

Travailler psychanalytiquement à plusieurs et avec la famille en hôpital de jour pour adolescents

Auteur(s) : Bernard Penot

Mots clés : adolescent/adolescence - communauté de déni - déni (communauté de -) - désaveu - psychodrame - psychoses de l'adolescence - reconnaissance mutuelle - subjectivation - synthèse clinique - transfert

Pour rendre mieux saisissables les raisons d'être d'un dispositif comme celui que nous avons fait fonctionner ces dernières décennies à l'hôpital de jour du Cerep-Monsouris (Paris, XIVème) le mieux est sans doute d'évoquer succinctement les modalités de sa mise en place. Le départ en fut la chance saisie par Raymond Cahn, au début des années 70, de pouvoir créer cette nouvelle institution de jour pour adolescents. Lorsque nous nous sommes trouvés à pied d'œuvre, avec le premier noyau d'une équipe, nous avons d'abord constaté que nous n'avions guère d'idées arrêtées sur ce qu'il convenait de faire avec les adolescents qui nous arrivaient.

Deux données s'imposaient tout de même au départ.

- D'abord, l'option qui était la nôtre de nous servir de l'outil

psychanalytique pour comprendre ce qui pouvait se passer. Sauf que les conditions habituelles de travail d'un psychanalyste n'ont guère de commune mesure avec l'accueil d'adolescents très perturbés durant des journées entières...

- D'autre part, il y avait cette pathologie adolescente que nous devons affronter. Il s'agissait surtout de décompensations psychotiques de l'adolescence - soit avec une production délirante caractérisée, soit des conduites pathologiques (délire en actes). En somme, des jeunes non déficitaires au plan intellectuel (capables de mener des études secondaires) mais très malades.[1]

Notre équipe pluri-professionnelle s'est rassemblée autour d'une hypothèse commune de travail : celle de concevoir les symptômes présentés par nos adolescents comme effet *d'un défaut de repères symboliques* utilisables psychiquement par eux, d'outils psychiques qui leur permettraient de mentaliser leur expérience de vie, de surmonter celle-ci de façon non traumatique - autrement dit, rendre leur expérience *subjectivable*. Ce maître mot de **subjectivation** s'est peu à peu imposé à nous pour désigner l'objet même de notre effort thérapeutique - objet bien sûr particulièrement complexe, nous y reviendrons pour finir.

Recevant donc ces adolescents en décompensation psychotique avec leur famille, nous pouvions le plus souvent constater que leur manière de chercher à rendre compte de ce qui leur arrivait rendait une tonalité *pseudo* - comme un discours de *couverture*, pour (se) donner le change... Les explications spontanées de leurs troubles ressemblent aux pseudo-raisons généralement invoquées par les phobiques scolaires, à l'allure de prétextes assez fumeux...

Mais en écoutant simultanément la famille, nous ne manquons pas de constater que là où la parole du jeune échouait, et laissait place aux manifestations délirantes ou comportementales, nous pouvions généralement entendre du côté des parents une difficulté correspondante, génératrice d'évitement et de malaise. Cette attitude globalement défensive recouvre un vécu familial de blessure narcissique - que chacun s'applique à autant que possible à éviter en l'excluant du discours.

Dès 1914, Freud a caractérisé ce mode de défense narcissique - *le rejet hors discours* - à propos du cas de l'Homme aux Loups. Il a pu le différencier de la défense névrotique par *refoulement* : la chose traumatique n'y est pas effacée en tant que telle, c'est seulement sa signification qui est gommée. C'est cela qui caractérise ce que Freud va appeler dorénavant *le déni de réalité (Verleugnung)* [2]. Mais c'est une défense qui n'est pas seulement le fait du Moi du patient mais relève d'une communauté (familiale) de déni. En outre, un tel *rejet hors sens* s'avère foncièrement *dé-subjectivant*, comme en témoignent les multiples signaux de détresse émis par le jeune - symptômes d'une sorte d'*aliénation* à soi-même. Tout se passe alors, en effet, comme si l'adolescent se trouvait dépossédé des moyens de *subjectiver* en propre ce qui lui arrive.

C'est dire combien il serait vain de la part du psychanalyste d'attendre du discours du jeune patient lui-même qu'il lui apporte obligeamment les éclaircissements permettant de comprendre ce dont il pâtit si manifestement. Car tout se passe bien plutôt comme si l'adolescent avait été privé des repères de discours (signifiants) qui lui permettraient de traiter psychiquement les données de sa difficulté existentielle. Celles-ci en viennent plutôt à

dessiner les contours d'une sorte de '*trou noir*' dans sa vie psychique (sa *vie d'âme* - *Seelenleben*, dit Freud).

Cette image du "trou noir" apparaît d'autant plus pertinente qu'elle associe à la notion de défaut d'image (psychique) celle d'importants effets occultes d'attraction. Avec de tels adolescents, prétendre ne travailler que sur leur production langagière ferait ressembler au quidam recherchant sa montre sous un réverbère - non parce qu'il pense que c'est le lieu de sa perte, mais tout simplement parce que là au moins il y a de la lumière ! Cela semble plus sûr de traiter ...le déjà symbolisé...

Tout cela nous a assez vite confirmés dans l'idée de base que l'hôpital de jour devait avant tout être conçu comme un outil aidant au développement de capacités de subjectivation entravées. Il lui fallait pour cela présenter au moins deux qualités intrinsèques :

- Avant tout constituer un véritable *lieu de vie* pendant la journée, et non un office distributeur d'actes techniques - être un espace d'interactions vécues, partagées entre adolescents et adultes, et aptes à **donner naissance à un discours** rendant compte de ce vécu. Le modèle référentiel de cela est bien entendu la relation première entre le nouveau-né et sa mère, faite de transactions pulsionnelles au sein desquelles se dégagent des repères signifiants pour étayer la subjectivité naissante...

- La deuxième qualité d'une telle institution de soins est donc qu'elle puisse se constituer comme lieu de **reprise** des possibles défaillances des relations premières. Ce terme de *reprise* rend bien le double sens de reproduire et de réparer ! Quelque chose de défectueux va tendre à se réactualiser en se reportant sur

l'équipe. Celle-ci se trouve dès lors bel et bien embarquée dans une affaire de **transfert** - terme clé du travail psychanalytique.

Lacan (1968) a sans doute eu raison de dire que ce qui spécifie le mieux l'acte du psychanalyste, et le distingue de tout autre travail psychothérapeutique, c'est de « *supporter le transfert* ». [3] Mais la *reprise* qu'il s'agit d'assumer en hôpital de jour constitue un phénomène d'une nature particulière. Force est de considérer qu'il y a transfert et transfert ! Ce à quoi nous avons principalement affaire en institution est un mode de reproduction qui ne passe pas par le fantasme constitué, comme c'est le cas du transfert névrotique, dit encore transfert *objectal*.

J'ai proposé en commençant de restituer succinctement l'historique de notre façon de travailler au Cerep. Il me faut d'abord mentionner l'expérience du psychodrame psychanalytique. J'avais tenu dès le départ à mettre en place dans l'hôpital de jour une pratique du **psychodrame psychanalytique individuel**, avec plusieurs collègues psychanalystes venant de l'extérieur. En tant que psychiatre institutionnel dans l'hôpital de jour, je ne pouvais qu'assurer la fonction de directeur de jeu avec tel adolescent schizophrène dont j'avais fait l'admission et dont je suivais la famille.

Or quelle ne fut pas ma surprise de constater que le, ou la collègue désigné(e) pour assurer le rôle d'un des parents, par exemple, en imitait spontanément tel ou tel trait comportemental de façon frappante. La question surgissait : comment la personne jouant ce rôle avait-elle été si bien informée des attitudes de ce parent qu'elle n'avait jamais vu et dont nous avions si peu parlé ?

Je précise, en effet, que mes collaborateurs du psychodrame

préfèrent ne pas prendre connaissance du dossier du jeune, et me demandaient de n'en dire que le strict minimum. Quant à l'adolescent lui-même, sa discordance le rendait à peu près mutique... Par où donc avait pu passer une telle « information », amenant l'adhésion spontanée de la part d'un des acteurs à un trait de personnalité d'un parent ? Force était de supposer qu'au contact de ce jeune nettement psychotisé, quelque chose des qualités de son environnement familial avait pu *passer en direct* dans la psyché d'un des soignants. Pour nos esprits freudiens, cela semblait relever d'un phénomène de *transfert* - mais un transfert d'une qualité étrangement dé-subjectivée - une donnée partielle, un « trait » ne passant pas par un fantasme constitué du patient lui-même et encore moins par son discours...

Lorsque je rapportai cela en réunion de **synthèse clinique** avec l'équipe, l'idée a assez naturellement surgi que si un tel phénomène d'induction transférentielle pouvait se produire ainsi, avec des personnes ne fréquentant l'adolescent qu'une demi-heure par semaine en séance de psychodrame, à plus forte raison devait-il s'imposer subrepticement dans les interactions avec les *référents* (éducateurs, psychologues) tout au long des journées dans l'institution ! Et de fait, cette idée nous a beaucoup aidés, dans nos débuts, à mieux supporter les grandes difficultés que nous avions à nous accorder autour d'un adolescent donné.

Car nous nous rendions compte que dès lors qu'un adolescent en décompensation psychotique avait été admis dans l'hôpital de jour, son investissement DE (et PAR) l'institution (l'équipe) se manifestait généralement par un phénomène caractéristique. A la prochaine synthèse clinique, nous allions constater la mise en place d'un phénomène subjectif remarquable entre les

professionnels s'occupant du cas en question. Pour le dire brièvement, il s'agit du fait que des collègues s'entendant plutôt bien jusqu'alors en viennent à se soupçonner mutuellement d'incompétence et même des pires défauts... Cela se donne à percevoir, non pas tant en termes de conflit, mais plutôt *d'incompatibilité* entre les positions subjectives des uns et des autres - avec une remarquable impossibilité pour chacun des soignants impliqués de s'identifier au point de vue de l'autre (partenaire jusqu'alors) ; chacun se sentant assuré de son *objectivité* professionnelle.

Les protagonistes se découvrent avec surprise et incompréhension installés dans un rapport mutuel de *rejet-exclusion* et de *disqualification*. On remarque que la virulence de ce phénomène de *désaveu* mutuel invalidant s'avère généralement proportionnel au degré de psychotisation du cas - ce qui fait penser qu'il reproduit dans l'équipe un rapport *toxique* à l'œuvre dans le milieu d'origine. Autrement dit, qu'il s'agit *du transfert d'un rapport de désaveu*.^[4] Cela m'a conduit à chercher un modèle représentatif du déterminisme en jeu dans un tel travail. Je pense en avoir trouvé un dans le commentaire célèbre fait par Lacan (1964) dans « *Les quatre concepts fondamentaux de la Psychanalyse* » de la nouvelle d'Edgar Poe, « *La Lettre Volée* ». Ce séminaire (1955) fournit un support de compréhension de l'analyse du transfert à plusieurs - même si ce n'était pas précisément cela que Lacan voulait montrer. Lacan relève en effet que, dans la succession des scènes de l'histoire de Poe, les dispositions subjectives de chacun des protagonistes se trouvent déterminées par le rapport qu'il se trouve entretenir avec l'objet compromettant (la lettre). Poe relate un enchaînement de scénarios dans lesquels l'attitude subjective de chaque

personnage (roi, reine, ministre, préfet de police, détective...) va varier en fonction de sa position par rapport à cet objet énigmatique et embarrassant - tout comme l'est le psychotique *pris en charge*...

Or Lacan souligne qu'un tel déterminisme intersubjectif « resterait invisible de la salle » sans le procédé narratif particulier adopté par Edgar Poe. De façon analogue, il me semble que la modalité narrative de la *synthèse clinique* est ce qui peut permettre de saisir la distribution transférentielle habituelle autour d'un psychotique et tout aussi habituellement méconnue.

Il est en outre intéressant de vérifier que le degré de clairvoyance de chacun des professionnels ne va guère dépendre (au moins dans un premier temps) de sa compétence (psychanalytique notamment) ni de la formation qu'ils aura pu acquérir, mais bien plutôt du *positionnement* qu'il aura contracté avec le cas - son degré d'implication subjective inconsciente déterminant son degré d'aveuglement. Car de fait, ces positions subjectives sont a priori vécues par leur hôte comme fondées le plus objectivement, le plus professionnellement du monde. C'est le dispositif permettant leur mise en rapport les unes avec les autres qui fait percevoir leur étrange incompatibilité pour ce qu'elle est : une formule développée, projetée, du *déni-désaveu-clivage* inhérent au cas.

La constatation de ce phénomène eut donc pour conséquence d'amener les référents de l'équipe à souhaiter davantage de contact avec la famille des adolescents. Il semblait légitime en effet que chaque soignant puisse s'assurer par lui-même, auprès de la famille, de la nature de ces traits identificatoires repris à son insu et le mettant en difficulté dans ses rapports de travail dans l'hôpital de jour. Cela devint donc la règle au Cerep-Montsouris,

dès la fin des années soixante-dix, que les thérapies familiales (concomitantes à la prise en charge d'hôpital de jour) soient menées par les soignants ayant le plus directement l'adolescent en charge (psychiatre, référents, et tel ou tel autre professionnel jouant un rôle subjectif majeur auprès du jeune). Cette option nous a fait renoncer à l'idée de recourir à des professionnels spécialisés dans la thérapie familiale.

Reprenant l'idée évoquée plus haut de permettre *la naissance d'un discours*, je dirai que notre dispositif avec chaque famille se fonde sur l'expérience du temps partagé quotidiennement - moitié-moitié - entre l'institution et la maison en tant que milieux de vie. L'offre qui est faite à la famille est de parler ensemble de ce va et vient quotidien de l'adolescent, de nous permettre un échange mutuel de données à partir de cela. Ainsi la séance mensuelle équipe-famille (outre les multiples échanges informels au long de chaque semaine) se propose avant tout à travailler dans le sens d'une *reconnaissance mutuelle*.

Quant aux phénomènes de *transfert* constatés en synthèse, ils vont pouvoir se vérifier au travers de tels échanges avec la famille. *Des identifications croisées* s'y manifestent, plus ou moins partielles, par-dessus la barrière soignants-soignés. Cela humanise le rapport à la famille et constitue un pas vers la dépsychotisation.

C'est un bon indicateur de l'évolution favorable d'une thérapie de famille que l'apparition d'éléments de reconnaissance mutuelle. Cela peut être par exemple qu'un soignant confesse qu'il a pu reproduire lui-même tel ou tel comportement familial ; ou qu'un parent tienne à rapporter qu'il s'est souvenu durant le week-end de tel propos tenu ensemble... Des parents en viennent à faire état

de l'histoire processuelle de leur relation avec l'institution en déclarant se sentir devenus « *cerepiens* ». C'est-à-dire qu'ils se reconnaissent partie prenante du *mythe* de l'histoire thérapeutique...

Il semble très important que l'adolescent soit présent physiquement à ces échanges équipe-famille. Quel que soit son degré de régression ou de retrait manifeste, on ne doit pas le priver de l'occasion d'entendre sa famille s'exprimer autrement qu'elle ne l'a fait jusqu'alors à la maison. Il nous est en outre souvent apparu fructueux de solliciter la participation, même occasionnelle, de grands parents [5], et aussi de frères et sœurs.

À partir de cette mise en discours des interactions quotidiennes, les occasions ne vont pas manquer de remonter associativement dans l'histoire - d'abord celle toute récente de la prise en charge thérapeutique du jeune, mais aussi celle de sa famille elle-même. On rejoint là encore le mode de cheminement propre à la psychanalyse : mettre à profit *le hic et nunc de l'actualisation transférentielle* pour mieux élucider ses précédents historiques dans la vie du patient et de sa famille, et permettre leur mise en discours par l'intéressé.[6]

On ne cesse cependant de constater que la complexité même du processus de subjectivation le fait échapper à la *prédictivité*. Car on a beau faire, aucun rapport simple ne peut être établi entre l'effort consenti par des parents pour se mettre en cause et l'évolution de leur adolescent. Il peut aussi arriver que des parents fassent avec nous un trajet évolutif remarquable, sans que cela n'amène guère d'évolution chez le jeune lui-même ; et l'on peut voir aussi un adolescent évoluer de façon surprenante alors que ses parents sont demeurés réfractaires à toute collaboration...

Concomitamment à ce travail avec chaque famille, nous avons assez vite mis en place un **grand groupe de parents** [7]. Ce dispositif mensuel est différent du travail famille par famille. Il me semble qu'il œuvre avant tout dans le sens de restaurer la fonction parentale. Le cadre proposé au départ est qu'il s'agit d'une rencontre (mensuelle) entre parents et institution, pour aider chacun à mieux assumer ses responsabilités - et non d'un exercice psycho-dynamique à usage personnel. Mais du coup, la parole de beaucoup se trouve libérée par cette consigne restrictive...

Ainsi, la dimension restauratrice de responsabilité parentale peut déboucher sur des suggestions faites par les parents à l'hôpital de jour, et que l'équipe décide parfois de mettre en œuvre. Il est arrivé aussi que les parents, s'étant constitués en association (et même inter-hôpitaux de jour) effectuent des démarches auprès des pouvoirs publics pour défendre notre budget.

Je conclurai en insistant sur le fait que *la subjectivation* est un objet naturel complexe. On sait que la Physique moderne en est venue à considérer de plus en plus ce qu'elle appelle **des objets naturels complexes**. Ce qui caractérise de tels objets est qu'une seule théorie ne saurait en rendre compte ; et aussi qu'il est nécessaire de recourir à plusieurs dispositifs expérimentaux pour pouvoir observer l'un ou l'autre aspect de leur nature complexe. C'est la lumière qui inaugura historiquement la liste de ces objets complexes : sa nature ondulatoire et sa nature corpusculaire ne pouvant être mises en évidence par les mêmes dispositifs.

Or c'est peu de dire aujourd'hui que la subjectivité est un objet complexe ! Au point que beaucoup préfèrent encore s'imaginer que le sujet humain relève de *la méta-physique* - qu'il échappe aux

lois de la nature...

C'est par contre une caractéristique foncière de la démarche de Freud que d'avoir toujours conçu la psychanalyse - démarche subjective s'il en est - comme faisant partie des sciences de la nature, sous le primat du déterminisme psychique. La notion d'objet naturel complexe fait surtout ressortir combien le **dispositif utilisé** conditionne la saisie même qu'on peut en avoir. Lacan a bien stigmatisé l'« *imbécillité réaliste* » du chercheur [8]. Et c'est bien elle qu'on peut voir à l'œuvre de nos jours avec la mondialisation d'un parti pris pseudo scientifique de simplisme médical. Ce maître mot de **subjectivation** s'est peu à peu imposé à nous pour désigner l'objet même de notre effort thérapeutique - objet bien sûr particulièrement complexe...

Un célèbre proverbe chinois dit : « quand le sage montre la lune, l'imbécile regarde le doigt ». Or n'est-ce pas exactement ce que s'efforce d'imposer le DSM IV ? N'est-ce pas une forme d'imbécillité que d'imaginer atteindre davantage d'objectivité et de pertinence au travers de la fragmentation élémentaire des symptômes, en leur faisant perdre toute portée indicative ?...

C'est une optique inverse qu'on adopte en travaillant psychanalytiquement avec la famille. La démarche de tenter de saisir et faire travailler *le transfert* à plusieurs visées des effets d'une toute autre portée. On se propose de l'utiliser pour donner corps à l'expérience vécue ensemble d'une *reprise* de circonstances desubjectivantes du cas dans son environnement matriciel. La visée principale est d'en restituer toute la substance signifiante à l'adolescent pour qu'il parvienne à en nourrir sa subjectivation propre.

Bibliographie

- Freud S. (1914), « A partir de l'histoire d'une névrose infantile », *Œuvres Complètes*, XIII, Paris, PUF, 2005 (3^e éd.).
- Freud S. (1915), « Pulsions et destins des pulsions », *Œuvres Complètes*, XIII, Paris, PUF, 2005 (3^e éd.), p. 172.
- Freud S. (1919), « L'inquiétant », *Œuvres Complètes*, vol. XV, Paris, PUF, 2002, p. 147.
- Freud S. (1925), « La négation », *Œuvres Complètes*, vol. XVII, Paris, PUF, 1992, p. 168.
- Freud S. (1937), « Constructions dans l'analyse », in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1992 (3^e éd.), p.280.
- Kaës R., *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, 2010.
- Lacan J., Séminaire sur « La lettre volée » (Avril 1955) en chapitre I des *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966.
- Lacan J., « Les quatre concepts fondamentaux de la Psychanalyse » (1963-64), *Le Séminaire*, Paris, Seuil.
- Lacan J., Séminaire « L'Acte Psychanalytique » (1968), Paris, Seuil.
- Penot B., *Figures du déni, en deçà du négatif* (1989), réédition Erès, Toulouse, 2003.
- Penot B. 2001, *La Passion du Sujet Freudien, entre pulsionnalité et signifiance*, Toulouse, Erès, 2001.
- Winnicott DW, « *Jeu et réalité* », Paris, Gallimard, 1975, p. 102-03.

Notes

- [1] La proportion d'anciennes psychoses infantiles était faible au départ (10%) mais n'a cessé d'augmenter, pour atteindre 40% à la fin des années 90, conséquence sans doute de leur meilleure prise en charge dans l'enfance.
- [2] Je renvoie là-dessus à mon ouvrage *Figures du déni, en deçà du négatif*, réédit. Erès, Toulouse 2003.
- [3] Propos juste mais incomplet, car il importe aussi d'interpréter ce transfert pour **le rendre saisissable** - subjectivable - par le patient ; c'est là-dessus que je me sens diverger de la pratique de Lacan.
- [4] Je ne puis développer cela davantage ici et je renvoie aux illustrations cliniques de

mon ouvrage : « *La Passion du Sujet Freudien, entre pulsionnalité et signifiante* », édit. Erès, Toulouse, 2001.

[5] Le Dr Talat Parman (Istanbul) en a apporté des exemples cliniques remarquables en atelier.

[6] Leur mise en *mythe*, pour autant que *muthos* signifie tout bonnement “parole” en Grec ancien.

[7] C’est une pratique apparemment téméraire à laquelle j’avais été initié par Michael Woodbury alors que j’étais interne dans le secteur du XIIIème arrondissement de Paris.

[8] Dans son séminaire sur *La lettre volée* (Avril 1955), repris en chapitre I des *Ecrits* - édit. Seuil, 1966.