fonctionnent dans un équilibre plus ou moins viable ne nécessitent pas un tel étayage institutionnel. Néanmoins il est rare que même dans ces cas, plusieurs interlocuteurs ne doivent pas intervenir.

Plus généralement, dans beaucoup de psychoses et certains états limites, le colloque singulier ne suffit pas, et le thérapeute s'estime incapable d'affronter seul la situation thérapeutique. Ou bien le traitement ne s'engage pas, ou bien le thérapeute est débordé par la violence des décharges agies, ou par l'intensité de la souffrance du patient ou de sa famille, et souvent par le risque de suicide.

Au delà de l'étayage, l'observation du comportement, de la projection dans les situations concrètes, dans les personnes et dans les choses, peut réanimer ce qu'on peut penser du patient et avec lui. Une activité en commun, un jeu à plusieurs, ou la nécessité d'affronter une situation plus critique, ne constituent pas seulement un moment d'interaction qui va rester ponctuel : ces situations vont donner source à récit, élaboration et connaissance, relançant l'investissement du patient par autrui en même temps que son propre sentiment d'existence.

Ce qui va appeler la proposition de traitement institutionnel c'est le débordement dans le réel du fonctionnement psychique : trouble extériorisé dans le monde social, plutôt que plainte concernant la vie psychique ; et aussi incurie, apragmatisme, attitude démissionnaire vis à vis de soi-même.

Le trouble de la symbolisation explique la tendance à la pensée concrète et à l'utilisation de la réalité pour communiquer avec autrui. À l'opposé, les actes des intervenants, les réalités du dispositif soignant, sont des messages éventuellement plus significatifs que les paroles (Sassolas).

Les principales orientations théoriques des psychothérapies institutionnelles

1. Le groupe de la Psychothérapie Institutionnelle

D'inspiration lacanienne, très vivant et actif, il essaime dans de nombreux secteurs psychiatriques, autour en particulier de Jean Oury à la Clinique de La Borde.

Dans ce courant, l'analyse du « *contre-transfert institutionnel* » est primordiale. La psychanalyse de l'institution est possible dans la mesure où la parole peut être libre, où les conflits sont analysés dans des lieux spécifiques analyseurs de la « *demande*.» La multiplication de ces analyseurs permet une « *écoute analytique collective*.» Ainsi l'institution n'est pas une chose, mais dans une certaine mesure langage (Tosquelles). « *L'institutionnalisation infiltre la fonction d'accueil. Il s'agit d'essayer de rétablir un système vivant, une existence où il y ait des événements* » (Oury).

2. Le soin institutionnel de Racamier

En 1959, au groupe de Sèvres, René Diatkine s'était écarté de la Psychothérapie Institutionnelle, et avait récusé la pertinence d'une position interprétative de la part des infirmiers, (et aussi, nous le verrons, du psychiatre-analyste lui-même dans le champ institutionnel).

Racamier, à partir de son expérience du foyer-hôpital de jour de La Velotte à Besançon, oppose le soin à la psychothérapie individuelle proprement dite. Mais le soin a des potentialités psychothérapeutiques, dans la mesure où il s'appuie sur une intelligence psychanalytique de ce qui s'engage avec le patient dans la vie quotidienne : « *sans une base de soins, il n'y a pas de psychothérapie possible avec la plupart des psychotiques.* »

Le soin institutionnel intervient dans un champ somato-psychosocial, et passe par des objets concrets. L'institution doit porter témoignage de l'existence même du patient. Elle favorise la constitution d'un espace tiers, intermédiaire, qui fait le plus souvent défaut dans le fonctionnement psychotique. « *Les mouvements affectifs des soignants et des thérapeutes par rapport au patient doivent être repérés, élaborés et utilisés de façon collective, comme les éléments complémentaires d'un orchestre.* » Soins institutionnels et psychothérapie individuelle articulent la notion de traitement bifocal des psychoses graves (qui désigne plus généralement la collaboration d'un psychiatre et d'un analyste dans le traitement d'un même patient).

3. Expérience de Villeurbanne (Sassolas, Hochman)

Ici l'institution est centrée sur le client, avec des dispositifs institutionnels spécifiques :

- maison d'accueil psychothérapique, lieu de vie temporaire pour des courts séjours de un à cinq patients, du lundi matin au samedi midi, répondant aux situations de crise ;
- lieu de vie pour un nombre réduit de patients qui rencontrent régulièrement des interlocuteurs institutionnels ne travaillant pas directement dans ce lieu de vie. Ces derniers interviennent sur les aléas ou les crises de la vie institutionnelle, sans parti pris interprétatif faisant intervenir l'historicité du patient. Celle-ci est par contre prise en compte dans un groupe thérapeutique individuel à travers les échanges verbaux.

Ces échanges réguliers situent les aléas de la vie quotidienne dans « *une perspective qui privilégie l'élaboration des conflits plutôt que leur résolution autoritaire, la recherche du sens des attitudes déviantes plutôt que leur déni ou leur répression* » (Sassolas).

Dans cette « institution mentale » (Hochman), le soin psychiatrique est un « *acte symbolique parlé* ». C'est une activité intellectuelle qui cherche à réconcilier le patient avec sa pensée vécue comme une persécution interne.

L'activité de pensée du soignant évoque l'analogie avec la « *capacité de rêverie de la mère* » (Bion).

4. L'expérience de Genève

Elle a inspiré un ouvrage important : *Psychose et changement* (René Diatkine et collaborateurs).

Elle repose sur l'articulation d'un groupe thérapeutique et de petites institutions. Critiquant l'institution en tant que collectivité de patients, il s'agit encore d'une psychothérapie institutionnelle en tant que c'est un traitement à plusieurs. L'instrument thérapeutique de référence est un réseau de thérapeutes, dans un abord le plus possible individualisé.

On propose au patient des relations avec des personnes qu'il connaît bien. On maintient ainsi une interaction vivante dans des rencontres successives, ouvertes à des nouveautés et à des surprises. Ces relations individuelles sont articulées entre elles dans un ensemble cohérent d'où peuvent se dégager des idées nouvelles sur ce que le patient vit et exprime avec chacun des intervenants.

5. Réseau d'institutions diversifiées dans le 13^e arrondissement de Paris

Largement influencée par Philippe Paumelle, son fondateur, et aussi par Racamier et René Diatkine, cette première expérience de la Psychiatrie de Secteur a développé un réseau d'institutions spécifiques.

L'équipe de secteur (médecin, assistante sociale, infirmière) suit ponctuellement ou au long cours une cohorte de malades (ce n'est donc pas ici une institution « *centrée sur le client* »), mais sa perspective est individualisante.

L'hospitalisation reste importante dans sa fonction d'accueil et de traitement de la crise, et aussi dans sa capacité à favoriser les conditions d'un traitement possible.

L'hôpital de jour a également un rôle important dans sa capacité d'accueil et d'ouverture pour favoriser à plus ou moins long terme des équilibres plus viables.

Un centre psychothérapique et psychanalytique (Jean et Evelyne Kestemberg) accueille des patients qui consultent directement. D'autres sont adressés par une des équipes psychiatriques, organisant la possibilité d'un traitement bifocal.

Essai de compréhension des échanges psychiques mis en jeu dans les psychothérapies institutionnelles

Le traitement institutionnel des états psychotiques est donc un traitement à plusieurs qui prend en compte la réalité à travers les échanges de la vie quotidienne.

1. La validité du point de vue psychanalytique

Tous les auteurs soulèvent le problème méthodologique de l'utilisation de concepts analytiques pour étudier les phénomènes individuels et collectifs surgissant dans l'institution. Ils reconnaissent aussi les difficultés que provoque souvent la

présence d'un psychanalyste trop séparé des évènements de la vie quotidienne, ou au contraire trop inscrit dans les échanges intenses ou massifs qui marquent la vie de l'institution.

Pourtant Raymond Cahn en propose une justification convaincante. Il prend en compte l'hypothèse de « *la contingence des multiples éléments de réalité et de leurs infinies variantes, par rapport au poids de la nécessité, inhérente au mode de fonctionnement psychotique : quelque soit la multiplicité des situations et des rencontres, il revêtira une allure, une dimension, un aspect spécifique selon les lignes de force qui immanquablement se dégageront plus ou moins rapidement au sein de cette multiplicité et de cette diversité du tissu institutionnel et de ses paramètres.* »

C'est le regard, l'écoute, le mode de relation entre tous ses membres et vis à vis de tout ce qui s'y joue, qui caractérisent les expériences basées sur « *l'intelligence psychanalytique* » des phénomènes.

Dans cette démarche, il faut souligner le rôle essentiel de l'activité théorisante qui encadre les échanges, de l'Institution Mentale au sens de Hochman.

2. L'apport narcissique et les investissements objectaux

La trame narcissique est plus ou moins défailante chez les sujets psychotiques. L'illusion d'un plaisir possible est souvent précaire ou manquante, elle peut être récupérée partiellement par une projection hallucinatoire. L'unité du sujet est constamment menacée par l'investissement objectal qui mobilise le risque de

désirer.

a. L'étayage institutionnel

Dans l'institution on peut constater des investissements régressifs, de type narcissique qui se portent éventuellement sur l'instance institutionnelle prise comme un tout indifférencié, et qui prévaut sur l'investissement des personnes. C'est un aspect de ce qu'on a appelé « *Transfert diffus* » (M. Sweich). C'est tout le risque des installations au long cours, et l'on doit réfléchir au jeu dynamique entre l'acceptation nécessaire des positions régressives et l'accompagnement attentif des mouvements évolutifs.

Le patient se sent l'objet d'un investissement suffisamment continu, qui contient sa tendance à la fragmentation.

Parfois le début du réinvestissement du monde consiste dans une activité effectuée seul au milieu des autres, ou dans une présence en retrait, silencieuse, à la périphérie ou en orbite d'un groupe plus vivant. L'étayage contient toute une vie pulsionnelle qui n'est pas interprétée comme telle, et qui est surtout vécue dans l'être avec, le faire avec.

b. Investissements narcissiques et objectaux

À un degré de plus, des investissements libidinaux ou agressifs peuvent se mobiliser. Ils peuvent définir une situation de rencontre vraie. Quelquefois on s'aperçoit qu'un événement passé inaperçu a fait trace : c'est un des éléments d'une histoire partagée qui se construit.

La projection des composants clivés du sujet psychotique dans

l'espace psychique des thérapeutes fonctionnant comme « *hôtes* », définit ce que l'on peut appeler un transfert institutionnel, selon différentes modalités d'investissement de type narcissique ou objectal. Ils ont une dimension plus objectale quand l'objet interne n'est pas uniquement et fortement persécuteur, l'espace thérapeutique prenant alors la valeur d'un espace transitionnel. Quand l'objet interne est plus globalement persécuteur, la fragmentation psychique est plus marquée (Raymond Cahn). Souvent, on constate des fantasmes induits chez les soignants ou thérapeutes : fantasmes de vidange, ou d'invasion, ou de réduction à l'absurde. Ces fantasmes, s'ils sont insuffisamment élaborés, peuvent provoquer des réactions de fuite, ou au contraire « *d'activisme psychanalytique*. »

Les projections clivées chez différents thérapeutes provoquent des phénomènes de « *scission institutionnelle* » (Woodbury).

c. Le travail sur la répétition : levée du déni et mouvements de réunification

Les vécus archaïques, auparavant clivés ou exclus, viennent donc s'actualiser dans l'espace thérapeutique, utilisant largement l'identification projective dans tel ou tel soignant. Le travail élaboratif de l'équipe animée par le psychiatre analyste, que son expérience prépare à repérer ces phénomènes, non sans un effort souvent douloureux, et une latence plus ou moins longue et difficile, accueille cette répétition et doit l'assumer.

On peut alors distinguer deux temps dans ce travail élaboratif :

- levée du déni par la reconnaissance et la figuration de ces répétitions mises en récit et travaillées avec le patient le

moment venu ;

- écart mutatif favorisé par la modification des attitudes contre-transférentielles qui permet de ne pas répondre en miroir.

Ainsi les processus de changement ne passent pas, pour l'essentiel, par l'interprétation des contenus inconscients, mais par la réponse de l'objet externe, « *dans un processus impliquant la temporalité plus encore que la dimension spatiale métaphorique* » (R. Cahn).

d. Les crises dans le traitement et leur valeur élaborative (J. Azoulay).

Les situations de débordement et toutes les attaques contre le cadre ont été reconnues dans toutes les expériences institutionnelles. La crise est un moment où la rupture de l'équilibre défensif entraîne des décharges pulsionnelles plus ou moins intenses. La survenue de crises dans le traitement, dans un parcours plus ou moins orageux, traduit parfois l'instauration d'un engagement plus réciproque dans le traitement quand la crise a pu être élaborée.

Au total, le travail institutionnel dans cet espace de soin vectorisé par l'intelligence psychanalytique prend la valeur d'un travail proto-psychothérapique par rapport à un deuxième niveau qui serait celui du travail psychothérapique proprement dit.

Problème des transferts

1. Thérapeutes et soignants

Le psychiatre-analyste fait partie de l'équipe soignante, et à ce titre, il prend en compte les éléments de réalité et de la vie quotidienne. Comme l'a souligné R. Diatkine, il ne doit pas tout ramener à la seule relation avec lui. Sa place reste néanmoins centrale, appuyée par la référence symbolique qu'il représente.

Dans l'institution, on ne sait pas d'emblée quel est le personnage le plus investi, et une référence focalisante peut nécessiter un travail de changement, d'ajustement par rapport à ce qui était prévu. L'élaboration de ces mouvements de focalisation se fait en équipe, et elle reconnaît la diversité des investissements dans leur évolution. Quand la relation thérapeutique se prolonge, il y a dans notre expérience une tendance à la focalisation sur le médecin psychiatre-analyste. Mais ce mouvement n'est pas réductible à un colloque singulier. Il renvoie métaphoriquement à l'économie d'un psychodrame, où les transferts latéraux sont pensés par rapport à leur focalisation sur le directeur de jeu.

2. Transferts et évolution

On peut observer différents temps transférentiels qui habituellement se chevauchent.

- L'investissement narcissique d'objet : le patient mobilise par exemple chez tel ou tel soignant une séduction narcissique (Racamier), dont il est difficile de se déprendre sans l'intervention des autres membres de l'équipe.
- Les premières émergences objectales passent souvent par un investissement sado-masochique, première façon d'intégrer la

destructivité. L'équipe doit être expérimentée pour repérer et contenir ces mouvements agressifs sans les réduire à tout prix (médicaments à grosses doses, enfermement ou exclusion).

- Les mouvements clivés de séduction d'une part, sado-masochiques d'autre part, s'adressent à différents intervenants, tendant à faire exploser l'institution.

C'est dans ces moments que l'institution doit fonctionner comme un « *appareil de soins* », et où il ne s'agit pas de se référer à l'attitude d'un seul.

- Les mouvements sado-masochiques peuvent s'installer plus durablement comme défenses perverses, que l'on peut considérer parfois comme formes de « *guérison* » (Racamier).

Ces évolutions dans leur diversité posent la question de la fin du traitement institutionnel, en sachant que le travail de séparation peut être long : il fait partie intégrante du processus thérapeutique.

Bibliographie

Azoulay J., *Les Psychothérapies Institutionnelles*, in : *Psychanalyse et Psychothérapie*, D. Widlocher et A. Braconnier, Flammarion, 1996., (Bibliographie détaillée)

Souffir V., Chambrier J., Deyon D., Azoulay J., Gauthier S., *L'Appareil de Soins, une voie de recherche pour les psychanalystes dans le traitement des psychoses*, in : *Revue Française de Psychanalyse*, 1996, vol. 60, n° 2, p. 439-463.

Les thérapies psychanalytiques du couple

Auteur(s) : Jean-Pierre Caillot

Mots clés : appareil psychique groupal - couple - couple anti-famille - famille - fantasme de corps commun - groupe - identification (narcissique) - masse - objet (choix d'-) - thérapie de couple - topique (interactive) - transfert groupal - transfert latéral

Les thérapies psychanalytiques du couple visent à rétablir la communication à l'intérieur du couple, à favoriser la figuration et la mise en fantasme au détriment de l'agir, à interpréter les transferts dans une perspective groupale. Elles tendent à permettre aux partenaires du couple de mieux vivre ensemble ou bien de se séparer.

Nous distinguons la psychanalyse du couple, technique uniquement verbale, du psychodrame psychanalytique du couple avec son jeu psychodramatique.

I. Historique

Historiquement, le cadre psychanalytique des thérapies verbales du couple est né dans les années 1970. Il a été défini par André Ruffiot et fait suite aux travaux des auteurs systémiques dans les années 1960 sur la famille et le couple, notamment ceux de Grégory Bateson concernant les paradoxes et aux travaux de Jean-

Georges Lemaire . En 1984 paraît « *La thérapie psychanalytique du couple* » d'André Ruffiot et Alberto Eiguer. En 1987, dans la revue GRUPPO , Jean-Pierre Caillot et Gérard Decherf abordent la problématique des défenses perverses dans le couple et la famille. En 1989, dans « *Psychanalyse du couple et de la famille* », ces mêmes auteurs traitent du couple anti-famille, de la famille anti-couple, des manœuvres perverses dans le couple et la famille et du fantasme d'auto-engendrement du couple.

La thérapie psychanalytique du couple s'enrichit dans les années 80 du psychodrame psychanalytique du couple sous l'impulsion de Simone Decobert et ses collaborateurs (J.-P. Caillot, A.-M. Blanchard).

II. Principaux concepts psychanalytiques concernant le couple et ses thérapies

En 1912, dans « *Totem et Tabou* », Freud décrivait les états amoureux comme les prototypes normaux des psychoses.

En 1921 il mettait l'accent dans l'état amoureux sur la « formation de masse à deux » (*Massenbildung*) caractérisée par les phénomènes d'indifférenciation psychique des relations d'objet narcissique. Il disait :

« Il n'y a manifestement pas loin de l'état amoureux à l'hypnose, les concordances entre les deux sont évidentes, même soumission humble, même docilité, même absence de critiques envers l'hypnotiseur

comme envers l'objet aimé, même résorption de l'initiative personnelle ; aucun doute l'hypnotiseur a pris la place de l'idéal du moi. Simplement, dans l'hypnose, les rapports sont encore plus nets et plus intenses, si bien qu'il conviendrait plutôt d'expliquer l'hypnose par l'état amoureux que l'inverse.» Plus loin l'auteur ajoutait : « Mais, d'un autre côté, on peut dire aussi que la relation hypnotique représente, s'il est permis de se servir de cette expression, une formation de masse à deux. L'hypnose se prête mal à la comparaison avec la formation de masse, car elle est plutôt identique à celle-ci. L'hypnose s'écarte de la formation de masse en groupe par cette limitation du nombre comme de l'état amoureux par le manque de tendance directement sexuelle. En ce sens, elle tient le milieu entre les deux. »

À partir de « *Totem et Tabou* » et de « *Psychologie des foules et analyse du moi* » une idée essentielle émerge : les phénomènes d'indifférenciation, c'est-à-dire les phénomènes de masse sont à l'origine d'un corps commun imaginaire du couple, du groupe ou de la famille et d'une psyché commune.

Le choix du partenaire sexuel dans le couple se fait pour Freud selon deux modes :

- le choix d'objet narcissique : c'est « *un type de choix d'objet qui s'opère sur le modèle de la relation du sujet à sa propre personne et où l'objet représente la personne propre sous tel ou tel aspect* » .
- le choix d'objet par étayage : c'est « *un type de choix d'objet*

où l'objet d'amour est élu sur le modèle des figures parentales en tant qu'elles assurent à l'enfant nourriture, soins et protection. Il trouve son fondement dans le fait que les pulsions sexuelles s'étaient originellement sur les pulsions d'auto-conservation. ».

Didier Anzieu soulignait en 1986 qu'un des fantasmes de base du couple est qu'il possède une peau commune, un corps commun et une psyché commune. « *Pourquoi vit-on en couple ?* » demandait Didier Anzieu.

«... La raison originare semble être la peur de la solitude, le besoin archaïque d'un étayage des fonctions psychiques sur un objet primordial, la nécessité de parer l'angoisse d'un retour à l'état de détresse lors des frustrations, des échecs, des stress de l'existence. L'objet primordial est celui qui a jadis protégé de cette détresse. L'énamouration apporte la révélation, au sens quasi religieux du terme, que cette personne-ci est une réincarnation de l'objet primordial. Dans l'état d'exaltation amoureuse, qui est généralement l'état fondateur du couple du moins dans la culture occidentale, s'instaure la double croyance que le partenaire est l'objet qui compte par-dessus tout pour moi et qu'il a lui-même le désir d'être cet objet primordial pour quelqu'un, moi en l'occurrence - comme la mère a voulu l'être autrefois pour son tout-petit qui, de son côté, la mettait en place d'être cet objet. »

Dans son « *Introduction à l'étude des fonctions du moi-peau dans le couple* », D. Anzieu (1986) décrivait l'illusion duelle ou

gémellaire fondatrice du couple à l'instar de l'illusion groupale fondatrice du groupe.

«La première expérience du couple, écrit D. Anzieu, réalisée par deux partenaires jeunes commence généralement par une phase d'illusion duelle. Les éventuelles expériences ultérieures de couple faites avec d'autres partenaires tendent à reproduire cette phase sous forme atténuée, tantôt exacerbée.»

Une telle illusion s'avère fondatrice pour un jeune couple et elle le fonde en même temps comme couple de partenaires qui sont ou qui veulent rester ou redevenir jeunes. La phase suivante, de désillusion, peut entraîner soit la dissolution du couple qui reconnaît avec amertume et ressentiment s'être aveuglé sur lui-même, soit, au travers d'une crise et son dépassement, la réorganisation des relations d'objet entre ses membres et l'évolution des fonctions psychiques exercées envers l'autre, ceci s'effectuant grâce à l'encadrement par des fantasmes nouveaux de peau familiale.»

Ce couple, ajoutait D. Anzieu, est « un couple de jumeaux imaginaires, unisexes et à la limite interchangeable... »

«Le travail psychanalytique avec des couples en difficulté fait souvent apparaître que chaque partenaire a été dans son enfance très dépendant, bien que de façon différente, de l'image maternelle et n'a pu se séparer de sa famille d'origine qu'en emportant avec lui la peau imaginaire de cette mère.»

Leur couple s'enveloppe dans ces deux peaux imaginaires maternelles, structurées selon la double paroi que j'ai décrite, dans mon ouvrage «Le moi-peau», comme typique de l'enveloppe narcissique idéalisée. A l'intérieur de celle-ci les deux jeunes gens se sentent voués au projet d'une union exceptionnelle ».

Par exemple, une femme dit à son mari au cours d'une thérapie de couple : « *Je le connais si bien que je pourrais faire son autoportrait, écrire son autobiographie* ». Dans une séance de psychodrame, l'un des membres du couple propose de jouer la séparation du couple mais ils ne possèdent à eux deux qu'un poumon et un cœur. Il faudra donc faire intervenir dans le jeu, un chirurgien et un juge pour décider du partage impossible : qui aura à la fois le cœur et le poumon ? Qui mourra ? Dans un autre couple à propos de leur unité conjugale, la femme disait : « *Nous avons une troisième jambe commune qui nous permet de marcher du même pas* ».

La naissance du fantasme de corps commun du couple est consubstantielle à notre avis du fantasme d'engendrement réciproque, du fantasme d'auto-engendrement du couple. Le fantasme d'auto-engendrement du couple est à l'origine de ce corps commun imaginaire, idéal et omnipotent.

Ainsi dans une thérapie psychanalytique d'un couple, la femme exprime les pensées suivantes : « *Avant, dit-elle, on vivait en autarcie, on s'alimentait soi-même, on était en pleine forme sur tous les plans, on n'avait pas besoin d'autre chose. On était indépendant.* » Puis, elle ajoute : « *Quand on a quelqu'un pour soi tout seul, c'est grisant.* » Son mari ajoute : « *C'est un besoin !* » «

Oui, répond-elle, mais la mère on doit la partager avec les frères et les sœurs, alors que là, c'est une mère pour soi tout seul et en même temps on est chacun la mère de l'autre pour lui tout seul, vous comprenez ? Vous savez, conclut-elle, c'est un lien très fort, bien plus fort qu'avec la mère ». Cette femme ajoutait sur un mode paradoxal : *« J'ai pu ainsi refaire le même chemin différemment »* lorsqu'elle comparait sa relation à sa mère à celle qu'elle établissait avec son mari.

À l'instar de René Kaës qui décrit « L'appareil psychique groupal », André Ruffiot parle d'« appareil psychique familial » et d'« appareil psychique conjugal ». Ces auteurs tiennent compte à la fois de l'espace intra-psychique et de l'espace psychique inter-subjectif des individus.

L'espace inter-psychique est le lieu psychique de la mise en commun des fantasmes. Dans cet espace, le fantasme est partagé ; il est commun. Cette mise en commun des idéaux et des interdits de cet espace psychique intermédiaire appartient, à la fois, à chacun et au couple. L'espace inter-psychique est normalement, certes développé, mais il n'empêche pas la constitution et la préservation d'un espace individuel, intra-psychique et secret. Dans les relations de couple pathologique, du fait de la massivité des identifications narcissiques adhésives ou projectives, du fait encore des engrènements pervers, cet espace intermédiaire fantasmatique transitionnel disparaît au profit d'agirs et de confusion entre les membres.

L'espace transitionnel intermédiaire tend à disparaître au profit de la topique interactive qui désigne selon Paul-Claude Racamier, *«... l'organisation particulière qui seule permet de rendre compte de processus psychiques dont l'unité (qui ne peut*

s'apercevoir dans la seule enceinte intrapsychique) s'accomplit entre plusieurs personnes (couple, famille, groupe, société) en vertu d'interactions inconscientes obligées. Illustrée par le processus d'engrènement et de participation confusionnelle, ainsi que par les défenses interactives, cette topique est celle qui émerge et prévaut dans le jeu des fantasmes-non-fantasmes qui sont en circulation dans toute pathologie narcissique grave. La topique interactive est un dérivé de la troisième topique laquelle désigne l'organisation du réel en trois registres : interne, externe et intermédiaire. »).

C'est le couple en tant qu'objet qui est surinvesti au détriment de l'individu ; le « nous » est surinvesti au détriment du « Je ». Nous pouvons ajouter que ce choix d'objet amoureux s'établit à partir « d'une connaissance » de la famille interne du partenaire. Ces phénomènes sont à mettre en rapport avec ceux de la résonance fantasmatique, de l'interaction fantasmatique intense entre les partenaires. Les représentations familiales prévalantes sont œdipiennes ou antœdipiennes.

Ainsi, un sujet structuré sur un mode œdipien fait le choix habituellement d'un partenaire structuré sur le même mode œdipien prévalent. Cela évoque le choix d'objet par étayage.

De même un sujet structuré de façon prévalante sur un mode antœdipien (l'antœdipe désigne l'organisation essentielle et spécifique du conflit originaire en tant qu'elle prélude à l'œdipe), c'est-à-dire incestuel ou incestueux, fait habituellement le choix d'un partenaire organisé selon ce même registre antœdipien. Cela évoque le choix d'objet narcissique. Rappelons que l'incestuel selon P.-C.Racamier « *désigne et qualifie ce qui dans la vie psychique individuelle et familiale porte l'empreinte de l'inceste*

non-fantasmé ». Rappelons aussi que « *l'inceste n'est pas l'œdipe, qu'il en est même le contraire* ».

Les familles internes œdipiennes figurent des représentations générationnelles normales où les parents y sont plus âgés et plus grands que les enfants. Ainsi la différenciation des générations, des êtres, des sexes, des morts et des vivants est acquise. Les fantasmes de séduction narcissique et sexuelle co-existent mais la séduction sexuelle prédomine dans le couple. La relation de contenance initiale des partenaires a été vécue de la façon suivante : l'objet maternel a été contenant et a été introjecté comme tel. Les angoisses primitives catastrophiques claustrophobiques (angoisse « du trop serré ») et agoraphobiques (angoisse « du laissé tomber », « du trop lâché ») ne sont pas excessives.

Dans les familles internes antœdipiennes, la différenciation générationnelle est mal ou pas acquise. La séduction narcissique est prévalante et la séduction sexuelle se met pathologiquement à son service. Le fantasme d'auto-engendrement est sous-jacent à cette organisation psychique. Les enfants et les parents peuvent être à égalité générationnelle : ils ont imaginativement le même âge, ou bien encore, les parents des parents sont imaginés frères et sœurs, et ainsi de suite.

Il peut aussi s'agir d'un renversement générationnel : l'omnipotence infantile est figurée par des parents plus jeunes et plus petits que les enfants ; les enfants sont ainsi les parents des parents. Ici, la différenciation des générations, des êtres, des sexes, des vivants et des morts n'est pas bien acquise et des confusions de tous ordres ont lieu, parfois massivement.

La relation précoce des partenaires a été dominée par une dépendance infantile pathologique à la mère contenante. Tantôt il s'agit d'une dépendance excessive à l'objet, d'une quête frénétique de l'objet, tantôt défensivement contre cette dépendance pathologique s'est constituée une auto-contenance mégalomane. Cette auto-contenance pathologique est vraisemblablement le terreau du fantasme d'auto-engendrement .

Un couple consulte pour tristesse, conflits fréquents et surtout perte des relations sexuelles depuis la naissance de leur fils qui a maintenant cinq ans. Le mari et la femme ne comprennent pas ce qui leur arrive. Ils sont de niveau culturel élevé, très appliqués à éduquer leur enfant et à le choyer. Leur famille se présente essentiellement comme une institution. Elle a évincé toute sexualité. Dans ses antécédents, la mère avait été fréquemment corrigée et sermonnée par sa mère (grand-mère maternelle) qui lui disait : « *Tiens-toi bien ! Assieds-toi correctement ! Baisse ta jupe et serre les jambes quand tu t'assieds ! Tu sais ton père est un homme !* ». Lorsqu'elle allait se coucher, elle devait tirer son verrou pour les mêmes raisons. Ce climat incestuel s'expliquait par le fait que la mère de la patiente (la grand-mère maternelle de l'enfant) avait subi une tentative de viol de la part de son père (l'arrière-grand-père maternel de l'enfant) vers l'âge de 16 ans. Quant au mari, il n'avait pratiquement pas connu son père car ses parents s'étaient séparés très précocement. Lorsque sa mère se disputait avec son second mari, elle mettait ce dernier à la porte et prenait son fils dans son lit. Ces agirs incestuels ont existé jusqu'à l'âge de 15 ans, âge auquel il est parti de sa famille.

Il habitait alors un studio tout seul. Il semble, comme dans l'histoire d'Œdipe, que la naissance de ce fils ait fait émerger des

fantasmes incestueux partagés par le père et la mère. Les parents avaient alors la crainte inconsciente qu'une relation incestueuse ait lieu avec leur fils et avaient défensivement tenté d'éliminer toute sexualité dans leur couple et dans la famille.

Tout se passait comme si les parents se disaient: « *Si nous supprimons la sexualité de notre couple, de notre famille, nous vivrons sans drame* ».

Dans cette sphère incestuelle ou incestueuse, dans cette sphère antœdipienne les phénomènes d'emprise sont au premier plan, les fantasmes envieux y sont exacerbés, les agirs envieux y sont fréquents. Les angoisses sont volontiers des angoisses catastrophiques primitives, agoraphobiques ou claustrophobiques. Il est fréquent d'observer une répartition dans le couple de ces deux formes d'angoisse : l'un est porteur des angoisses claustrophobiques primitives, l'autre des angoisses agoraphobiques primitives. Le partenaire agoraphobe recherche la présence du partenaire claustrophobe, ce qui renforce les angoisses claustrophobiques de ce dernier et le pousse à s'éloigner. Ainsi un cercle vicieux s'établit, des interactions conflictuelles surviennent. Le sujet agoraphobe tend à devenir intrusif et le sujet claustrophobe rejetant, voire humiliant.

Ainsi les phénomènes paradoxaux du registre antœdipien, sont à l'origine d'une impasse relationnelle du couple. Nous avons pu décrire des relations paradoxales entre les partenaires du couple et dans le transfert que nous pouvions résumer de la façon suivante : « *Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel* ».

D. Anzieu a énoncé d'autres formes de paradoxe : « *Nous sommes un bon couple, dont chaque membre est mauvais pour l'autre* ».

Ou bien encore : « *Nous sommes de bons membres qui formons un mauvais couple* ».

Enfin, pour R. Kaës, les alliances inconscientes du couple telles que la communauté de déni, « *permettent de comprendre comment, dans les modalités névrotiques et psychotiques du refoulement, se constitue ou a choppe à se constituer, pour les sujets singuliers, en raison de l'enjeu de leurs liens, la fonction refoulante.* » « *Elles sont, dit-il, des formations de l'appareillage psychique des sujets d'un ensemble intersubjectif* ». Un couple dans le cas qui nous préoccupe.

Les alliances inconscientes sont au service de la fonction refoulante. Dans l'exemple que nous venons de donner la communauté du déni, l'alliance inconsciente porterait sur le déni des relations d'objet incestuel dans leur famille d'origine et dans leur couple. Ce déni protégeait leur enveloppe commune narcissique idéalisée constituée lors de la création de leur couple.

III. Cadres psychanalytiques de la thérapie du couple

Le plus souvent l'échange est uniquement verbal. Parfois une indication psychodramatique est posée, ce qui donne une place essentielle au jeu. Les psychanalystes, habituellement, proposent des rencontres hebdomadaires ou bi-mensuelles. Ils invitent le couple à parler librement de leur couple, en couple. La règle de non-omission, spécifique de la situation psychanalytique individuelle est remplacée ici par une invitation à parler librement plutôt qu'une contrainte à ne rien omettre.

La constitution de secrets individuels marquera fréquemment, en effet, la progression de la thérapie du couple. En somme, chacun dit ce qu'il souhaite dire. Il ne s'agit pas ici de la règle du « tout dire », comme dans l'abord individuel. On parlera alors d'association libre verbale du couple.

Lorsque les manœuvres perverses dans un couple pervers sont massives et fréquentes, nous proposons désormais dans un premier temps des rencontres ponctuelles consacrées au dévoilement des manœuvres perverses sans donner ainsi une trop grande prise aux agirs envieux du couple envers la situation psychanalytique. C'est éventuellement dans un deuxième temps lorsque de l'angoisse apparaîtra qu'un cadre de rencontres régulières pourra être mis en place.

L'association libre verbale du couple est associée à la règle d'abstinence. Le couple doit renoncer à l'obtention de conseils, de solutions concernant la réalité quotidienne, au partage de relations privées ou sociales avec le ou les analystes. La règle de restitution oblige l'analyste à restituer le contenu de ce que pourrait lui dire entre les séances un des membres du couple. Seul le couple sera reçu. Il n'y a pas de rencontre individuelle.

IV. Indications

Dans une famille, les indications de thérapie de couple ont lieu lorsque les difficultés relationnelles rencontrées sont localisées essentiellement au couple.

Le couple reconnaît que le dysfonctionnement se situe à son niveau. Il s'agit le plus souvent :

- de conflits verbaux ou physiques avec parfois désirs de séparation ;
- de dépression avec perte des désirs sexuels ;
- de troubles sexuels apparu après la naissance d'un enfant ;
- d'angoisses catastrophiques : l'un des partenaires se sent étouffé par l'autre qui se sent lui-même abandonné.
- de crainte de passage à l'acte meurtrier dans le couple associé à des passages à l'acte incestueux envers les enfants.
- l'un des partenaires se plaint des agirs d'emprise incessants de l'autre.

V. Structure des différents types de couple

Les relations perverses narcissiques sont fréquentes avec leur cortège de manœuvres sado-masochiques et de provocation, de manœuvres de séduction mensongère, de disqualification de tous ordres, d'injections d'angoisse et de manœuvres confusionnantes. Rappelons, à cette occasion, le très bel ouvrage de Maurice Hurni et Giovanna Stoll qui traite du lien pervers dans le couple et de la tension intersubjective perverse.

Ici le travail interprétatif doit être précédé d'un travail de dévoilement des manœuvres perverses, de telle façon qu'une certaine quantité d'angoisse nécessaire au travail analytique apparaisse. Ces manœuvres d'emprise paradoxale jouissives empêchent dans un premier temps l'établissement d'un cadre de

rencontres régulières. Alors le couple occupe volontiers une position narcissique phallique : c'est la relation dominant-dominé qui est investie préférentiellement. Une lutte pour la possession d'un pénis imaginaire tout-puissant fait rage.

L'association d'une organisation psychotique chez l'un des partenaires et d'une organisation perverse chez l'autre est aussi un cas de figure fréquent.

Quelques soient les structures individuelles des partenaires les phénomènes paradoxaux sont fréquents ainsi que les manœuvres perverses.

VI. Les transferts

Nous distinguons trois catégories d'objets dans les thérapies collectives : l'objet-individu, l'objet-couple et l'objet-groupe. Voici résumées les différentes figures transférentielles :

- le transfert groupal global sur le groupe thérapeutique comme objet transférentiel : un des partenaires ou bien les deux partenaires du couple transfèrent sur le groupe thérapeutique (couple et analystes) comme objet ;
- le transfert groupal central du couple sur le ou les analystes : ici l'objet transférentiel est le ou les analystes. Le couple comme unité transfère sur le ou les analystes.
- les transferts latéraux entre partenaires du couple.

Bibliographie

Anzieu D., *Créer, détruire*, Paris, Dunod, 1996.

- Anzieu D., Bejarano A., Kaes R., Missenard A., Pontalis J.-B., *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Dunod, 1975.
- Caillot J.-P., « *Le faux et le renversement générationnel* », Revue «Gruppo », n° 8, Paris, Apsygée, 1992.
- Caillot J.-P., « *Envie, sacrifice et manœuvres perverses narcissiques* », RFP, n° 3, Paris, P.U.F., 2003.
- Caillot J.-P. et Decherf G., *Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalité*, Paris, Clancier-Guenaud, 1982.
- Caillot J.-P. et Decherf G., *Psychanalyse du couple et de la famille*, Paris, Apsygée, 1989.
- Caillot J.-P., Decobert S., Pigott C. (dir.), *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale*, Paris, Editions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale, 1998.
- Eiguer A., *Clinique psychanalytique du couple*, Paris, Dunod, 1998.
- Freud S. (1912-13a), « *Totem et tabou* », OCF-P, XI, Paris, PUF, 2005.
- Freud S. (1914c), « *Pour introduire le narcissisme* », OCF-P, XII, Paris, PUF, 2005.
- Freud S. (1921), « *Psychologie des masses et analyse du moi* », OCF-P, XVI, Paris, PUF, 2003.
- Hurni M. et Stoll G., *La haine de l'amour*, Paris, L'Harmattan, 1996.
- Kaes R., « *Pacte dénégatif et alliances inconscientes* », in *Autour de l'inceste*, Paris, Editions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale, 1999.
- Laplanche J. et Pontalis J.-B., *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF, 1967.
- Lemaire J.-G., *Les thérapies du couple*, Paris, Payot, 1971.
- Racamier P.-C., *Le génie des origines*, Paris, Payot, 1992.
- Racamier P.-C., *Cortège conceptuel*, Paris, Apsygée, 1993.
- Ruffiot A., *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod, 1981.
-

Le psychodrame analytique

Auteur(s) : Gérard Bayle

Mots clés : clivage - déni - Diatkine (René) - idéalisation - Kestemberg (Évelyne) - Lebovici (Serge) - Moreno (Jacob Levy) - psychodrame (de groupe) - psychodrame (individuel en groupe) - psychodrame (psychanalytique) - transfert groupal - transfert latéral

Le psychodrame analytique.

□ Figurations et relances des processus psychiques

- [Introduction](#)
- [Les origines](#)
- [Le jeu des processus de défense](#)
- [Théorie de la pratique du psychodrame](#)
- [Transfert et groupe](#)
- [Indications et contre-indications](#)
- [Bibliographie](#)

Introduction : Place formelle du psychodrame dans la pratique analytique

Le groupe, le corps et la psychanalyse

Au sein de toutes les pratiques analytiques, le psychodrame connaît une place croissante. Cette activité est passée de la recherche confidentielle à des applications thérapeutiques bien implantées dans de nombreuses institutions de soins et dans quelques pratiques libérales. Parallèlement à l'intérêt qu'il suscita dès son introduction en France, ses indications se sont de plus en plus spécifiées dans les dernières années. Il y a vingt ou trente ans, c'était souvent une indication de secours après des échecs de cures analytiques classiques ou des psychothérapies en face à face. Par ses références explicites au corps, à l'acte et au groupe, et tout en restant analytique grâce à la conflictualité inconsciente, au transfert et aux mécanismes de défense, il permet l'exploration et le traitement de Les pathologies du narcissisme en sont les principales indications. certains processus psychiques autrement inaccessibles.

Sans pour autant manquer de rigueur, la pratique du psychodrame est moins formalisée que celle des cures types. Malgré des variations de cadre qui tiennent à la formation de tous et à la créativité de certains, des constantes sont retrouvées. Une théorie psychanalytique les anime, la participation corporelle et gestuelle y est omniprésente et cela se passe toujours en groupe, quel que soit le nombre des thérapeutes et des patients. Dans tous les cas, une triangulation implicite est instaurée.

Le psychodrame dit « individuel »

Un patient, un meneur de jeu et deux à cinq ou six acteurs se retrouvent hebdomadairement pendant une demi-heure à jour et

heure fixes. Dans une activité libérale, les honoraires sont convenus à l'avance et se règlent en espèces à la fin de chaque mois. Les séances manquées sont dues. Il en va bien sûr autrement dans les institutions en ce qui concerne ces deux derniers points. Par convention, le meneur de jeu ne joue pas, les acteurs peuvent tout jouer sauf leur propre rôle et le patient sait qu'on peut tout jouer, idées, rêves, sensations, entités diverses, personnages divers, doubles du patient, etc.

La séance commence par quelques évocations, souvenirs, sensations, fictions, etc. du patient qu'il met en scène en distribuant les rôles avec l'aide du meneur de jeu. Puis les acteurs et le patient se rendent dans la partie de la pièce qui par convention est désignée comme espace scénique. Là, à partir des idées qui leur sont venues, les uns et les autres laissent se développer un jeu. Une conflictualisation tolérable s'y glisse le plus souvent, permettant de déployer toute une palette de figurations. Eléments désavoués ou rejetés, résistances à des désirs refoulés, renvois à l'enfance ou à d'autres spectres d'identité sont mis en place. Les protagonistes bougent, ébauchent des gestes évocateurs sans pour autant dépasser le registre de l'allusion. Des enfants diraient qu' " on-fait-comme-si " et les contacts, s'ils existent, sont discrets, jamais insistants ni *a fortiori* hors du domaine de l'allusif. Le meneur de jeu, en attention flottante, perçoit les déplacements de chacun, les ébauches de fantasmes, les manifestations de défense, les chorégraphies et prosodies privées auxquelles il peut répondre soit par l'envoi de nouveaux acteurs, soit par quelques directives, soit par l'arrêt d'une scène à un moment marquant de celle-ci, l'idéal étant de pouvoir donner à cet arrêt, dans un moment de vérité symbolisante et subjectivante pour le patient, une valeur de

scansion sans pour autant lever la séance avant sa fin prévue. Les jeux s'enchaînent les uns aux autres en fonction des associations qu'ils suscitent. Dans une équipe suffisamment rodée, la confiance mutuelle des analystes et du patient permet d'éviter les blessures narcissiques. Le narcissisme du patient est soutenu par des interventions indirectes du meneur de jeu : rôles de doubles, repérage des mouvements d'*insight*, arrêts de scènes qui pourraient gêner par trop le patient ou un acteur, respect des émotions des uns et des autres. L'essentiel des interprétations se fait par le jeu, mais elles se font aussi comme dans une cure classique, sous la forme d'interprétations dans le transfert. Pour des raisons d'indications, les constructions se font plutôt dans les jeux de même que les interprétations de transfert rendues ainsi plus tolérables et accessibles. Des interprétations groupales, concernant les mouvements psychiques de l'ensemble des participants sont aussi possibles.

Le psychodrame dit « individuel en groupe »

S'adressant à plusieurs patients, trois ou quatre par exemple, qui ne se connaîtront que par leurs prénoms, ne se rencontreront pas en dehors de ce cadre et seront tenus au respect du secret, il se déroule sur le mode précédent avec une semblable équipe d'analystes. Chaque patient décide à son tour de son propre jeu, mais les autres peuvent recevoir un rôle. L'enchaînement des scènes des uns et des autres a souvent une valeur associative groupale dont l'interprétation est plus souvent implicite qu'explicite. Le groupe s'est étoffé tout en gardant sa structure ternaire : les patients, les analystes co-thérapeutes et l'analyste meneur de jeu. L'implication de chacun des patients est moins

vive et le sous-groupe qu'ils forment a sa dynamique propre ; c'est très net dans les psychodrames d'adolescents ou de patients psychotiques.

Le psychodrame dit « de groupe »

Abandonnant délibérément les interprétations individuelles au profit de celles qui découlent des émergences de l'inconscient groupal, cette approche ne nécessite pas un grand nombre d'analystes. Un meneur de jeu et un acteur peuvent suffire. Elle est largement mise en œuvre pour des sensibilisations ou des formations, encore que certains analystes l'utilisent dans un but psychothérapeutique.

Les origines

Moreno

Le *théâtre de la spontanéité* est aux origines immédiates du psychodrame analytique. Il fut créé et animé par Moreno, d'abord à Vienne dans les années vingt, puis en Amérique où il a connu une certaine extension. Son but principal est de donner figuration à des expressions psychiques inexprimées. Mais les expressions cathartiques laissent les patients face à des impacts dépressifs ou traumatiques dont le devenir conscient n'implique pas de remaniements inconscients allant dans le sens d'un supplément de symbolisation et surtout de subjectivation, d'où l'intérêt d'une cure psychodramatique analytique dont les buts vont au-delà du « décoincement » de l'affect.

Les analystes français

Aussi, à la fin de la dernière guerre, sous l'influence de Mireille Monod, les psychanalystes Serge Lebovici, Evelyne Kestemberg et René Diatkine ont adapté et utilisé le dispositif créé par Moreno. Parallèlement, Didier Anzieu l'a introduit dans les thérapies psychanalytiques d'enfants et d'adolescents, et l'a pris comme moyen de sensibilisation à la psychanalyse pour des étudiants en psychologie. Chez les lacaniens, Simone Blajan-Marcus puis Eugénie et Paul Lemoine ont créé la SEPT. Dans tous les cas, et au-delà de divergences théoriques, l'accent fut mis sur la figurabilité, l'expression par l'acte allusif et l'impact du groupe. Ce que la cure de parole n'apporte pas (ou plus) peut être alors être figuré. Au fil des cinquante dernières années, la pratique du psychodrame en France a connu un essor important malgré quelques réticences de la part d'analystes qui craignaient l'influence de la méthode cathartique ou l'introduction d'impuretés psychanalytiques par référence à l'*acting in*, qui constitue une attaque désymbolisante du cadre. On aurait pu en dire autant, et tout aussi vainement, du jeu dans les thérapies d'enfants. Le succès du psychodrame tient à son efficacité comme soin, mais aussi à ses apports aux autres approches pratiques et à certaines clarifications théoriques. La pratique du psychodrame à l'étranger est inégalement pratiquée sous sa forme analytique. A titre d'exemples, on notera qu'il fut discrètement maintenu en Hongrie au temps du communisme d'état. Réintroduit par Ladame en Suisse dans des traitements d'adolescents, en voie d'implantation en Belgique et au Québec, il est absent des cadres thérapeutiques anglo-saxons.

Le jeu des processus de défense

La série déni, idéalisation, clivages

En jouant sur les conditions de rétablissement du jeu du refoulement, le psychodrame tend à limiter les nécessaires recours défensifs d'urgence que sont les dénis, idéalisations et clivages mis en place par les patients pour se protéger contre la désintrication pulsionnelle. En clinique, un patient peut idéaliser un mode de vie sexuelle, sa défense et l'illustration de ses avantages. Dans le même temps il peut dénier les différences symbolisantes qui existent entre les sexes, les générations, les vivants et les morts. Pour autant, il n'ignore pas que les hommes et les femmes, les enfants et les adultes, les vivants et les morts sont différents. Ce paradoxe et ces contradictions ne le troublent pas. Un clivage du moi résulte de l'association déni/idéalisation et lui évite toute remise en cause de ce qu'il sait mais qui ne l'affecte pas. C'est très progressivement, sous protection narcissique dans un transfert rendu tolérable par ses latéralisations sur les divers acteurs qu'il en vient à ranimer les processus de refoulement. Le jeu des acteurs lui a fourni, petit à petit, des figurations de substitution à celles qu'elle idéalise ou dénie.

Théorie de la pratique du psychodrame

Le psychodrame comme rêve imparfait

Par ses apports figuratifs, le psychodrame analytique est comparable au jeu de la perception dans la mesure où elle fournit

des restes diurnes comme matériaux représentatifs des pensées du rêve. Tout ce que proposent les acteurs a valeur de reste diurne en quête de rêve à représenter, de fantasme à figurer. Freud a montré (1900) que tous les personnages d'un rêve sont des figurations du rêveur lui-même ; le psychodrame analytique propose des acteurs comme " doubles " du patient lui-même. Sur la scène, dans le jeu, que ce soit explicitement ou implicitement, ces collègues deviennent des figurations possibles pour le monde psychique du patient. Désirs, défenses, résistances, objets internes, enveloppes, instances, ils peuvent tout figurer.

On peut mieux comprendre la comparaison avec le rêve si l'on considère que séance après séance, le patient sort de la sidération et de l'immobilité psychique pour accéder de façon douloureuse mais tolérable à des scènes comparables à des cauchemars. Ensuite, ils peuvent en dire que ce n'était qu'un jeu, tout comme au réveil on pourrait dire du cauchemar que ce n'était qu'un mauvais rêve. Le réveil des affects n'est cependant pas sans poser de problèmes dans la mesure où ils sont parfois difficiles à qualifier.

L'une des fonctions du meneur de jeu qui est et reste en tous temps l'analyste du patient est de considérer que les acteurs sont aussi des représentants de sa propre personne des doubles de lui-même dans le temps où ils sont aussi des doubles du patient. Il peut donc leur donner quelques consignes de jeu ou encore faire confiance à leur soutien interprétatif dans le jeu. Ainsi est-il possible de qualifier les affects, de les rendre tolérables et d'écarter la comparaison avec le cauchemar, au profit de celle avec le rêve imparfait dont on se souvient un certain temps après le réveil. Le travail psychique se poursuit de séance en séance

grâce à ce côté imparfait du jeu.

Il ne faudrait pas pour autant penser que donner à figurer au patient suffit à relancer les processus de refoulement. Il va de soi qu'une scène imparfaite, tout comme un rêve imparfait, implique une conflictualisation. Les acteurs se chargent habituellement de ne pas satisfaire pleinement les demandes du patient. Le côté allusif du jeu s'y oppose de toute façon, mais de plus, il est très inhabituel de jouer exactement ce qui est demandé, dans le but d'introduire une conflictualisation.

De la rencontre des figurations proposées, des conflictualisations induites et du transfert sur le meneur de jeu naissent d'authentiques représentations psychiques lors des déclin des mouvements transférentiels sur le mode du *Déclin du complexe d'Œdipe* (Freud, S. 1924).

Il en va du psychodrame comme de toute cure analytique. Les progrès se font par mouvements de surinvestissement transférentiels, puis de déception et de renoncement à obtenir ce qu'on désire de confusionnant, incestueux et meurtrier. Faute d'*avoir* il faut se résigner à *être* et passer de l'espoir de fusion déssubjectivante et désymbolisante à l'assomption du manque, symbolisant et subjectivant. Reste à rendre tolérable la flambée du transfert si délicat à faire évoluer avec de tels patients ; le dispositif du psychodrame en donne les moyens ainsi qu'on va le voir.

Transfert et groupe

Transfert latéral

Les transferts latéraux, s'ils constituent des résistances au transfert sur l'analyste n'en sont pas moins de précieux auxiliaires de la poursuite de la cure analytique. Ils sont à respecter aussi longtemps qu'ils sont nécessaires, utiles et non destructeurs. Le psychodrame organise, de par sa disposition même, des possibilités de transferts latéraux sur certains acteurs privilégiés. D'aucuns joueront toujours les mêmes rôles (parentaux par exemple) mais d'autres ne seront jamais choisis et mis hors jeu dans un but de réserve ou d'expulsion (Aleth Prudent 1998). Le meneur de jeu dispose donc d'informations sur les transferts latéraux et peut en jouer au moment opportun si celui-ci se présente.

Transfert groupal

Les transferts latéraux se font non seulement sur des individus mais sur le groupe vite considéré comme une réplique narcissique du patient. Enveloppe protectrice plus ou moins étanche, plus ou moins trouée, stable, contrôlable du regard. Mais le groupe des thérapeutes joue un rôle de plus, et cette fois-ci, c'est au bénéfice du meneur de jeu.

Le contre-transfert de l'analyste est souvent éprouvant pour lui avec de tels patients. Le partage des réactions contre-transférentielles avec les autres collègues en atténue grandement la charge et le rend plus lisible. Cela se vérifie dans les discussions qui suivent les séances ou à partir de remarques faites par les acteurs au meneur de jeu qui peut être ainsi averti de mouvements qui lui sont propres dans la conduite de la cure mais

dont il refoule la perception ou dénie l'importance.

Dans une perspective groupale, l'ensemble des liens stables ou éphémères entre les membres du groupe de thérapeutes constitue un intertransfert. Sa prise en compte et son analyse donnent des renseignements inestimables sur le statut des représentations psychiques des patients. Ainsi peut-on dégager ce qui se joue dans leur propre topique de ce qui se joue dans les scènes de psychodrame, et distinguer cet ensemble là d'une troisième scène, celle de la conflictualisation de l'intertransfert, troisième scène non dite, jeu en coulisse, siège d'un reste inter-psychique qui demande à être mis en forme dans le jeu ou dans l'intra-psychique.

Indications et contre-indications

Le psychodrame analytique agit à la jonction des mouvements pulsionnels de vie ou de mort désintriés et des formations du moi dans lesquels ils s'engagent, là où les circuits courts déversent de l'énergie érotique ou destructrice dans les formes d'accueil que sont les produits de circuits longs.

Psychodrame dit « individuel »

Pouvoir supporter l'approche psychodramatique sans trop déstructurer ce qui sert à contenir le sentiment d'être soi n'est accessible qu'à certains patients. Ce sont ceux qui utilisent déjà au mieux les structures psychiques d'accueil dont ils disposent. Se sont surtout ceux qu'on peut qualifier d'états-limites, jouant à fond de leurs potentialités névrotiques et sublimatoires, mais, justement, à la limite de leurs possibilités. Il en va parfois de

même pour ceux qui trouvent un recours dans des actes pervers et qui ont donc besoin de la psyché d'autrui comme structure de décharge.

Certains patients fortement engagés dans une structuration psychotique peuvent bénéficier d'un psychodrame individuel alors que leur présence dans un groupe de patients serait trop pesante pour la dynamique d'une telle structure.

Mais il faut parler ici de toutes les situations dans lesquelles se déploie un psychodrame qui ne porte pas son nom mais plutôt celui de jeu dramatique. Nous pensons ici à toutes les psychothérapies d'enfants lorsque l'analyste et le patient jouent à prendre des identités mythiques ou convenues à l'avance. A telle petite fille qui a peur d'être seule chez elle par crainte qu'un inconnu malveillant n'y pénètre, on peut proposer qu'elle prenne le rôle de ce personnage, l'analyste prenant celui de l'enfant.

Psychodrame dit « individuel en groupe »

La protection narcissique constituée par le groupe des patients, en plus de celui des thérapeutes constitue un abri narcissique au sein duquel il est possible de se sentir en sécurité en estompant les divers mouvements d'expression de l'identité propre à chacun au profit de celle du groupe. Ainsi est-il possible de ne pas jouer forcément en premier et d'utiliser un courant associatif qu'on a pas initié soi-même. Lorsque l'inhibition est ou risque d'être massive, le soutien du groupe permet d'en faire assez vite l'économie. De plus, comme il est possible d'intervenir en tant qu'acteur thérapeute dans les jeux des autres membres du

groupe, une liberté de pensée, de parole et d'acte peut trouver à s'exprimer au service des scènes des autres en révélant la finesse, la sensibilité, la pertinence et l'intelligence de l'intervenant qui n'est pas ainsi au premier plan.

Les patients aux remaniements psychiques rapides et/ou fragiles en profitent au mieux. C'est tout particulièrement le cas des adolescents et des préadolescents, mais aussi de tous les patients adultes qui doivent voiler d'inhibitions diverses les mouvements pulsionnels angoissants dont ils perçoivent plus ou moins bien la proximité. Le jeu des autres donne toute sa dimension de déplacement à un jeu dont à priori ils auraient tendance à se méfier, dont ils redouteraient quelque effet de vidange cathartique excessive. Leurs craintes implicites sont justifiées car là où l'analyste pourrait craindre un collapsus topique, ils auraient à rencontrer un épisode de désêtre.

Psychodrame dit « de groupe »

Mais le psychodrame peut élargir la dimension groupale au point de ne plus faire appel aux interventions, constructions et interprétations individuelles. Le meneur de jeu n'intervient que sur un groupe et ne parle que de lui. Il en va ainsi dans les psychodrames familiaux ou dans ceux qui s'adressent à un groupe de patients réunis sur la base d'un trait narcissique commun. C'est par exemple le cas d'un psychodrame à durée limitée dans le temps qui s'adresse actuellement à un groupe de patients qui ont en commun d'avoir fait de longues et répétitives psychothérapies et psychanalyses. De l'intérieur du jeu, il est possible pour chacun d'eux et pour l'actrice thérapeute de faire des commentaires individuels s'adressant à tel ou tel d'entre eux, mais le meneur de

jeu tente et se contente de repérer les mouvements affectifs, pulsionnels et défensifs communs à tout le groupe. Il s'agit alors de mettre à distance l'idée d'une toute puissance de la pensée qui infiltrerait la psychanalyse et ferait d'eux des patients à vie, tout puissants dans leur toute impuissance à aller mieux et dans leur démonstration omnipotente de l'inanité de l'analyse et de toute autre approche. Pour d'autres analystes, il est important de laisser tout son jeu à des mouvements pulsionnels groupaux dont les cures individuelles ne mettent pas tous les éléments en valeur.

Bibliographie

- AMAR N., BAYLE G., SALEM I., *Formation au psychodrame analytique*, [Paris, Dunod, 1988.
- AMAR N., BAYLE G., SALEM I., *Aux sources de l'identité par le psychodrame*]in : Revue Française de Psychanalyse, 1991, vol. 55, n° 2-3: 6274-646.
- ANZIEU D., *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Puf, 1979.
- AVRON O., *La pensée scénique*, [Paris, Erès, 1998.
- JEAMMET P., KESTEMBERG E., *Le psychodrame analytique*, [Collection "Que sais-je ?" - Paris, Puf, 1987.
- LEBOVICI S., DIATKINE R., KESTEMBERG E., *Bilan de dix ans de pratique psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent*] in : La psychiatrie de l'enfant, 1958, vol.1, n° 1.
- MORENO J.L., *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, [Paris, Puf, 1959.
- PRUDENT A., *Les doubles au psychodrame analytique*]in : Revue de Psychologie Clinique, 1998-1999.