

Sexe et genre, contre la normativité en psychanalyse

Auteur(s) : Claire-Marine François-Poncet

Mots clés : transidentité

[Voir l'ensemble de la discussion sur la transidentité »](#)

***Proposition de débat à partir de l'article de Paul Denis :
Transidentité : rapport au réel et limites de
l'autodétermination***

Claire-Marine François-Poncet

Depuis Mai dernier l'OMS a voté une nouvelle classification internationale des maladies (CIM-11) où la transidentité (lorsque la personne s'identifie à un genre qui n'est pas celui qui lui avait été assigné à la naissance) a été retirée de la catégorie des troubles mentaux et a été déplacée sous le nom « *d'incongruence de genre*^[1] » dans le chapitre « *santé sexuelle* ». La France, qui a admis que, dans les écoles, des enfants dysphoriques de genre puissent être nommés par un prénom consacrant leur changement d'identité, est en passe de renchérir à partir d'un rapport d'experts confié à un médecin généraliste et à un représentant d'une association de personne « trans ». Ce « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes "trans" » (Janvier 2022) , à la demande du ministère des Affaires Sociales et de la Santé, propose un véritable changement de paradigme dans sa conclusion : « comme lorsqu'elle a légiféré pour l'accès à l'IVG en 1975, et, auparavant, pour l'accès à la pilule contraceptive en

1967, la France a plusieurs fois agi en faveur de l'égalité des droits et du droit de chacune et chacun à disposer de son corps, dans des contextes politiques hautement débattus et controversés ». La transidentité, défendue par les associations de transgenres, doit donc désormais être interprétée dans un contexte politique de changement social, où le droit à disposer de son corps pourrait aller jusqu'à l'automutilation, par exemple dans l'ablation d'organes génitaux, et cela au nom de la santé sexuelle. La contraception, l'IVG, l'ablation des seins ou du pénis se situeraient-ils dans la continuité politique d'un féminisme qui inviterait la femme à s'affranchir définitivement de la maternité comme dernier bastion de l'inégalité homme-femme ?

Thomas Laqueur dans son essai^[2] sur le corps et le genre en Occident montre la liberté avec laquelle la culture s'est toujours appropriée les représentations de la différence des sexes dans des modèles où « le sexe est toujours de l'ordre de la situation : il ne s'explique que dans le contexte de batailles autour du genre et du pouvoir » (p.43). « Après la révolution scientifique^[3], la différence sexuelle ne procéda pas plus de l'anatomie que ça n'avait été le cas dans le modèle précédent du sexe unique », on continua de « s'approprier l'autorité de la nature pour légitimer un ordre social fondé sur la domination de l'hétérosexualité vouée à la reproduction » (p.384). Nos civilisations patriarcales dont la Loi est à l'origine fondée sur l'incertitude de la paternité, « triomphe de la vie de l'esprit sur la vie sensorielle » (Freud, 1939^[4]), sont-elles en train d'évoluer vers un autre ordre culturel ? Le transsexualisme serait-il au service de sexualités non procréatives de plus en plus fréquentes en Occident ?

Mais Paul Denis nous rappelle que la dé-pathologisation de la

transidentité peut nous questionner à la lumière de la souffrance des patients qui viennent nous consulter avec des demandes de changement de genre. Cette souffrance mentale est pourtant bien reconnue par les rapports d'expert qui prônent la dépsychiatisation, et serait même au cœur des préoccupations de l'OMS ou de nos ministères qui relèvent des troubles psychiques et un taux de suicidalité chez les personnes transgenre bien plus élevés que dans la population générale. Mais, dans un renversement spectaculaire, ces troubles seront revendiqués par les associations trans comme les stigmates du regard social ou politique : les transgenres, au nom de toutes les minorités sexuelles « queer », se déclarent les victimes de la domination d'un ordre patriarcal où les hétéros (cis-genre) seront stigmatisés à leur tour comme les dominants ou les agresseurs. En considérant que la conviction d'être d'un autre sexe que le sien pourrait être vue comme « une conviction proche d'un délire » (p 2) Paul Denis pourrait donc être accusé d'être un homme hétéro dont l'idéologie militante serait à l'origine de la souffrance des minorités sexuelles.... Je souligne au passage que l'article de Paul Denis sur la transidentité témoigne, comme tous ses nombreux écrits, d'une parole pensante à l'opposé des discours militants

Mais les enjeux politiques et la psychologie des masses, portés par les réseaux sociaux, ne tiennent pas face à l'écoute de la souffrance de ceux qui nous consultent avec des revendications de non-binarisme ou de réassignation de genre, car cette souffrance est toujours singulière, comme le souligne Paul Denis en introduction de son article. Les adolescents en s'emparant de la terminologie des transgenres dans leurs groupes de pairs, nous montrent avant tout comment cette révolution sociale leur permet d'exprimer dans une certaine provocation autour de la sexualité,

les conflits entre identité sexuée et orientation sexuelle, propres à cette période de la vie. En parler, de façon plus ouverte ou légitime, dans une remise en question des stéréotypes du féminin ou du masculin des générations précédentes, ne fait-il pas partie du « progrès nécessaire des générations » évoqué par Freud (Trois Essais) en lien avec la remise en question de l'autorité des parents à l'adolescence ? Les revendications de changement de genre avec l'aide de la médecine, très minoritaires dans la population des adolescents, pourraient-elles être interprétées comme le symptôme d'une pensée de groupe venant soulager des troubles identitaires profonds grâce à des refuges narcissiques collectifs ? Les pratiques religieuses communautaires n'offrent-elles pas des illusions groupales du même ordre avec parfois des sacrifices de la vie sexuelle tout aussi radicaux ?

Freud souligne dans *Malaise dans la Culture* (1930), un texte infiniment contemporain, combien la civilisation est « fondée sur l'exigence d'une vie sexuelle d'une même nature pour tous » qui « se place au-dessus des inégalités dans la construction sexuelle acquise et coupe un assez grand nombre d'humains de la jouissance sexuelle, devenant la source d'une grave injustice » (p.291). Thomas Laqueur observe que « Freud avait une conscience aigüe des processus douloureux qui président à la sélection des parties corporelles vouées à représenter les différences éloquentes dans l'ordre de la civilisation » (p.384). Marie Bonaparte, une analyste femme, évoque le poids des mots, du récit culturel, dans la fabrique du sexe féminin : « je crois que les mutilations sexuelles rituelles imposées aux femmes d'Afrique, depuis un temps immémorial, constituent l'exact pendant physique des intimidations psychiques imposées dans l'enfance à la sexualité des petites filles de race européenne ». Le féminisme,

à l'origine des études sur le genre, défendrait-il un ordre social où les mutilations sexuelles de la transidentité viendraient réparer ou compenser les mutilations en tous genres infligées aux filles dans l'ordre patriarcal ? Se revendiquer d'un autre genre que le sien permettrait-il de survivre individuellement à l'injustice de l'ordre symbolique de la différence des sexes et des générations voué à la survie ou à la reproduction de l'espèce ?

Mais l'injustice de nos civilisations qui coupe un grand nombre d'humains de la jouissance sexuelle (Freud) est-elle rétablie dans ces orientations sexuelles subverties sous la forme d'une quête de reconnaissance identitaire dans le mouvement LGBTQI ? Comme Paul Denis le souligne, la mutilation des organes sexuels pourrait compromettre « l'expérience et les satisfactions de la sexualité » (p 5). Il faut cependant noter que l'évolution de la Loi sur la transidentité (2016 en France), de nouveau sous la pression des associations de transgenres, ne soumet plus la demande de transition à une opération chirurgicale des organes génitaux. L'auto-détermination déclarative devient la règle, révélant paradoxalement le poids de la détermination ou de l'assignation sociales dans ces demandes de changement de genre où il s'agit d'être regardé, assigné socialement à une catégorie « transgenre »^[5] opposée au genre de la naissance. Aujourd'hui, les transgenres ne tentent pas tant à modifier les données de leur sexe biologique que de recourir à des « chirurgies d'affirmation », souvent hormonales, pour modifier le visage, le torse, la voix ou la pilosité afin d'apparaître dans un autre genre que celui de leur sexe caché... Ces sexualités hors normes remettraient-elle en question les équivalences entre la maturité psychique de l'identité sexuée et l'ordre symbolique (de la différence des sexes et des générations) que la psychanalyse défend dans sa psychogénèse

de la sexualité ? Ou confirmeraient-elles la découverte par la psychanalyse de la sexualité élargie à une sexualité infantile a-genre, polymorphe, en quête de satisfaction sans fin ? Le « progrès des générations » viendrait-il ici élargir la première voie ouverte par Freud avec *Les Trois Essais* (1915) pour démontrer combien la sexualité humaine se soumet difficilement aux normes ? Face à toutes ces questions, sans doute est-il nécessaire de privilégier l'écoute clinique de ces nouvelles formes de souffrance psychique, hors nosographie, en se souvenant que la psychanalyse a contribué à une approche amoralisée et non pathologisante des identifications de genre et de la sexualité. Elle a cependant également indexé la normalité et la maturité psychique de l'identité sexuée à une correspondance entre l'anatomie sexuelle et l'ordre symbolique.

Quelle serait alors l'écoute de l'infantile dans ces problématiques ? L'enfant a toujours un sexe ou un genre dans la tête des parents : il est assigné dès la naissance, avec toute une fantasmagorie liée à leur propre sexualité infantile, et cela bien avant qu'il découvre la différence des sexes. Le genre pendant la petite enfance se définit par des assignations par le petit groupe de l'entourage proche, le père, la mère, un ami, un cousin, etc...qui par leurs fantasmes, leurs idéaux, inconscients et préconscients infiltrent de leur sexualité infantile les rapports avec l'enfant dans un ensemble complexe d'actes significatifs (choix du prénom ou du surnom, soins corporels et autres liens inconscients dans le corps à corps avec l'enfant). Une illustration des attentes inconscientes des parents nous est donnée par le docu-fiction *Petite Fille* (Arte) où la mère de Sacha désire une petite fille à la naissance de son garçon et lui donne un prénom mixte. Le plaisir affiché avec lequel cette mère habille son petit

garçon en fille semble confirmer l'identification féminine de Sacha par sa mère dès sa naissance. Une autre observation m'a été confiée par une collègue psychanalyste. Il s'agit d'un suivi d'un petit garçon de trois ans, accompagné par sa mère. « Pourquoi vous dites zézette en parlant à votre fils de son sexe ? » demande cette psychanalyste à la mère lors d'une consultation. « Ah...parce que j'ai pensé que c'est plus mignon que de dire zizi ». L'ambivalence maternelle s'est ici saisie de l'ambiguïté des mots - zézette comme une version féminine ou un diminutif de zizi... En général, les mères tendent à user d'un nom particulier, souvent un diminutif, pour désigner le pénis alors que les filles ne se voient pas gratifiées de mot spécifique pour leur zone génitale. Pas de mot à avoir parce que rien à voir ? « Pour se signifier ou se transmettre la castration n'a pas forcément besoin de mots menaçants ou de gestes blessants, il suffit parfois que les mots manquent...Les différences entre le masculin et le féminin dans l'enfance se transmettent dans le choix des jeux de filles ou de garçons mais également par les faits de langage comme le démontre cette observation éloquente. Réactivée par sa confrontation à l'enfant qu'elle a , la théorie de la castration comme vestige de la sexualité infantile maternelle vient à brouiller et à exciter ce qui fait la différence des sexes chez cette mère, plus qu'elle l'organise » (p.1638^[6]). Ce petit garçon deviendra-t-il un transexuel pour autant ?

L'assignation de genre à la naissance s'appuie sur un constat anatomique, mais celui-ci est d'emblée interprété, organisé par une représentation de la différence des sexes dans l'ordre symbolique. Une belle illustration de ce processus nous est offerte par la romancière Camille Laurens dans son livre « Fille ». « C'est une fille... » sont les premiers mots du roman et de l'entourage

lors de sa naissance. Sous-entendu : « ce n'est pas un garçon.. », à la grande déception du père qui n'a pas de prénom pour déclarer son nouveau-né à la mairie . L'observation très fine menée par cette petite fille (dans le roman) des « habitus » (Freud) ou des comportements significatifs de sa planète monde, révèle comment le genre , masculin ou féminin, convoque toute une fantasmagorie inconsciente chez les adultes qui l'entourent. Cette petite fille en viendra à la conclusion, lors de la naissance d'un cousin, que la différence des sexes figurée par le binarisme « Rien/Tuyau » organise cette fantasmagorie dans une opposition entre les genres masculin et féminin. L'anatomie perceptive à la naissance de cette « fille » ne relève pas tant de son sexe biologique que de représentations fantasmagoriques d'un sexe unique, le sexe mâle, dans une logique binaire phallique-castré.

A l'adolescence, l'actualisation de la sexualité infantile grâce aux nouveaux répondants représentatifs et somatiques de la puberté, remet en jeu les échanges entre les sexualités infantiles inconscientes des enfants et des parents. Les consultations familiales proposées autour des demandes de changement de genre mettront-elles à jour les enjeux inconscients, souvent tabous du côté des parents, dans l'assignation du genre de leur enfant dans le passé ? La temporalité psychique du travail analytique peut-elle s'inviter face à des revendications d'immédiateté qui passent souvent par le comportement à l'adolescence ?

Un collègue psychiatre[7] qui reçoit des adolescents avec leurs parents dans le cadre de demande de « certificats de transition » observait que les mères n'ont pas la même attitude que les pères dans ces consultations. Les seconds, plutôt atterrés, s'éloignent ou se résignent, contraints par les représentations actuelles ou leurs

épouses. Les mères, curieusement, soutiennent avec une certaine aisance l'hypothèse du changement envisagé (garçon-fille ou le contraire) au nom d'une certaine modernité qui fait fi de toute douleur. Elles semblent soutenir ce changement, sans en mesurer les conséquences, comme une source de libération sexuelle qu'elles s'approprient comme femme. Les pères le ressentent et se sentent exclus. Et si ce sentiment d'exclusion était un des facteurs à l'origine du transsexualisme de leur enfant ? Et si la complaisance des mères tenait à des rêveries de changement de sexe qui coloraient leur vie enfantine de petites filles ? Ce psychiatre, également psychanalyste, nous montre un travail possible avec les parents dans ses « consultations de genre ». A la suite d'une hospitalisation en lien avec une menace suicidaire, un jeune lycéen peut faire son « coming out » d'un désir d'être une femme. Plusieurs consultations avec la famille permettront de dévoiler chez cet adolescent sa colère et sa tristesse à l'égard de son père « qui ne l'a jamais regardé » et « qui ne s'intéresse pas à lui ». Dans ses propos s'entend un dépit amoureux (si on ne refuse pas de l'entendre) que ne vient pas apaiser l'attention de sa mère. Celle-ci peut alors révéler un événement douloureux qui a failli provoquer l'éclatement de la famille : le départ d'une sœur aînée du domicile familial à la suite d'un conflit violent avec le père. Ce départ a été vécu comme un arrachement par ce père, profondément endeuillé depuis la séparation de sa fille. Son fils, par sa demande de changement de genre, tente-t-il de prendre la place d'un objet mélancolique, une fille perdue pour son père ? Cela lui permet-il de dénoncer l'exclusion qu'il ressent ? Au fil des consultations, ce lycéen peut entrevoir son choix d'être une femme comme une préférence au choix d'être désiré comme une femme dans une orientation homosexuelle qui mettrait autrement en jeu son angoisse de castration et l'identification impossible à

un père meurtri par sa fille. Il observe alors que son désir de changement de sexe peut changer en fonction de l'interlocuteur et pourra se saisir de l'ambivalence de sa revendication.

En conclusion, on peut se demander si les chromosomes, dont Paul Denis souligne la différence entre l'homme et la femme (p.4) et leur caractère inaltérable, dénié dans les déclarations de « changement de sexe », ont quelque chose à voir avec la différence des sexes toujours médiatisée, socialisée chez l'humain. Dans sa pièce « Tous des Oiseaux », Wajdi Mouawad met en scène un jeune chercheur en génétique qui répète avec humour à son amante les formules des chromosomes qui auraient pu déterminer leur rencontre. Mais ses talents de chercheur au service de la séduction de cette jeune fille palestinienne ne résisteront pas au rejet de leur rencontre par un père juif, fils de déporté, qui revendique une haine ancestrale envers les palestiniens. C'est avec stupeur que nous découvrons au cours de la pièce que ce père est lui-même un enfant palestinien abandonné, adopté par son jeune père soldat israélien lors de l'invasion de la Palestine dans la guerre du kippour. Cette révélation provoquera un arrêt cardiaque chez ce père. Sa réanimation, sur son lit de mort, se fera en langue arabe grâce à des comptines chantées par la jeune fiancée palestinienne violemment rejetée dans la vie de son fils. Les conflits identitaires inconscients peuvent donner lieu à des enjeux de vie et de mort lorsqu'ils convoquent un enfant perdu, cet enfant assigné dès sa naissance (par les désirs conscients et inconscients de l'entourage) que tentent d'oublier les transgenres en faisant appel à la Nature qui aurait fait une erreur[8] sur leur genre d'origine. La Nature, les chromosomes, offrirai-ils un dernier recours pour légitimer le destin d'une anatomie toujours de l'ordre de la représentation chez l'humain ? Car dans sa

formule « L'anatomie c'est le destin », Freud ne se réfère ni au biologique, ni à une anatomie scientifique ou descriptive, mais à une anatomie imaginaire, perceptive, qui provient de la verticalisation de l'humain à l'origine de la civilisation (Freud, Malaise, 1930[9]). La station debout fait en effet disparaître de la vue les organes génitaux féminins (par opposition à l'animal), et est à l'origine de la perception d'un sexe unique : le sexe masculin. Le caractère contingent, illusoire de la différence « anatomique » des sexes chez l'humain est devenu le destin de la civilisation moderne dans des logiques duelles présence /absence, phallique /castré ou genre/sexe etc... La découverte par la psychanalyse de la sexualité élargie, a-genre, polymorphe, offre une issue à ce dualisme en installant la bisexualité psychique en chacun de nous.

[1] Le terme d'incongruence de genre a remplacé celui de dysphorie de genre également dans le DSM, le mot dysphorie signifiant détresse et donc trouble ou souffrance psychique.

[2] Laqueur T. (1992), La fabrique du sexe, Essai sur le corps et le genre en Occident.

[3] Le travail scientifique commence au siècle des Lumières où l'interprétation d'un corpus emprunté à la biologie de la reproduction continue d'obéir à des métaphores dictées par les impératifs culturels (Laqueur).

[4] Freud (1939), L'homme Moïse, GW XVI, p.219

[5] Dans son adresse à un parterre de psychanalystes Lacaniens (« Je suis un monstre qui vous parle », La maison de la poésie, YouTube, déc.2020) le philosophe Paul B. Preciado se présente

avec trois autres lecteurs sous l'identité commune de « transgenre ». Cette catégorie est secondée par une seconde identité (« homme », « femme », « non binaire » ou « homosexuel ») toujours déclarée dans une opposition à l'identité sexuée d'origine.

[6] Mi-Kyung Yi (2019), *Comment jouer avec l'arbre qui cache la forêt ?*, Revue française de psychanalyse 2019/5 (Vol. 83), pages 1635 à 1640.

[7] Tamet, J-Y (2018), « Être une femme ou comme une femme » , intervention au colloque de Cerisy « La psychanalyse, anatomie de sa modernité », à partir des travaux de Laurence Kahn.

[8] Bien qu'aucune recherche n'ait pu démontrer qu'il existe un rapport de causalité avéré entre le processus biologique de sexuation à la naissance et le processus subjectif d'identification de genre, un courant naturaliste, alimenté par des sexologues et des endocrinologues, persiste à déterminer le transsexualisme comme un hermaphrodisme psychique d'origine organique. C'est dans cet esprit que Christine Jorgensen (qui subit la première opération chirurgicale, en 1967, dans une transition d'homme à femme) devient le porte-parole du mouvement « trans » avec la déclaration (à ses parents) : « La nature avait fait une erreur que j'ai corrigée, et à présent je suis votre fille ».

[9] Freud S. (1930), *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, p.49 (note de bas de page).

Dostoïevski prophète de notre modernité

Auteur(s) : François Richard

Mots clés :

Réflexions à partir du travail de Julia Kristeva

Fiodor Dostoïevski (1821-1881) est l'écrivain de tous les excès, dont le nihilisme débouche sur un monde où « tout est permis » si « Dieu est mort », thème tragique du 19^{ème} siècle, aujourd'hui à nouveau actuel. En cela, explique Julia Kristeva, il est le prophète de notre modernité. Elle met en relation l'expérience où le romancier affronte un simulacre d'exécution après avoir été condamné à mort pour ses sympathies révolutionnaires, son addiction au jeu, sa fascination envers le meurtre et le viol, son rapport singulier à l'écriture, tant à la première personne qu'à voix multiples. En résulte une intensité de l'écriture, entre mise en sens et éclipse du sens.

Elle se confronte à cette « écriture fleuve » envahissante comme romancière, elle parle d'elle-même, de son exil de Bulgarie vers la France. Sa méthode critique consiste à se tenir au plus près du tremblement hystéro-épileptique de Dostoïevski, réverbéré dans une écriture menacée de dissociation, pour ensuite s'en éloigner, l'étudier, et y trouver un contemporain anachronique : « L'homme et l'œuvre s'introduisent dans le troisième millénaire où, enfin, "tout est permis". Et les anxiétés des internautes rejoignent les

sous-sols des démons dostoïevskiens » (quatrième de couverture). Il a pressenti l'intégrisme qui gangrène le monde sans Dieu et avec lui, la pédophilie et les féminicides, en proie à une sorte de folie non psychotique lorsque la névrose est portée à ses limites parce que le complexe d'Œdipe, omniprésent, est peu organisateur - un Œdipe distordu, comme j'ai proposé de l'appeler.

Julia Kristeva a interrogé dans son oeuvre la façon dont les architectures imaginaires et symboliques des religions sont susceptibles de sublimer les régions les plus désorganisées du psychisme humain. Dans ce nouveau livre la question se déplace du côté de la spécificité de la religion orthodoxe, sa croyance en la puissance du verbe incarné, intriqué au plurivocalisme des voix narratives dostoïevskiennes plus que subverti par elles. Réactionnaire et moderne, Dostoïevski comme Nietzsche, cet autre précurseur, reste honnête avec lui-même et ses lecteurs, à la différence d'Heidegger ou de Céline, dissimulateurs de l'ampleur de leur engagement totalitaire. Sur une ligne de crête, il hésite entre l'excès occidental de liberté et le dogme religieux orthodoxe. C'est cette ambiguïté que la rhétorique paranoïaque d'un Poutine cherche à évacuer. Les « démons » dostoïevskiens sont la face intime de l'impérialisme dévastateur du nouveau tsar. Dostoïevski ne pouvait pas imaginer son mélange de rhétorique post-soviétique, d'orthodoxie réduite à un identitarisme, et d'idéologie nationaliste exacerbée. Galvanisé par le langage, hanté par le sexe, porté par sa foi orthodoxe dans le Verbe incarné, il introduit à l'analyse freudienne d'un malheur dans la culture. « Partout et en toutes choses, je vivais jusqu'à l'ultime limite, et j'ai passé ma vie à la franchir » écrit-il à son ami le poète Maïkov en 1867. Il invente le « roman polyphonique » (Bakhtine), dont s'inspire à

certain égard la pensée psychanalytique des groupes. Freud ne disait-il pas que le rêve est polyphonique au sens où tout personnage du rêve peut être vu comme la figuration projetée d'une partie du moi du rêveur ? Le moi est une pluralité projetante permanente autant que le centre d'une topique cadrée.

Cet ouvrage apparaît comme une métamorphose du roman dostoïevskien, un objet littéraire et psychanalytique inédit – qui va plus loin que la critique littéraire moderne déjà constituée en un genre égal à son objet – où textualité et parole s'épousent avec bonheur pour repousser les attaques de la pulsion de mort, active jusque dans l'écriture, comme si elle y parlait directement entre sursauts étincelants du style et décomposition morale. Où est la vérité dans l'actuelle détresse de la civilisation, la pulsion de mort existe-t-elle ou n'est-elle qu'une transcription de cette détresse ? C'est le grand mérite de ce livre que de savoir si bien poser ces questions, sans prétendre y répondre complètement.

L'internaute englouti dans les réseaux sans fin du numérique, s'il lisait Dostoïevski, découvrirait « une espèce d'immunité intime » (p. 9), comme l'autrice qui parle en son propre nom « Quant à moi... Je... ». *Les carnets de la maison morte* et *Le sous-sol*, écrits après la condamnation à mort de Dostoïevski et ses quatre ans de bagne, expriment le dédoublement et la jouissance de l'écriture comme une transcription des *auras* épileptiques en flot de langage, au prix d'une discordance qui ne correspond pas exactement au clivage au sens classique, me semble-t-il, c'est une question à discuter avec Julia Kristeva, mais plutôt à une subjectivation installée *dans* la limite, ni normalisée ni transgressive, flottante alors qu'elle se voudrait « historique », mais avorte en cet « homme ridicule » que le narrateur parricide

des *Frères Karamazov* avoue être lui-même. La lecture de Dostoïevski par Kristeva montre une abondance de micro-clivages plutôt qu'une division structurelle constante.

Il va être fusillé les yeux bandés, les fusils ne partent pas, « c'est précisément à cette minute que je commençai d'exister... magnifique mascarade » (*Songes pétersbourgeois*). Kristeva surenchérit : « Le condamné à mort est un nourrisson qui tète la Bible » (p. 19).

Le romancier, sensible au féminin en lui qui l'assaille de l'intérieur, développe son idée d'un double féminin, « buisson ardent » (p. 29) dont il tire un surcroît de créativité, surhaussé par le style de Julia Kristeva qui le prolonge mais en le faisant tout à fait le sien à force de retravailler et de penser ce qu'elle pourrait se contenter de citer : « le naufragé émerge dans la fissure originelle de notre espèce parlante, il nous restitue la membrane vibrante qui la recouvre, vestige sonore du champ ultra-profond des êtres, chair et sens fusionnés, relances et revirements, coups de théâtre et éclipses... écoutez la montée et la chute du sens, son vortex harassant, jubilant... le brisé comitial l'empoigne, caresse et laboure... *plus réel que ça tu meurs*, à force de flou ». Julia Kristeva entend le génie de Dostoïevski en psychanalyste et en romancière.

Le meurtre du père comme structure inconsciente du sujet, la pulsion comme concept de la limite entre psyché et soma, le déchirement hystéro-épileptique - plutôt qu'épileptique me semble-t-il, il y a là aussi un élément de discussion important - entre jouissance froide et orgasme, enfouis dans le texte dostoïevskien, en sont extraits par Julia Kristeva pour introduire à l'hypothèse selon laquelle Dostoïevski a écrit des « romans de la

pensée » (p. 31) qui cherche à se représenter la mort à partir de la pulsion. Le propos de la psychanalyste est sur ce point plus affirmé que celui du romancier, qui se contente dans le *Journal d'un écrivain* et dans *L'Adolescent*, que j'ai relus pour mieux saisir ce que Dostoïevski nomme *Idées*, d'y déclarer que le héros doit être presque encore un enfant « comme preuve de sa pensée », et « comment se fait-il que les choses énoncées par un homme intelligent soient infiniment plus sottes que ce qui reste dans son cerveau ». Écrire ce serait donc souffrir d'une insupportable lucidité concernant l'illusion de toute puissance. Écrire, ce serait donc lutter, par des mots, contre une toute puissance oscillant entre la dépression et la crise hystéro-épileptique, dans une expérience vécue où les théories sexuelles infantiles ont évoluées en ce que l'on pourrait appeler des théories adolescentes de la mort, lorsque les pulsions pubertaires sont en faillite entre une logique de l'extinction par excès et une focalisation sur le thème du parricide. Le narrateur de *L'Adolescent*, le jeune Dolgouroki, est coupable de souhaiter la mort du seigneur Versilov, séducteur de l'épouse de son père légal Makar Ivanov Dolgouroki. Quel est le véritable père, Dolgorouki ou Versilov ? Deux pères, c'est trop et pas assez. Il ère entre abattement dépressif et exaltation maniaque, il lutte contre la confusion à grands renforts de « Je » au bord du passage à l'acte : « j'ai besoin de ma volonté vicieuse *toute entière*, uniquement pour me prouver à *moi-même* que j'ai la force d'y renoncer ».

Le héros réussira-t-il là où le pervers narcissique échoue, telle est la question, écrit Kristeva, se référant au propos de Sollers sur une « sexualité sans organes » du langage et la cruauté comme façon paradoxale des rapprocher les êtres.

Elle dissèque les mots russes, leur résonnance en allemand et en français, cherche le mot juste, en réaction à la « contagieuse coulée soûlante des dialogues » dostoïevskiens. *Je* « ne parle jamais qu'à deux » (p. 45), « nous nous entre-tenons », toute chose est à la frontière de son contraire. Le mensonge, le rire, l'excès, le grotesque, chez Dostoïevski sont des façons de laisser entendre une vérité qui ne pourrait pas se dire autrement, ils prémunissent de la solution paranoïaque.

Julia Kristeva : « J'ai pris l'avion pour Paris, avec cinq dollars en poche (les seuls que mon père avait trouvés, en attendant la bourse pour études doctorales sur le Nouveau Roman français) et le livre de Bakhtine sur Dostoïevski dans ma valise » (p. 50). Elle dispose ainsi, dès le début de son parcours intellectuel, d'une conception du langage autre que celle de Lacan, qui lui permet de « déceler pour de bon l'étrangeté qui vous augmente » (p. 52) « au travers et malgré les grilles du désir œdipien » - autrement dit un langage dont la générativité ne se laisse pas arrêter par la dette due au père.

Freud évoque le « maudit russe » dans une lettre à Zweig, au moment où en 1920, il modifie sa conception de l'appareil psychique : la névrose ne suffit plus, Thanatos surgit qui dédouble Eros dans un mixte intercurrent avec les états limites (d'où, plus tard, Winnicott, Bion et Green). Julia Kristeva cite beaucoup pour n'en être que plus elle-même. « L'investissement paroxystique de la narration » (p. 57) et « l'embrasement hypersynchrone des neurones » par exemple c'est typiquement kristevien au sens de quasi concepts qui conservent en eux la consistance du travail de la langue. La condensation, souvent oxymorique, témoigne de la « chair du vide infini et des mots », énigme du psychisme à lui-

même dans l'émiettement névrotique.

Avec les femmes, Dostoïevski entretient des passions chimériques, plus dans le registre de la jouissance que dans celui de la satisfaction, par peur du féminin selon Julia Kristeva, ajoutons à défaut d'admettre que la féminité d'un homme n'est pas exactement celle d'une femme. Dans *L'Éternel mari* l'homme hait son épouse, devient l'ami d'un rival en un trio sans issue où la tendance homosexuelle n'est pas reconnue. Il en fut de même dans la vie de l'auteur, entouré d'admiratrices féministes dont l'une, la farouche Apollinaria Souslova, fulmine « Je le hais » à force de ne pas trouver son compte dans le dialogue fiévreux et la déliaison pulsionnelle contenus par une tendance fétichiste.

Moyennant quoi ses romans touchent au sublime limitrophe de l'irreprésentable, par exemple dans *Crime et châtiment* le meurtre d'une vieille femme par Raskolnikov amoureux de la jeune Sonia qui devine qu'il a tué, qu'il est un monstre narcissique aimanté par l'altérité féminine qu'il rejette, préférant côtoyer des abîmes sans fond. Ou encore le prince Mychkine sombre dans une idiotie congénitale, donc il n'y peut rien. Congénital aussi le penchant à la débauche du père Karamazov source des désastres de sa progéniture. Comment composer avec l'incestualité et le meurtre ? Par cette sublimation spécifique que semble constituer pour Julia Kristeva l'érotisme sans organes propre au langage dans le prolongement de l'aspiration à la pureté de Katerina Ivanovna dans *L'Idiot*, modalité d'idéalité adolescente au féminin. On comprend qu'à partir d'un processus de sublimation et pas seulement d'idéalisation, une « écriture qui assume l'expérience psychosexuelle du *clivage* » (p. 83) puisse faire céder celui-ci en un état flottant particulier, une myriade de micro-clivages, mixte

de névrose obsessionnelle et d'états limites, caractéristique d'un Œdipe distordu, dès lors que « l'énergie de la *déliation* pulsionnelle s'est transfigurée dans un *dialogue* fiévreux ».

La bisexualité psychique devient alors prégnante : « *Il* prête à *Elle* ses propres abaissements et tortures... La perversité de ce narcissisme passif/actif se poursuit en Vaudeville piteux » (p. 143) où s'épuise la chimère *Elle* et lui « *Il* ouvre les yeux ; *Elle* n'est pas là. *Il* croit qu'*Elle* a compris qu'*Il* sait qu'*Elle* a voulu le tuer ». Ce tourbillon anime en langue hystérisée ce qui se présente comme un symptôme identitaire, lequel recouvre en fait une difficulté œdipienne identificatoire : « *Qui j'étais : qui elle était, elle ?* ».

L'état limite se résout en trouble névrotique des identifications. Cependant le rire insensé des meurtriers de *Crime et châtiment* ou des *Frères Karamazov* laisse entrevoir un « troisième plan dans le brouillard » (p. 381), un sujet qui pourrait énoncer "Je suis mort", folie qui mène à la religion ou à la sexualisation malade de toute représentation jusqu'au fantasme de viol d'une fillette dans *Les Démons* ainsi que dans *Humiliés et offensés*. La perversion insiste, le surmoi est en faillite dès lors que la fonction paternelle devient difficile à soutenir, parce que le sujet s'identifie masochiquement à la jouissance primaire du père, dit Julia Kristeva en un propos métapsychologique qui mériterait d'être cliniquement déployé, parce qu'il ouvre à une conception originale et pertinente des troubles limites de la subjectivation, au-delà du constat, avec lequel on ne peut qu'être d'accord, que la porte est ouverte aux couches archaïques de la psyché lorsque l'Œdipe est inachevé, « mais qui peut se targuer d'un Œdipe résolu ? » (p. 259).

Le retour, en 1922 en Europe, de l'histoire comme folie

destructrice répond à une perversion des discours de pouvoir lorsque la culture n'a pas suffisamment élaboré les drames du passé et la jouissance inconsciente qui y était à l'œuvre.

Références bibliographiques :

Bakhtine, *Esthétique et théorie du roman*, Paris, Gallimard, 1978.

Kristeva, *Dostoïevski. Face à la mort, ou le sexe hanté du langage*, Paris, Fayard, 2021.

Richard, *Le Surmoi perversi. Bisexualité psychique et états limites*, Paris, Campagne première, 2021.

François Richard est membre titulaire formateur de la Société Psychanalytique de Paris.

Discussion sur la transidentité

Auteur(s) :

Mots clés :

Dossier : Transidentité

Cette rubrique se veut un espace de discussion entre les membres de la SPP concernant les questions autour de la transidentité.

Loading...

Transidentité : rapport au réel et limites de l'autodétermination

Paul Denis

2022

Le nombre de demandes de changement de sexe, émanant d'enfants et d'adolescents, arguant que leur « genre » ne correspond pas avec leur sexe, augmente actuellement de façon impressionnante. ...

[Lire le texte](#)

Sexe et genre, contre la normativité en psychanalyse

Claire-Marine François-Poncet

2022

Proposition de débat à partir de l'article de Paul Denis :
Transidentité : rapport au réel et limites de l'autodétermination

[Lire le texte](#)

Psychiatrie et psychanalyse : une amitié à cultiver

Auteur(s) : Anaïs Restivo-Martin

Mots clés :

Conférence Sainte-Anne : Psychiatrie et psychanalyse : une amitié à cultiver

Comment travailler de façon psychanalytique en psychiatrie ?

Anaïs Restivo-Martin

11 avril 2022

« Tout porte à croire que le temps n'est pas loin où l'on se rendra
compte que la psychiatrie vraiment scientifique suppose une
bonne
connaissance des processus profonds et
inconscients de la vie psychique. » S. Freud
« Du moment que quelqu'un parle, il fait clair » S. Freud[1]

« La situation contemporaine de la parole fait évidemment partie
des problèmes vitaux urgents,
qui peuvent aggraver tous les autres, au lieu d'aider à les
résoudre. » F. Worms

Lorsque Charlotte Costantino et l'équipe des conférences de Sainte-Anne m'ont proposé d'intervenir dans le cadre de la conférence de ce soir, c'était il y a un presque an. Une fois la proposition de travail acceptée, j'ai dû donner un titre à cette conférence : *Psychiatrie et psychanalyse : une amitié à cultiver*. Ce titre s'est comme imposé à moi, du fait de mon travail depuis 16 ans dans un établissement psychiatrique pour adulte que j'allais bientôt quitter, et du fait aussi de mes préoccupations sur les liens houleux, voire violents qui existent entre psychiatrie et psychanalyse depuis quelques années. Ces liens violents, meurtriers parfois, m'attristent car ils ne correspondent pas à l'expérience que j'ai pu en avoir, ni à la fécondité que j'ai pu voir à l'œuvre lorsque psychiatres et psychanalystes travaillent ensemble, en complémentarité, en bonne amitié, dans les institutions de soin.

J'ai donc eu le désir de vous proposer de considérer ensemble ce soir comment il était encore possible de compter sur ce nouage nécessaire, vital pourrait-on dire, entre psychiatrie et psychanalyse.

Au moment de commencer à préparer cette intervention, le titre m'est apparu soudainement anachronique : comment pouvais-je avoir proposé un titre aussi idéaliste, au moment même où il est question du démantèlement de la psychiatrie publique, des

attaques violentes à l'endroit de la psychanalyse, et au moment où un des plus grand hôpitaux psychiatrique lyonnais n'accepte plus d'accueillir en stage des étudiants d'orientation psychanalytique ?

Et puis dans ces temps guerriers, est-il encore possible de parler d'amitié ? Dans notre monde moderne, propice aux pensées binaires, en pour ou contre, n'est-il pas nécessaire justement de réhabiliter/soutenir une pensée qui *relie*, qui *associe*, qui tient ensemble ? L'histoire nous a montré que les dictatures aiment les purges, les divisions, et les visions manichéennes du monde... elles diabolisent leurs opposants, enflamment et exacerbent les clivages, les oppositions, s'en délectent même.

Ainsi, à l'heure des fragmentations et exacerbations des petites et grandes différences, comment la psychanalyse pourrait-elle contribuer à dire la nécessité de *lier*, relier, rééquilibrer la balance mortifère des discours partisans, des discours où prévalent la haine et la désinhibition du désir d'élimination de l'autre-différent, de cette altérité nécessaire qui nous constitue en tant qu'humain ?

Je souhaiterais montrer comment une psychiatrie vivante, humaine, ne peut en aucun cas se passer de l'apport vital de la théorie psychanalytique - avec l'ouverture à la complexité du fonctionnement psychique humain qu'elle nous propose. De même que la psychanalyse n'a pas intérêt à s'enfermer dans un « quant-à-soi » stérilisant, qui l'isolerait du monde, des autres disciplines et du socius.

L'interdisciplinarité nécessaire au soin psychique de personnes en grande souffrance ne peut faire de doute et quiconque pratique une psychanalyse vivante ou une psychiatrie vivante ne peut faire

l'impasse sur cette « entraide » nécessaire, cette nécessaire amitié entre psychiatrie et psychanalyse. Étant entendu que l'amitié ici n'est pas à concevoir comme une attirance pour le semblable et le même, mais du côté d'une altérité structurante et vitale. Une amitié comme respect, confiance, fidélité réciproque, « égalité dans la différence », « unité dans la diversité » (Leibniz cité par Manhes p.192.)

Ainsi soutenir l'amitié, l'interdisciplinarité n'est-ce pas soutenir les forces de liaison, les forces de vie ? Pourquoi donc parler d'amitié par les temps guerriers qui nous traversons ?

En effet, notre monde moderne est traversé par des menaces guerrières de tous ordres : n'entend-on pas parler dans les institutions de soin de guerre entre psychanalyse et psychiatrie ? De guerre à l'université entre les différents courants de la psychologie ? Et tout récemment cette actualité géopolitique qui nous préoccupe, aux portes de l'Europe...et qui nous pousse à penser que nous assistons à un nouveau basculement. Le travail du négatif semble gagner du terrain dans tant de lieux et d'espaces différents, que nous, psychanalystes, psychologues, psychiatres, infirmiers, éducateurs, soignants ...avons à construire à l'intérieur de nous et ensemble une théorie et une pratique de soin nous permettant de lutter contre les effets de découragement induits par la prédominance de l'action des pulsions de destruction. Comme l'écrit A. Green dans *L'intériorisation du négatif* : « Le pire n'est pas toujours sûr et, tant que se poursuit le travail analytique, le résultat n'est pas nécessairement défavorable. »

En 1933, la date de cette lettre ne peut être que mémorable,

Freud livre à Albert Einstein ses idées à propos de la question que celui-ci lui a soumise : « Que peut-on faire pour détourner des hommes de la fatalité de la guerre ? » Essayons alors de ramener cette question à celle qui nous occupe ce soir des liens entre psychiatrie et psychanalyse. Dans cette lettre à Albert Einstein Freud se positionne clairement comme « philanthrope » et « pacifiste », se situant du côté de l'union et de l'opposition obstinée à la violence.

Dans « Pourquoi la guerre ? » Freud nous montre que c'est la déliaison des pulsions de vie et des pulsions d'agression qui fait la guerre, comme au cœur de l'humain c'est quand Eros et pulsion agressive ne trouvent plus de voie pour œuvrer ensemble que l'autodestruction prend le dessus, comme nous le verrons dans le récit clinique qui viendra plus tard.

Dans cette lettre et face au constat de l'inéluctable violence qui habite l'humain, Freud constate que deux pulsions sont agissantes en chaque homme, je le cite : « celles qui visent à conserver et à unir - nous les nommons érotiques, tout à fait dans le sens de l'Eros de Platon [...] et d'autres, qui visent à détruire et à tuer ; nous regroupons celles-ci sous le terme de pulsion d'agression ou pulsion de destruction. » Il poursuit : « L'une de ces pulsions est tout aussi indispensable que l'autre ; des interactions et des réactions de ces deux pulsions procèdent les phénomènes de la vie. » Ainsi l'une est toujours plus ou moins l'alliée de l'autre et c'est de cette intrication pulsionnelle que va dépendre le destin humain et ses issues. Freud, avec l'introduction du second dualisme pulsionnel de 1920 nous invite à réfléchir aux rapports qu'entretiennent amour et haine, Eros et pulsion de destruction et c'est lorsqu'elles cohabitent, se tricotent ensemble, se mêlent

l'une à l'autre que la vie dans sa vivifiante conflictualité peut triompher des impasses de la haine et de la violence mortifère.

Ainsi l'amitié au sens d'Eros tend à *lier, unir*, là où tentative de déliaison il y a. Non pas que l'amitié soit du côté d'un bon sentiment pur, mais plutôt du côté d'une force de liaison qui intègre en elle des penchants agressifs, et qui tend à unir en son sein les contraires, les oppositions et les zones de conflit. C'est alors qu'il est possible de travailler en cohérence dans les institutions de soin, dans des alliances et des identifications possibles au travail des collègues, quelque différents qu'ils soient. Dans les institutions de soin, médecins, infirmiers, psychologues, s'ils ne se laissent pas prendre les pieds dans le tapis des forces de déliaison, peuvent apprendre ou réapprendre à faire « communauté soignante », nécessaire liaison de travail entre les professionnels pour constituer cette communauté soignante si souffrante dans notre monde moderne.

En 1937, dans *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin*, Freud s'appuie, pour donner du poids à son second dualisme pulsionnel, sur la théorie du philosophe Empédocle d'Agrigente (V^e siècle av. J.C.). Pour le philosophe deux principes régissant la vie de l'âme, « sont éternellement aux prises l'un avec l'autre. [...] L'une de ces puissances, [*Philia*] tend à agglomérer en une unité les particules originaires des quatre éléments, l'autre au contraire [*Neikos-lutte*] veut défaire tous ces alliages et dissocier les unes des autres les particules originaires des éléments. » Ainsi, Empédocle conçoit le processus universel comme une alternance continue de périodes dans lesquelles l'une ou l'autre des deux forces fondamentales remporte la victoire. Cette théorie de l'alternance de cycles peut ainsi nous porter à compter sur l'alternance nécessaire et

continue de ces deux forces, et sur un renversement toujours possible de l'une à l'autre.

La question se pose alors de savoir s'il nous suffit de compter sur le cycle naturel d'alternance continue de ces deux forces pulsionnelles, ou si un travail de parole, de mise en sens, de transmission, « travail de culture » cher à Freud, puis à Nathalie Zaltzman (1998), est nécessaire pour qu'Eros ou Philia, au choix, œuvre toujours au cœur et trace sa voie comme pulsion de liaison. Il serait ainsi de l'ordre du vital, de travailler à préserver l'amitié, la Philia qui unit psychiatrie et psychanalyse. Au-delà de la nécessité individuelle que cette liaison psychiatrie-psychanalyse permet aux êtres les plus démunis psychiquement et socialement, un enjeu sociétal, collectif est là devant nous. Cet enjeu de soutenir les forces *d'Eros* face aux pulsions de destruction d'une psychiatrie humaine, vivante et « transférentielle » selon l'expression de Pierre Delion nécessite une psychanalyse engagée dans la société et consciente non seulement de la part qu'elle peut jouer mais aussi du risque qu'elle prendrait à se désintéresser de cette question.

Didier Anzieu dans *Devenir psychanalyste aujourd'hui* soutient cette voie d'une psychanalyse engagée à soutenir la pulsion de liaison. Anzieu interroge les liens entre psychanalyse et militance et se demande si la psychanalyse contemporaine ne pourrait pas assumer une forme de militance, non au sens de fixation idéologique, mais au sens d'une position qui soutient les forces de désaliénation psychique et sociétale de l'être. Pour lui, les psychanalystes sont des défenseurs de la liberté de penser, de la liberté d'expression, « de l'humanisation des hôpitaux et des prisons [...] Ils sont contre les violences graves et injustes, le

racisme, la torture [...], les sévices infligés à des enfants : ils le manifestent s'il y a lieu activement. » (p. 303)

Je poursuis avec Anzieu : notre rôle est aussi « d'apprendre au patient à repérer et à déjouer les ruses de l'autodestruction, représenter pour lui la réalité extérieure chaque fois que c'est nécessaire, c'est-à-dire chaque fois que la pulsion d'autodestruction l'aveugle gravement sur cette réalité, enfin lui signifier notre confiance dans le primat possible d'Eros. » (p.297)

Pour poursuivre, je vais faire un petit détour par l'histoire des liens entre psychiatrie et psychanalyse.

La naissance de la psychanalyse est intrinsèquement liée à la désaliénation mentale, puisqu'elle est issue du désir de donner la parole à ces femmes hystériques, jusqu'alors considérées comme possédées et diabolisées par la société de la fin du 19^{ème} siècle. Les femmes hystériques faisaient peur, elles étaient enfermées et mises à l'écart de la société. Freud, avec l'influence de Charcot (qu'il a ardemment souhaité rejoindre à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris), comprend peu à peu que ces femmes hystériques sont en fait prisonnières d'affects, de désirs refoulés, réprimés, enfouis. On découvre alors que l'hystérie n'a rien d'organique. En écoutant attentivement, avec patience, la libération des symptômes advient. Freud souhaite alors montrer au monde qu'en découvrant la signification cachée d'un symptôme et en lui permettant une voie de mise en sens par la parole le symptôme disparaît.

Freud écrit en 1922 dans *Le sens des symptômes* : « alors que la psychiatrie ne se préoccupe pas du mode de manifestation et du contenu du symptôme, la psychanalyse porte sa principale attention sur l'une et sur l'autre et a réussi à établir que chaque

symptôme a un sens et se rattache étroitement à la vie psychique du malade. [...] La psychiatrie distribue des noms aux différentes obsessions, et rien de plus. Elle insiste, en revanche, sur le fait que les porteurs de ces symptômes sont des « dégénérés ». Affirmation peu satisfaisante : elle constitue, non une explication, mais un jugement de valeur, une condamnation. » Ainsi, Freud se différencie nettement d'une médecine déshumanisée, enfermante, et jugeante et a eu à cœur d'inscrire la psychanalyse comme discipline scientifique certes mais avant tout humaniste et porteuse du souffle de la compréhension et de la mise en sens.

La psychanalyse est ainsi née de la découverte que c'est la relation, l'écoute et la parole qui soignent, et plus précisément la reviviscence d'éléments enfouis du passé, par l'intermédiaire de cette relation privilégiée qu'est la relation transférentielle. En se mettant à l'écoute des femmes hystériques, Breuer et Freud offrent une voie de libération à ces femmes enfermées et brimées par la société de la fin du 19^{ème} siècle.

Après la Seconde Guerre Mondiale, l'apport de la psychanalyse participera à l'invention de la psychothérapie institutionnelle, ce courant « désaliéniste » se poursuivra notamment dans la politique de secteur mise en place dès 1960. La notion de psychothérapie institutionnelle est introduite dès 1952 par Georges Daumezon, celle-ci « vise à utiliser le milieu hospitalier comme facteur thérapeutique en tant que tel. » Je cite Keller et Landman dans - *Ce que les psychanalystes apportent à la société* : « pour la psychothérapie institutionnelle, le milieu hospitalier peut devenir facteur de changement et de développement, au lieu d'être le facteur de chronicisation, de traumatisme ou de déshumanisation que l'on connaît, avec ses

redoutables effets. Les terribles conséquences de la Seconde Guerre Mondiale sur la population asilaire avec la mort d'au moins 45 000 malades psychiatriques, favorisent l'essor de la psychothérapie institutionnelle. »

Déjà en 1918, à la fin de la Grande Guerre, Freud, dans son discours de Budapest au V^e Congrès psychanalytique, s'était prononcé sur l'utilité sociétale de ces centres de soins publics. Il écrit : « On peut prévoir, d'autre part, qu'un jour la conscience sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide chirurgicale qui lui est déjà assurée par la chirurgie salvatrice. La société reconnaîtra aussi que la santé publique n'est pas moins menacée par les névroses que par la tuberculose. [...] A ce moment-là on édifiera des établissements, des cliniques, ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés...[...] ces traitements seront gratuits. Peut-être faudrait-il longtemps encore avant que l'Etat reconnaisse l'urgence de ces obligations. », je précise nous étions en 1918 !

Le discours de Freud de 1918 comporte d'étonnantes résonances avec notre préoccupation actuelle et indique qu'une psychanalyse humaniste, engagée et libératrice des entraves psychiques de tous a été souhaitée et désirée dès l'origine.

Freud, en conclusion de son discours de Budapest, dira : « tout porte à croire que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe. » Autant dire que Freud entrevoit le nécessaire assouplissement de la théorie psychanalytique proprement appliquée à la cure-type,

ainsi que son élargissement considérable au-delà même du champ de la névrose et de la clinique des adultes. Si la psychanalyse contemporaine accepte cet alliage nécessaire de l'or et du plomb, elle reste ainsi vivante et incarnée, puisqu'elle accepte de ne pas être idéale et de ne pas rester idéalisée. Car idéalisée elle court aussi le risque d'être rejetée.

André Green dans le livre que je vous recommande vivement : *Un psychanalyste engagé* (1994) nous invite à découvrir à ses côtés « la psychanalyse dans la diversité » qu'il a connue lorsqu'il était interne à Sainte-Anne justement, en 1954. Il écrit : « une telle diversité, de neurologues, de psychiatres, de psychanalystes présents à Sainte-Anne, a joué un rôle majeur pour moi parce qu'elle m'a permis de les voir en action. [...] cela m'a donné l'occasion de voir faire les uns et les autres. J'ai rapidement compris qu'il n'y avait pas *une* psychanalyse, mais diverses manières de comprendre la réalité dont parle la psychanalyse (la réalité psychique) : diverses manières de la faire apparaître, de l'entendre, de l'analyser, de la communiquer, d'en renvoyer quelque chose au patient, et divers styles dans la façon de la transmettre. »

Ainsi, la diversité, les liens d'amitié entre les différentes disciplines et la fécondité de l'interdisciplinarité sont fortement soutenus par André Green et font partie intégrante de la stimulation intellectuelle de cette période. Tout comme le sujet humain sans le secours de l'objet, de l'autre ne peut survivre, une psychiatrie neurobiologique perdant son lien avec la relation et avec la psychanalyse, risque de perdre sa vitalité et son utilité collective, au profit d'une psychiatrie diagnostique et évaluatrice, passionnée de protocoles plus que d'êtres humains singuliers. De

même une psychanalyse désincarnée, qui se détournerait des apports aujourd'hui indiscutables d'autres disciplines, ainsi que des apports de la psychopharmacologie serait une psychanalyse hors du temps.

P-C Racamier, qui comme Green, s'est enrichi en suivant les enseignements de Jean Delay et d'Henri Ey à l'hôpital Sainte-Anne, et qui a connu cette pépinière intellectuelle si vivifiante dans laquelle baignaient nombre de psychiatres et psychanalystes de l'époque, dirigera l'ouvrage collectif *Le Psychanalyste sans divan* paru en 1970. Racamier nous met ici en garde vis-à-vis de la menace toujours existante qu'une institution de soin perde contact avec sa mission première de soin. Tout comme la paix ou la santé psychique, l'équilibre créé est toujours susceptible de se dérégler et sans cesse les institutions, comme les êtres humains ont à mener ce travail de pensée, de rééquilibrage nécessaire pour ne pas se perdre ou perdre leur arrimage au travail d'humanisation. Racamier écrit : « Que les organismes de soins soignent effectivement, ne va nullement de soi. C'est céder à l'illusion que de croire à leur caractère automatiquement thérapeutique. Historiquement leur vocation est d'ailleurs récente. Mais il ne suffit pas d'afficher un titre thérapeutique pour exercer la fonction correspondante. L'histoire de la pratique psychiatrique nous livre jusqu'à maintenant maints exemples du glissement par lequel une intention originellement curative se transforme subrepticement en un procédé parfaitement anti-thérapeutique. » (p 58-59, Payot)

Historiquement nous sommes donc globalement passés d'un fonctionnement asilaire, on pourrait même dire concentrationnaire, à la naissance du soin, des institutions de soin, dès 1920 en Europe, puis de façon marquée et forte après le

drame provoqué par le sort réservé aux malades mentaux de notre société pendant la seconde guerre mondiale. A partir de l'expérience de l'ASM 13 dans les années 60 à Paris avec Philippe Paumelle ensuite rejoint par Serge Lebovici et René Diatkine, la politique de sectorisation donne une place autre à la maladie mentale. Le fou n'est plus celui qu'il faut cacher, que notre société ne saurait voir, mais il a le droit de cité, grâce aux soins de proximité qui sont mis en place.

L'apport incontestable des neuroleptiques en 1952, a permis l'élargissement d'une possibilité de soin aux personnes psychotiques ou sujettes à des « angoisses incontenables » (Winnicott) et a ainsi permis une prise en charge différente, indéniablement. Néanmoins, comme l'écrit Green (1994) : « Prescrire des médicaments n'est pas la fonction essentielle du psychiatre dans quelque condition qu'il exerce et à quelque patient qu'il s'adresse. Il y a là un détournement de ce qu'est la vocation de la psychiatrie. [...] Faudra-t-il que les catastrophes s'accumulent pour que le balancier revienne à d'autres pôles, quand on se sera rendu compte des déceptions que peut entraîner cette attitude pseudo-scientifique qui, au fond, cherche à se débarrasser des responsabilités réelles envers ceux qui ont recours à la psychiatrie ? ». En effet cherche-t-on à effacer notre responsabilité collective face à la maladie mentale, de la même façon qu'aujourd'hui nous assistons à ce mouvement sociétal qui tend à déculpabiliser la haine de l'autre ? La responsabilité et la culpabilité, si cette dernière est bien tempérée, ont aussi des vertus transformatrices et civilisatrices qu'il conviendrait de pouvoir ne pas oublier.

La psychiatrie actuelle, parfois anti-psychanalytique,

principalement diagnostique, avare de temps accordé aux malades, avare du coût que représente la responsabilité collective de la folie individuelle, ne serait-elle pas en train de perdre elle-même la tête, oubliant ainsi l'horreur des drames du passé avec le risque que dans un effet boomerang, notre société paie cher ce refoulement, ce refus de la folie, de ce nécessaire prendre soin de l'autre si différent soit-il ? L'altérité est au cœur de notre humanité.

Comment travailler de façon psychanalytique en psychiatrie ?

Je vais maintenant prendre appui sur une situation clinique où le travail de dégagement possible d'une fixation mélancolique, et une relance des processus de liaison sont rendus possibles par le travail conjoint, soutenu et durable entre psychiatrie et psychanalyse. La clinique ici présentée, nous permettra aussi d'éclairer les enjeux de transformation pulsionnelle permis par ce nouage pluridisciplinaire fécond ainsi que par l'étayage et la présence continue permise par le travail en institution. Lorsqu'un fonctionnement binaire paralyse le sujet, ne lui proposant que des solutions psychiques en impasse, en tout ou rien, comment peut s'ouvrir la voie à la découverte de la complexité psychique intégrant en elle le manque et l'intrication pulsionnelle nécessaire à la sortie de la survie psychique ?

Samuel est un patient rencontré dans le cadre d'une hospitalisation longue en clinique psychiatrique pour adulte. Après avoir subi une série de tests dans un centre spécialisé dans les dépressions résistantes, et être depuis quelques années assommé de médicaments pour ne pas avoir à vivre la douleur psychique, il arrive dans cette clinique avec l'attente de pouvoir

faire un travail de parole, ce qu'il n'avait pas pu envisager jusque-là. Depuis de nombreuses années, en parallèle du développement harmonieux d'une vie professionnelle et familiale, des pensées suicidaires irrépessibles avaient pris possession de lui. Quand, face à la force de ces pulsions d'autodestruction, un passage à l'acte grave survient, il accepte enfin de suivre les conseils de ses proches, et de se tourner vers un soin qui privilégie la parole et la relation. Il se décrit comme un grand rationnel, qui jusqu'alors ne croyait pas à ces « foutaises » de la causalité psychique et de l'histoire singulière. La théorie d'un déficit chimique au niveau cérébral lui convenait à merveille, pour ainsi dire. Le problème qu'il décrit très bien c'est qu'il a fallu augmenter de plus en plus la quantité de traitement pour faire face au quantitatif d'une « pulsionnalité mal accueillie » selon l'expression de Ferenczi (1929), d'angoisses non reconnues, et de traumatismes ayant entravé gravement la construction d'un pare-excitation lui permettant de contenir et de transformer les événements, déceptions, aléas de sa réalité interne, comme de la réalité externe.

Tout récemment Samuel, en séance, se souvient de ses débuts à la clinique et de son scepticisme vis-à-vis de la chose psychique. Il dit : « quand je suis arrivé à la clinique, moi les histoires de parole, j'étais très sceptique, j'ai expliqué au Docteur P. que j'avais été diagnostiqué bipolaire 2 et il m'a répondu « vous savez moi ce qui m'intéresse c'est le patient, la catégorie beaucoup moins... » déjà le cadre était planté ! Ça me changeait de mon ancien psychiatre qui ne voyait pas l'intérêt de la parole, il me disait que tout ça c'était du déficit chimique et qu'il n'y avait pas besoin de plus de séances, « on ne va quand même pas demander à un cul de jatte de faire le 10 000 mètres ! En fait le Docteur P. il

m'a laissé être sceptique et il m'a dit que j'étais libre, et qu'on verrait...c'est pour ça que j'ai pu rester. » Le docteur P. ne cherche ni à le convaincre de sa thérapeutique ni à contrer ses résistances, il l'accueille avec celles-ci, et il propose de se mettre au travail.

Ainsi, dès le début de son hospitalisation, le Docteur P. lui propose des RDV quotidiens avec lui, un suivi hebdomadaire avec une psychologue-psychanalyste, moi-même, la participation à un groupe photolangage, ainsi qu'à un groupe de parole et un groupe de sophrologie.

Samuel se saisit rapidement de ces différents espaces qui lui sont offerts, il semble circuler d'un espace à l'autre, utilisant le contenu d'une séance de groupe pour élaborer son vécu, ses ressentis, ses affects dans les espaces individuels. Peu à peu, il semble évident que ces différents espaces lui permettent de s'approcher de sa vie psychique, d'en découvrir la complexité, de s'en étonner...Il se découvre, s'observe, expérimente, éprouve...Non sans douleur toutefois. Il passe par de nombreux moments de découragement, et il s'agit parfois en face uniquement de « survivre » selon l'expression de Winnicott. La négativité de Samuel est insistante, tout semble lui faire mal, lui faire violence, ses insomnies, ses douleurs somatiques, les propos d'un autre patient dans un groupe, le retard d'un soignant, et le plaisir semble si peu présent...Une économie psychique en « au-delà du principe de plaisir » (Freud). Green dans *Pour introduire le négatif en psychanalyse* écrit : « Winnicott suggère que les expériences traumatiques qui ont mis à l'épreuve la capacité d'attente de l'enfant à l'égard de la réponse ardemment souhaitée de la mère, conduisent, faute de cette réponse, à un état où seul

ce qui est négatif est réel » (p. 15)

Néanmoins, l'alliance thérapeutique avec Samuel se construit pas à pas. Et il faut bien ces différents espaces concomitants pour amortir, absorber et contenir l'angoisse que représente la confrontation avec lui-même, son histoire de vie, les cauchemars qui arrivent, les insomnies qu'accompagne la reviviscence d'éprouvés anciens qui avaient été enfouis, forclos depuis si longtemps.

Samuel identifie après-coup un moment mutatif lors d'une séance de sophrologie au début de son hospitalisation. Il en parle ainsi : « Ça a été une vraie cassure pour moi cette séance. L'infirmière qui anime le groupe de sophrologie propose la consigne suivante : « Imaginez trois personnes qui pensent à vous », là je me suis retrouvé complètement sec... rien, un néant, impossible de convoquer une image. A partir de ce moment-là je me suis dit que ça déconnait plein tube...même pas réussir à imaginer ma femme, mes enfants, je ne pouvais pas me raccrocher à eux...la solitude totale quoi. Ça m'a bouleversé. Et à partir de cette expérience de la solitude totale je me suis mis en marche. »

Cette expérience de la désolation face à l'absence de recours interne à l'objet, à l'impossible convocation de sa présence à l'intérieur de l'être va ainsi permettre que le travail psychique s'ébauche. C'est cette expérience du désaide, de la détresse primitive même qui va être constitutive de la subjectivité naissante.

L'institution, par la présence continue qu'elle offre, va permettre à Samuel d'être accueilli dans sa détresse lorsque celle-ci le submerge. Il peut ainsi faire cette expérience de régression

nécessaire car une équipe soignante est là, disponible, présente nuit et jour, pour faire face au flot d'angoisse qui jaillit face à la reviviscence de l'absence d'objet secourable dans son histoire singulière.

Peu à peu, en séance, des souvenirs reviennent, nombreux, violents... la rage arrive, retournée contre lui la plupart du temps. Régulièrement il se décourage de ce parcours du combattant, de la douleur que représente le fait de sortir du déni, du clivage et des défenses par la froideur et le non-ressentir. Cet homme se met à éprouver, éprouver de la peine, de la douleur, du déplaisir...mais ça fait rudement mal. Il le dit souvent, il ne voit pas l'intérêt d'avoir mal comme ça, et puis s'il n'y a pas de plaisir, quel sens cela a ? Il semble parfois m'adresser la question... je diffère, j'attends, je traverse avec lui l'enfer de la douleur psychique, mais aussi de la culpabilité qui émerge peu à peu d'avoir si longtemps enfoui la tristesse, et ainsi fait souffrir ses proches. Il réalise maintenant que ses proches ont dû souffrir de sa froideur, de sa rigidité, de ses dépressions répétées et de sa conviction du non-sens de la parole.

Ce qui l'a fait tenir pendant si longtemps, dit-il, c'est une parole souvent répétée de sa mère :

« La carcasse doit avancer ». Ce n'est pas le désir qui fait avancer, mais la nécessité, le devoir, l'impératif de survie, jusqu'au jour où ça n'avance plus, où l'enfant blessé, meurtri, réclame ses droits. Régulièrement avec Samuel j'ai le sentiment de devoir faire un travail immense pour m'extirper des impasses de la négativité à l'œuvre tout en restant à son contact, je tente alors de déjouer les ruses des perspectives en impasse qu'il me présente continuellement. Ici il s'agit je crois d'une permission de sortie

pour le week-end et tout semble impossible : s'il sort il ne va pas pouvoir faire face à tout ce qu'il aurait à faire, il craint de décevoir ses proches, de se décevoir, de rechuter, mais s'il reste ce sera le signe qu'il est incapable de vivre normalement, de faire face... Tout est en impasse. Je tente maladroitement de lui demander ce qu'il désirerait faire pour ce week-end s'il écoutait vraiment ce qu'il ressent. Il dit : « vivre est un devoir, pas un désir...pour moi le désir c'est un concept », je lui réponds alors qu'on va continuer à travailler pour que la question du désir et pas seulement de la survie s'ouvre en lui. « Faire savoir au patient notre confiance dans le primat possible d'Eros », nous transmet Didier Anzieu.

Travail de patience, travail de « longue haleine » (Freud, 1922, p. 409). Le temps de comprendre, de construire des hypothèses sur ce qui fait que le sujet s'inflige une telle charge de négativité, « l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi », écrit Freud (1917) à propos de la mélancolie. Il s'agit ainsi de retrouver la trace de l'objet, mais il faut du temps, puisque comme le souligne René Roussillon (2014) dans les problématiques narcissiques-identitaires, le sujet tend à effacer la part de ce qu'il doit aux objets qui l'ont constitué.

Puis un jour, un rêve survient : il a rêvé de son père, le rêve est bref, le voici : « je voyais mon père parler, laborieusement, et l'interlocuteur de mon père dans le rêve c'était un frère, un individu sans visage, un frère mort à la guerre ». Ce « laborieusement » l'amène à dire l'état psychique, gravement dépressif et la médication importante qui était nécessaire pour son père. En parlant de ce traitement très lourd, il dit : « quand je suis arrivé à la clinique avec la quantité de traitement que j'absorbais

je pouvais dormir 18h par jour, comme mon père finalement, en fait j'ai l'impression d'être devenu lui. »

En fin d'hospitalisation, au bout de neuf mois, Samuel semble avoir retrouvé contact avec le vivant en lui. Il dit aujourd'hui avoir découvert que l'on peut guérir par la parole, guérir de cette culpabilité primaire écrasante qui le jugeait inapte à la vie, inapte à ressentir, inapte à aimer. « Je suis un peu un handicapé de l'amour », dira-t-il, à plusieurs reprises. Pas à pas et acceptant la temporalité longue nécessaire au soin, quoiqu'on en dise aujourd'hui, il se découvre sensible et touché. Il découvre que son psychiatre actuel et moi-même ne sommes pas là seulement comme il l'avait dit une fois avec froideur « pour faire le job » ce qui m'avait un peu hérissée, je lui avais formulé : « Qui s'est contenté de « faire le job » comme vous le dites dans votre histoire ? » Quelques séances plus tard, il reviendra sur cette expression : « cette pensée de la dernière fois « ils ont fait le job » je l'ai souvent, je l'ai toujours eue en fait : quand des amis prennent des nouvelles, quand mes enfants m'appellent. »

Au bout de neuf mois, le temps de naître à soi-même pourrait-on dire, Samuel quitte l'hospitalisation complète. Il me recontacte pour poursuivre une psychothérapie à l'extérieur et, capable désormais de parler de la dépression traversée avec ses proches il découvrira lors d'un long échange avec un neveu que sa mère n'avait jamais senti aucun de ses bébés bouger dans son ventre. Je dirai : « elle n'a pas pu sentir que vous étiez vivant ». Après avoir souhaité exprimer à sa mère très âgée, les manques ressentis dans son enfance, l'absence de parole, les dénis tenaces, les banalisations, l'absence de tendresse, il est très déçu, de nouveau comme abattu lorsque celle-ci lui oppose une fin de non-recevoir.

Il m'écrit un mail entre deux séances me disant qu'il se permet de prendre contact car une colère profonde l'envahit suite aux propos banalisants de sa mère, il dit craindre de retomber dans ses « vieux mécanismes destructeurs ». La séance suivante, j'accueille sa déception, et sa colère, sa mère ne peut pas entendre la tristesse, les impacts de l'absence de parole, ni reconnaître sa part dans cette histoire, elle ne peut pas, elle ne pourra peut-être jamais. Quelques semaines plus tard, l'état de sa mère très âgée se dégrade, elle entre en EHPAD, elle ne peut plus parler, elle a perdu ses forces. Il s'interroge en séance sur son désir d'aller la voir, je soutiens ce projet discrètement, la haine et la colère n'empêchent pas d'aimer et de souhaiter être là, au chevet...c'est cela aussi le travail d'intrication pulsionnelle. Il revient de cette visite à sa vieille mère apaisé. Il dit « je me sens en paix, c'est très étonnant...je n'y comprends presque rien. Je suis allé la voir, je ne sais pas si c'est l'effet d'avoir pu lui dire tous les vides de paroles, toute la souffrance de ces dénis, mais je l'ai vue vulnérable pour la première fois de ma vie, ce n'était plus la mère dure et froide que j'ai connue. Depuis toujours lorsqu'elle s'approchait de moi, je reculais, c'était comme une répulsion, j'avais l'impression qu'elle faisait « juste le job ». »

À sa sortie de la clinique, pour maintenir une présence continue de soins rapprochés, son psychiatre et l'équipe soignante lui avaient proposé d'intégrer l'hôpital de jour, deux demi-journées par semaine. Ainsi, une thérapie multi-focale se poursuit : il voit son psychiatre régulièrement, participe à un groupe photolangage ainsi qu'à un groupe animé par une psychomotricienne intitulé *Le corps en jeu*, et il poursuit parallèlement des séances avec moi à mon cabinet deux fois par semaine. Ainsi, dans cette articulation entre psychiatrie et psychanalyse Samuel s'appuie sur ces

différents espaces nécessaires, enchevêtrés pour poursuivre le travail de mise en sens de son histoire, de ses entraves internes et le chemin d'une possible libération d'une culpabilité à être insoutenable.

Récemment, alors même qu'un peu en dernière minute je lui annonce que je prendrai finalement deux semaines de congés à Noël et pas uniquement une semaine initialement prévue, il a un mouvement naturel de banalisation de l'absence. De mon côté, je me souviens de l'état interne qui était le sien quand il est revenu de l'été précédent. Ses congés et les miens ne concordaient pas, et l'absence de séance avait été fort longue. Il était revenu, comme aux premiers instants où je l'avais connu en clinique, découragé, enragé contre lui, dans des mouvements d'auto-reproches qui l'assaillaient de façon violente. Ainsi dans l'idée de favoriser l'expression de contenus d'affects en direction de l'analyste, je lui formule quelque chose comme « je prends de longs congés », il me répond « oui mais enfin vous y avez droit, vous avez aussi besoin de repos », je choisis alors de dire « sur un plan oui, sur un autre vous pouvez aussi en éprouver de la colère, du désarroi ou un sentiment d'abandon ». Plusieurs niveaux existent, il y a le manifeste exprimé par le patient, et le latent dont la remontée est favorisée par l'analyste quand le patient réprime l'écoute de ses mouvements émotionnels. Je lui dis alors que je me souviens de son état de découragement aigu et de ses auto-reproches violents à son retour de la longue interruption du premier été sans séance. Je lui formule qu'il avait alors retourné toute la colère contre lui, il était « incapable » de profiter des vacances au contact de ses enfants et de son épouse, « incapable » de demander de l'aide en me recontactant pour anticiper la reprise des séances par téléphone au moins. Il était ainsi retourné

dans l'état d'incapacité à imaginer pouvoir trouver secours dans le recours à l'objet, à l'autre en somme : « moi tout seul », la toute-puissance est un recours commode face à la douleur de l'absence de l'objet.

Quelques séances plus tard, il se ré-approprie cette question de la colère toute retournée contre lui. Je ne me souvenais plus vraiment lui avoir formulé une interprétation en ce sens et je trouve toujours étonnant quand un patient s'approprie une parole que nous avons nous-même oublié lui avoir formulé. Il est si difficile pour nous analystes de rendre compte de cette circulation inconsciente propre au travail analytique en séance, et pourtant c'est bien là que se logent ces possibles voies de dégagement, quand d'un côté l'analyste accepte de laisser le patient libre de piocher, quand il sera temps pour lui, dans les associations de séances, et quand le patient acceptant de se prêter à cette libre association pourra se défaire de cette maîtrise des contenus avec laquelle il est parfois initialement arrivé. Se défaire aussi de part et d'autre de savoir à qui appartient tel ou tel contenu de séance : ce tricotage ne permettant plus de savoir à qui appartient ce bout de travail. C'est cela aussi le travail d'inconscient à inconscient et le travail de co-pensée. Ainsi Samuel pourra dire qu'il n'avait jamais pu penser que les pulsions suicidaires étaient une façon de se charger entièrement lui, de retourner toute la rage contre lui et toute la violence pulsionnelle réprimée. Il dit s'être senti libéré de pouvoir identifier ces pulsions comme des colères réprimées, toutes retournées contre lui. Le sens advient, et c'est le sens qui est libérateur.

La semaine suivante, il commence la séance en exprimant sa satisfaction de pouvoir se passer de son traitement anxiolytique du

matin. Il se sentait mieux, et ayant reçu l'approbation de son psychiatre, il tente l'arrêt de cette béquille chimique, sur laquelle longtemps il s'est appuyé pour faire rempart aux idées noires envahissantes. Il est content de sentir qu'il n'a éprouvé ni manque, ni mal-être suite à cet arrêt. Il dit « quand je pense que pendant dix ans on m'a dit que c'était la chimie la seule solution, parce que mon cerveau ne produisait pas les quantités suffisantes, et que ma maladie c'était comme un diabète. Maintenant je me sens accompagné pour envisager la suppression de toutes ces molécules sans que tout s'effondre autour de moi ». Samuel dit l'importance pour lui de ses RDV mensuels avec le psychiatre, qui l'a suivi durant tout le temps de son hospitalisation. C'est une relation de confiance primordiale pour lui avec les éléments transférentiels d'une bonne figure paternelle, soutenance, accompagnante, solide, figure paternelle fiable qui a gravement fait défaut dans son histoire personnelle.

Il poursuit ensuite ses associations en racontant une séance du groupe *Le corps en jeu* qui a eu lieu la veille à l'hôpital de jour. Dans cette séance groupale chacun devait faire circuler un ballon en mousse. Lui, ne sachant pas comment cela a pu arriver, a envoyé le ballon dans la tête d'une autre patiente du groupe. Il raconte avoir été très mal sur le moment, sidéré même « comme une perte de contrôle », dit-il. Je formule alors quelque chose comme : « vous avez eu peur de ce qui a jailli de vous ! ». Il poursuit : « oui réussir à toucher une personne sur la tête alors qu'elle est en déplacement, c'est fort quand même ; j'aurais pu viser plus bas, l'idée d'une violence qui jaillit, incontrôlable, c'est l'expression de l'agressivité que j'ai toujours réprimée. Je repense à ces scènes d'enfance avec mon fils qui s'exprimait trop ouvertement, et la rage dans laquelle ça me mettait... » Samuel

raconte ensuite la rage irrépressible et coupable qu'il a ressenti récemment en voyant sa fille ouvrir avec frénésie son cadeau de Noël, elle était trop impatiente, avide, incapable d'attendre. L'enfant en lui curieux, avide, emporté par son élan pulsionnel avait jusqu'alors été interdit d'existence : pour vivre, il lui a fallu réprimer la force pulsionnelle, l'envie ici probablement. Il dira alors « on doit couper toute pulsion de vie pour être dans le cadre ». Il s'étonne d'avoir réagi si fortement par rapport à cette balle et sera surpris de la réaction de la patiente ayant reçu la balle dans le visage. En sortant du groupe, elle lui dira en riant : « les enfants aussi font ça entre eux ! ». Il me rappelle alors qu'un moment où le psychiatre lui avait proposé d'intégrer ce groupe *Le Corps en Jeu*, il avait trouvé bien « futile » ce genre de groupe. Aujourd'hui il dit : « maintenant je fais la différence entre futile et ludique ! »

« Le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'était pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire » nous transmet Winnicott (1971, p. 84). Ainsi, expérimenter par le jeu, dans et à travers un groupe à médiation, la pulsionnalité qui n'a pas pu être accompagnée, bordée, façonnée par l'environnement premier, et le pare-excitation contenu dans les gestes de tendresse du début de la vie permet de rejouer le non-venu de l'histoire du sujet. Samuel apprend à jouer, à moduler l'expression de sa pulsionnalité, à en éprouver la force mais aussi bien sûr la possible contenance. Samuel, qui décrit avoir eu une vie toujours sous contrôle, a mis sa pulsionnalité en berne, réprimée, elle ne peut trouver de voie d'expression sans courir le risque de paraître incontrôlable, en excès, jaillissante, exposant ainsi à un risque de destruction imminent, de soi ou de l'autre. Samuel poursuit les associations de séance. « Le soir je n'arrivais

pas à trouver le sommeil, les difficultés d'endormissement sont revenues, je sentais que je ne voulais pas lâcher ». Je dis : « S'endormir c'est laisser place à l'incontrôlable en soi ». Il poursuit : « Oui j'ai tout fait pour lutter contre l'incontrôlable, ça m'a tellement bousculé de perdre le contrôle dans cette séance de groupe. » Je dis : « C'est par le jeu que l'enfant apprend à contrôler, modérer, amplifier ou calmer sa force pulsionnelle...quand il y va trop fort, il se rend compte des possibles effets destructeurs, alors il apprend à tempérer sa force, à la moduler, à l'orienter différemment. »

Durant le temps de cette séance, dans ce co-travail de reconnaissance et de nomination des éprouvés et des affects, nous sommes lui et moi dans l'inconscience du sens latent de ce désordre provoqué par l'envoi d'une balle dans la tête d'une patiente pendant une séance de groupe. C'est dans l'après-coup de la séance que jaillit en moi le sens de cette incontrôlable balle dans la tête pour Samuel, correspondant dans son histoire au geste tragique d'un père, qui s'est mis, lui, une « balle » dans la tête. Mais pas pour jouer. Samuel avait 16 ans, cet âge de la vie où un homme est rempli de cette force pubertaire, puissante, avide, jaillissante. Ici coupée net.

L'incontrôlable c'est aussi l'incommensurable de cette culpabilité à être, à vivre et à grandir après cela, la haine de soi, n'ayant pas pu sauver le père, le retenir. Une histoire se raconte pour le sujet : « inapte à aimer, à recevoir, à donner, alors inapte à vivre » jusqu'à ce que l'histoire puisse se rejouer avec un ou plusieurs autres et modifier en profondeur les défenses, et le regard porté sur soi-même.

Le soin psychique c'est aussi des boucles de signification, comme

des épisodes différents avec un générique identique qui revient, avec la nuance des petites différences qui témoignent du processus thérapeutique à l'œuvre. Tout récemment je note que Samuel peut avoir de l'humour vis-à-vis de lui-même, c'est tout nouveau cet « humour tendre » dont nous parle JL Donnet (2009). Il raconte en séance que les infirmières de l'Hôpital De Jour ont pris de ses nouvelles suite à une petite douleur cardiaque qu'il avait ressenti à la sortie d'un groupe. Le lendemain il reçoit leur appel et en raccrochant se surprend à penser « elles ont fait le job ! ». A la différence que cette fois-ci il ramène cette pensée qui s'est imposée à lui, avec une touche d'humour qui vient témoigner de l'écart qu'il a désormais pu construire entre cette pensée qui surgit en direct de son inconscient et la réalité de ce qui est vécu dans le lien dans l'actuel. Il se voit risquer de se laisser prendre par son propre inconscient ! Mais il en déjoue les ruses car il a désormais identifié d'où venait cette façon désincarnée, froide et technique de prendre soin d'un enfant.

Très récemment, un nouveau rêve arrive en début de séance, un rêve cru, violent, brutal. Dans ce rêve Samuel se voit infliger des sévices corporels d'une violence inouïe à un homme, non identifiable dans le rêve. Je ne préciserai pas le contenu précis du rêve par souci de préservation de l'intime du patient. Ce rêve le renvoie directement à des sévices subis enfant, et comme il le relève c'est la première fois que la culpabilité est renversée. Il s'agit ici de faire payer à l'autre, de punir et de venger quelqu'un qui a commis des sévices. Il dit : « C'est étonnant. Ce rêve de vengeance ne m'effraie pas et paradoxalement même provoque en moi un grand calme, une grande paix, je suis en train de purger la violence que j'ai enfoui depuis tant d'années et qui étape par étape est en train de me rendre plus serein. »

Samuel projette ainsi d'arrêter aussi les somnifères du soir, « en fait j'étais dans la crainte de ne pas dormir, mais ce sont mes rêves qui m'effrayaient », j'encourage alors la poursuite de cette voie d'élaboration en confirmant cela : « oui il y a quelques mois vous n'auriez pas pu faire face à votre propre violence en rêve ». Il dit : « oui le même rêve il y a quelques mois m'aurait perturbé juste à imaginer que j'ai pu penser ça. Ma propre violence était inacceptable ! C'est très positif je trouve, je suis content de moi ! » dit-il avec une pointe d'humour.

Si cela peut paraître dérisoire, être content de soi, pas au sens du triomphe narcissique mais au sens de l'apaisement de se sentir relié, et de sentir en soi la vie permise enfin par ce travail d'intrication des forces pulsionnelles contraires est un chemin immense, dont il faut pouvoir saluer le travail. Content de sentir les effets en lui de l'intégration de sa propre violence pulsionnelle et de pouvoir ainsi ne plus la dénier ou devoir la réprimer de façon forcenée. Winnicott écrit : « des années sont nécessaires pour que se développe chez un individu la capacité de découvrir dans son soi l'équilibre entre le bien et le mal, la haine et la destruction qui vont de pair avec l'amour, à l'intérieur de soi. » (1971, Concepts actuels du développement de l'adolescent, p.265)

À partir de ce récit clinique, quelques points saillants peuvent paraître importants à souligner dans ce travail d'articulation entre psychiatrie et psychanalyse qui ouvriront ensuite vers nos échanges :

- Tout d'abord la question de la singularité me paraît essentielle à souligner. Si j'ai choisi de centrer mon propos sur un seul récit clinique, c'est précisément parce que la prise en compte de la singularité fait la particularité

de la démarche psychanalytique mais aussi d'une psychiatrie humaine. Je tiens à souligner que c'est cela qui fait la joie de ce métier chaque jour, c'est qu'il s'apparente « à un artisanat d'art » comme l'écrit Emmanuel Venet dans son *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*. Un individu c'est un monde à lui tout seul, et le travail analytique ouvre à cette possibilité d'aller du « monde clos à l'univers infini » (titre du livre de Koyré). Malheureusement la psychiatrie comptable et donc avare de temps et de moyen tend aujourd'hui à enfermer les êtres singuliers dans des durées d'hospitalisation en fonction d'une pathologie identifiée qui se traiterait prétendument de la même façon pour tous.

- Autre point important : dans notre monde moderne, où nous sommes tous ou presque devenus avares de temps, et où la temporalité est si bousculée, bouleversée même, n'est-il pas nécessaire de rappeler la nécessité de ce don de temps et de présence que représente l'accueil de la souffrance d'un autre, et encore davantage lorsque le « narcissisme de vie » (Green) n'a pu être suffisamment constitué. Dans les conjonctures cliniques où le non-investissement, l'absence des objets premiers ou leur empiètement ont été au-devant de la scène infantile, faire acte de présence au sens plein du terme, ou encore « don de présence », comme l'écrit Josiane Chambrier-Slama dans son rapport pour le prochain Congrès des Psychanalystes de Langue Française est le préalable nécessaire à toute entreprise thérapeutique. Ainsi

aujourd'hui le travail analytique n'est plus seulement éloge de l'absence, et du retrait comme aiment à le clamer ses détracteurs. La psychanalyse contemporaine avance, dans les pas de Freud, Winnicott, Green et leurs héritiers à montrer la part prise par l'objet dès le début de la vie, la nécessité de sa juste présence et de sa juste parole. Ainsi la désintrication pulsionnelle, c'est-à-dire cette expérience de la désunion des pulsions d'amour et de haine, prend toujours sa source dans la « défaillance de l'objet » (Green). Green (2010) écrit : « l'expérience du transfert peut parvenir à relier ce qui s'est délié sous l'influence de la pulsion de mort. Le rôle de l'analyste dans le transfert ne saurait donc être minimisé. Il dépend de son modèle originaire : l'objet. » Ainsi le thérapeute, l'analyste, le soignant se prêtent dans le transfert à cette « fonction objectalisante » permettant ainsi la remise en circulation nécessaire des enjeux de la rencontre initiale avec l'objet.

- Une autre dimension me semble importante à souligner : c'est l'importance dans ce récit clinique de l'articulation du travail corporel et du travail psychique. En effet pour Samuel, réunir corps et psyché a nécessité et nécessite encore ce double ancrage dans le réel de la thérapeutique du corporel et du psychique. Actuellement beaucoup de patients en institution, mais aussi en cabinet, ont en parallèle de leur analyse ou de leur psychothérapie un suivi en ostéopathie, kinésithérapie ou autre thérapie corporelle. Je crois qu'il faut entendre à cet endroit, non pas une résistance à la chose psychique, mais davantage

la nécessité de revisiter et de réclamer la part des soins premiers, essentiellement issus du corporel, qui n'ont pu avoir lieu et ainsi façonner le corps et sa pulsionnalité en bonne articulation avec la naissance à la vie psychique. Winnicott dans *La nature humaines* interroge sur les conditions les meilleures « du point de vue de l'intégration et de l'emménagement de la psyché dans le corps » (p. 199). Car en effet un des enjeux du vivre est aussi de pouvoir vivre en étant incarné, dans un corps bien articulé à la vie psychique. Je cite Winnicott : « Combien il est facile de considérer qu'il va de soi que la psyché loge dans le corps, en oubliant que cela encore est, non une donnée, mais un résultat. » (p. 160) C'est probablement pourquoi aujourd'hui un enjeu important pour nous analystes est de pouvoir être des analystes incarnés, et oser exister en face d'un patient dans une spontanéité et une authenticité d'accueil. Être là, en face, dans un corps existant, regarder, être touché, ému et pouvoir en restituer quelque chose « en miroir » (Winnicott) à celui ou celle qui réclame le secours de l'objet pour sortir des impasses du faux-self ou du clivage.

Conclusion :

Puisque j'ai déjà été fort longue, je conclus brièvement en soulignant la nécessité pour ces patients rencontrés en institution, le plus souvent gravement touchés dans leur « narcissisme de vie », (Green), de pouvoir faire l'expérience de cette plurisciplinarité féconde et structurante, ainsi que d'une continuité de présence et d'une fiabilité, qui ont bien souvent tant manquées dans les temps premiers de leur vie.

Freud (1922) dans son article *Psychiatrie et Psychanalyse* nous indique qu'il est important de ne pas répugner à entrer « en relations étroites » (p. 227) avec les patients, c'est ainsi en leur accordant cette « attention suffisante » que le travail psychique pourra s'initier et pourra, lorsque l'heure sera venue, accueillir la complexité de la vie psychique dans ses affects de tendresse et d'amour mais aussi de violence, de haine et de cruauté qui font partie de l'âme humaine, quoiqu'on en dise aujourd'hui. L'enjeu n'étant pas de les dénier, mais de les faire tenir ensemble, à l'intérieur de l'être, afin que la « tâche de vivre » (Zaltzman) triomphe de l'attraction humaine pour l'autodestruction et les forces de déliaison.

Bibliographie

Freud, S. (1917), Deuil et Mélancolie, *Métapsychologie*, Folio essais 30 (pp. 145-171)

Freud, S. (1918), Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique, chapitre XII, Conférence faite au congrès psychanalytique à Budapest, en septembre 1918, in *La technique psychanalytique*, PUF.

Freud, S. (1925, OCP XVII), Les résistances contre la psychanalyse, PUF.

Freud, S. (1925, OCP XVII), *Psychanalyse*, PUF.

Freud, S. (1922), *Psychiatrie et Psychanalyse*, *Introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (1922), Le sens du symptôme, in *Introduction à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (1933), *Pourquoi la guerre, Résultats, idées, problèmes II*, PUF.

Freud, S. (1937), *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, Résultats, idées, problèmes II*.

Anzieu, D. (2000), *Devenir psychanalyste aujourd'hui, Psychanalyser* (pp. 269-307), Dunod.

Chambrier-Slama, J. (2022), *Les objets du lien ; Objet analytique, objet-analyste*, Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris, 82^e congrès des psychanalystes de langue française, n°2022/1.

Donnet, J-L. (2009), *L'humour et la honte*, Le fil rouge, PUF.

Delion, P. (2016), *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel.

Ferenczi, S. (1929), *L'enfant non accueilli et sa pulsion de mort*, in *L'enfant dans l'adulte*, Petite Bibliothèque Payot 596.

Green, A. (1993), *Le travail du négatif*, Les éditions de Minuit.

Green, A. (1994), *Un psychanalyste engagé*, Conversations avec Manuel Marcias, coll. Pluriel, Hachette Littératures.

Green, A. (2010), *L'intériorisation du négatif, Illusions et désillusions du travail psychanalytique* (pp. 215-221), Odile Jacob

Green, A. (2010), *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort ?* Ithaque.

Keller, P.H. et Landman, P. (2020), *Ce que les psychanalystes*

apportent à la société, Erès.

Manhes, G. (2009), La puissance de l'amitié, *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 2009/1 N°19.

Racamier, P-C., Diatkine R., Lebovici S. et Paumelle P. (1970), *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris.

Roussillon, R. (2014), L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique, *Cliniques* 2014/2 (N°8) (pp. 122 à 138).

Venet, E. (2020), *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*, Verdier.

Winnicott, D.W (1971), *Jeu et réalité*, Folio Essais 398.

Winnicott, D.W (1988), *La nature humaine*, Tel Gallimard.

Winnicott, D.W. (1989). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard.

Worms, F. (2020), *Pour un humanisme vital : lettres sur la vie, la mort et le moment présent*.

Zaltzman, N. (1998), *De la guérison psychanalytique*, PUF.

[1] Trois essais sur la théorie sexuelle, Freud (p. 168)

 [Télécharger le texte en pdf](#)

De l'émotion à l'affect

Auteur(s) : Nicole Llopis-Salvan

Mots clés : affect - alexithymie

Compte rendu par Stéphanie George

Conférence d'introduction à la psychanalyse de l'adulte de Nicole Llopis-Salvan donnée le 10 mars 2022

Nicole Llopis-Salvan, membre formateur de la SPP, SEPEA et de la FFPPEA, nous a invités à la suivre là où les affects peuvent nous mener. Le titre de sa conférence nous indiquait d'emblée que nous allions parcourir une trajectoire que l'on peut condenser en un passage du corps au psychique, de ce qui s'exprime sans les mots et qui se voit à l'extérieur, à l'impact sur le monde interne. Pour mieux comprendre ce cheminement, Nicole Llopis-Salvan nous a rappelé les fondements théoriques des affects avant de s'interroger sur les processus qui peuvent priver un sujet du contact avec le plus intime de lui-même et surtout sur ceux qui pourront lui permettre de renouer avec ses mouvements intérieurs.

Les affects nous conduisent au cœur de la métapsychologie Freudienne. Selon André Green, dans son rapport au CPLF de 1970, les affects sont les témoins de l'évolution théorique et clinique de la pensée de Freud. Il commence à s'y intéresser très tôt, lorsqu'il se penche sur les symptômes hystériques. L'affect est considéré alors dans une perspective économique, comme une quantité d'énergie qui accompagne chaque impression psychique et dont le moi doit se débarrasser soit par une réaction motrice

soit par une activité psychique. Dans le cas de l'hystérie, l'origine du symptôme est reliée à un affect « coincé », ce qui conduit Freud à déduire qu'affect et représentation, les deux registres d'expression de la pulsion, peuvent être séparés et suivre des destins différents. Si la représentation peut être refoulée, l'affect, lui, est converti, déplacé ou transformé. En 1915, dans *Métapsychologie*, Freud précise sa conception du refoulement. Il en vient à définir les affects non plus seulement dans une perspective économique mais en les considérant aussi comme la traduction subjective de la qualité d'énergie pulsionnelle. Avec la seconde topique et la prise en compte de la pulsion de mort, Freud met encore plus l'accent sur les affects en tant que représentants de la force des motions pulsionnelles. Il considère ainsi que l'affect impliqué dans un refoulement peut entraver les processus de pensée et l'accès à la conscience de la représentation. Le refoulement ne pourra alors être levé que lorsque l'affect sera à nouveau apparié à la représentation adéquate, grâce à la remémoration ou à l'interprétation dans la cure. Nicole Llopis-Salvan insiste sur l'idée que l'affect dans la cure est un indice qui peut mener jusqu'à la représentation. Il est le signe d'une quête de la représentation. Ainsi pour l'analyste, l'affect est une voie pour penser le symptôme, et ce, d'autant plus dans la clinique actuelle aux bordures du modèle psychonévrotique Freudien.

Pour aller plus loin dans cette exploration des affects, Nicole Llopis-Salvan propose de s'intéresser à l'alexithymie, en tant que pathologie paroxystique des affects. Joyce McDougall, dans son livre « *Théâtres du je* », la définit comme une pathologie où « un individu ne dispose d'aucune défense psychique, ni du refoulement, ni du déni, face aux conflits internes et aux « stress »

externes, il ne lui reste qu'à attaquer ses propres perceptions affectives avec, pour conséquence, la destruction de leur signification : le monde et ses habitants deviennent dévitalisés. Dès lors, les affects et les sentiments ne sont pas déniés ; ils n'existent plus. » Sifnéos et Némiah, neurobiologistes américains, ont créé le néologisme d'alexithymie, à partir des racines grecques : *a* : privatif - *lexis* : action de parler - *thymos* : le lieu des passions. Ces auteurs ont également distingué deux types d'alexithymie. Le premier est lié à des troubles neurologiques. Le second est associé à un traumatisme psychique datant de la période pré-verbale. Dans ce cas, le symptôme relèverait davantage de la forclusion voire de la déliaison que du conflit psychique. Il est associé à un fonctionnement mental qui s'apparente à celui décrit par l'école de Psychosomatique de Paris où l'appareil psychique est défaillant face à l'excitation, les pensées figées et le contact du sujet avec son monde interne, rompu. Impossible de ne pas le rapprocher également de la dépression essentielle décrite par Pierre Marty, où les symptômes font autant défaut que les ressentis émotionnels. La pulsion de mort est pleinement à l'œuvre dans ces tableaux cliniques au point d'entacher le tonus vital.

Le rapprochement avec le modèle psychosomatique permet de s'inspirer du cadre de travail que cette école a instauré. L'analyste est là un objet d'étayage qui ne lésine pas à souligner sa présence et son intérêt pour le discours du patient, même lorsqu'il est dépourvu d'affect et de représentation. Si Marilia Aisenstein propose de pratiquer l'art de la conversation, ce n'est certainement pas pour laisser de côté le transfert et encore moins le contre transfert. Dans ce dispositif en face à face, le contre-transfert est souvent à vif. Green rapporte la difficulté que

l'analyste peut rencontrer à distinguer les éprouvés qui appartiennent au patient de ceux qui lui appartiennent en propre. Cette confusion rappelle celle de la dyade précoce mère-enfant. Green nous invite à accueillir cette folie dans le transfert et cela commence par reconnaître « l'affect dans toute sa portée », dans toute sa sauvagerie. A l'analyste de la supporter, de l'analyser et de la transformer pour pouvoir en traduire quelque chose au patient et permettre la réinrication de la pulsion de mort à la pulsion de vie.

La vignette clinique par laquelle Nicole Llopis-Salvan a clos sa conférence nous a permis d'éprouver ce cheminement. Elle nous a amenés à ressentir avec elle un vécu corporel si puissant qu'il avait court-circuité ses pensées jusqu'à l'émergence d'une représentation chimérique. A partir de là, le travail psychique a pris une nouvelle tournure. Il s'est remis en mouvement, en commençant par celui de l'analyste. Cela n'aura été qu'une étape dans cette cure où le trajet du corps au psychique s'est manifesté à plusieurs reprises, notamment lors d'une séquence où la patiente confie à son analyste un trauma précoce, survenu à une époque où la mémoire ne s'exprime que par les sensations corporelles. L'analyste est alors appelée en place de *Nebenmensch* pour accueillir et donner forme à ce matériel en attente d'un environnement contenant et transformateur. Cette cure psychanalytique n'aura donc pas été qu'une cure de paroles. S'il s'agit toujours d'une rencontre d'inconscient à inconscient, une cure psychanalytique peut requérir un corps à corps psychique d'autant plus vif et intense que les contours névrotiques du patient sont flous. Encore faudra-t-il supporter et accueillir un informel avant de le traduire et espérer retrouver la symbolisation et l'associativité des représentations.

Finalement, les affects ne nous ont pas seulement menés du corps au psychique. Ils nous ont surtout entraînés au cœur du travail analytique : le transfert et son corolaire, le contre-transfert. Paradoxalement, c'est justement lorsque les affects font défaut dans le fonctionnement du patient qu'un déchaînement s'opère et que le contre-transfert s'impose en tant qu'instrument premier et primaire pour accueillir ces sensations, ces vécus chaotiques en renonçant à l'appel idéalisé d'une mise en représentation. Un travail intense qui suppose de supporter de ne pas savoir, de ne pas comprendre.

Addiction et soins psychiques en psychiatrie : ce que permet l'écoute du psychanalyste

Auteur(s) : Michelle Catteeuw

Mots clés : alcoolisme

Conférence de Saint-Anne, 14 mars 2022

Addiction et soins psychiques en psychiatrie : ce que permet l'écoute du psychanalyste

Michelle Catteeuw - Conférence de Saint-Anne, 14 mars 2022.

Introduction

Certains d'entre nous, pour rester vivant, vont s'intoxiquer, s'assujettir, entrer en addiction jusqu'à s'effacer, voire s'y anéantir. Scandale à l'heure du narcissisme triomphant, marquée par l'illusion de l'illimité (s'abonner à un forfait illimité, s'attabler à un buffet à volonté) et la fascination par l'image. Scandale à l'heure d'un néo-hygiénisme florissant (manger 5 fruits et légumes par jours, faire du sport), du « bien-être » comme horizon de la santé mentale et même du « bien mourir ». L'intoxication chronique pratiquée par certains pourrait alors nous apparaître comme un envers du décor au plus près des propositions du contemporain : marchandisation de toutes choses, humain compris (le temps de cerveau disponible), conception de la psyché comme d'une fabrique de substances psychoactives (être soi-même sa propre entreprise pharmaceutique). Pour autant, la pratique de consommation de substances psychoactives est un fait anthropologique, un fait humain, un fait de culture. L'utilisation des drogues remonte à la nuit des temps : 100000 ans avant JC ; première sépulture connue en lien avec les pratiques de chamanisme et de ritualisation de la mort. Les substances psychoactives tirées essentiellement de quelques plantes sont à la fois remède (Pharmakon) et poison (Toxicon). Elles sont utilisées de façon codifiée selon trois grandes fonctions : thérapeutique, religieuse et sociale (Rosenzweig, 1998). Il faut attendre le 19^{ème} siècle pour que le phénomène de drogue et la notion de toxicomanie, tout comme celle d'alcoolisme se construisent comme une maladie et se problématissent comme pratique dangereuse pour la santé et l'ordre social. Les travaux des anthropologues, des historiens, des sociologues montrent que le rapport aux drogues s'élabore culturellement, socialement,

politiquement et ne peut être réduit à un seul point de vue médical ou légal. Une même substance psychoactive peut sous des appellations différentes (morphine, héroïne, rabla) recouvrir divers usages et pratiques, et se diffuser dans des populations différentes (toxicomanes / teufers). La substance véhicule un imaginaire, imaginaire propre à celui qui l'ingère. On pourrait dire rapidement que c'est l'homme qui fait la drogue et non l'inverse. Les drogues, les substances psychoactives sont créatrices d'un imaginaire (Milner, 2000) ; pourvoyeuses de cultures, de l'underground aux avant-gardes, en témoigne le dossier d'Art Press de l'été dernier sur l'exposition au MIAM à Sète intitulé « Psychédélites ».

La consommation de substances psychoactives fascine et excite notre curiosité pour l'expérimentation en vue d'une augmentation de nos capacités psychiques et physiques, en même temps qu'elle promet une satisfaction de nos désirs : désirs de fusion, quête de nirvana, de transgression, d'euphorie rétablissant la toute puissance narcissique...tout ce qui fait épargne en refoulement et en contre investissement habituellement rencontrés sur le chemin de la voie longue de l'élaboration de la pensée et des formations de compromis. Voie courte donc, en lien aussi avec le dérèglement des sens qu'appelait de ses vœux Rimbaud, via la poésie, en lien également avec la créativité et la régression hallucinatoire nécessaire à l'acte créateur, voie courte à l'image des processus automatiques régissant notre inconscient (déplacement, condensation, figurabilité) découverts par Freud à propos du rêve. Mais lorsque l'addiction s'installe et que l'intoxication devient chronique, lorsque la spirale addictive se met en place, s'organise alors un court-circuit psychique, une économie psychique parallèle détournant tous les investissements au profit d'un seul :

s'intoxiquer. C'est cette économie psychique addictive décrite par J. Mac Dougall (2004) qui nous occupe ici. Nous essaierons de comprendre ce que recouvre l'expérience de l'intoxication chronique et quels en sont les enjeux psychiques inconscients notamment à partir de la rencontre avec le malade alcoolique.

Pour s'intoxiquer il faut réaliser un acte qui engage la motricité, une action volontaire. In-toxicon : mettre au dedans le Toxicon c'est à dire le poison mais aussi le remède (Pharmakon). D'aucun pourrait croire qu'entre Toxicon et Pharmakon, le problème en serait le dosage, problème de mesure, de quantité. Le discours de l'addictologie conduit aujourd'hui à abandonner la différenciation entre usage, abus, dépendance pour promouvoir un tout addictif selon un continuum d'un trouble prenant place désormais dans le DSM. Il suffit de lire le communiqué récent de la SFA (2021), en appui sur les résultats des études INSERM concluant à des impacts nocifs dès les faibles niveaux de consommation d'alcool appelant à renforcer les mesures de prévention du mésusage ainsi que la prise en charge du « trouble lié à l'usage d'alcool » conçue comme « intégrative et multimodale (cad sociale et cognitive) ». Appel donc à plus de contrôle des conduites pour tous ceux qui en font usage et pour les malades, plus de réhabilitation psychosociale et de rééducation cognitive pour qu'enfin cesse les addictions et que tout rentre dans l'ordre. Ainsi, l'accompagnement aux soins est pensé comme un programme thérapeutique à appliquer, le même pour tous et vise la même chose : l'obtention et le maintien de l'abstinence. Il est centré sur la prévention de la rechute et l'amélioration de la qualité de vie et entre étrangement en écho avec ce discours si rebattu du malade alcoolique qui une fois arrivé en soins et ayant posé le verre demande à sortir au plus vite pour reprendre une vie normale,

saine, retourner au travail, être enfin heureux en famille. Il n'aura de cesse de nous convaincre, tel un bon élève, que cette fois ça y est il a bien compris la leçon, il ne reboira pas jusqu'à l'inévitable prochain verre qui ne tardera pas à se présenter (parfois durant l'hospitalisation, ou encore juste en sortant ou quelques semaines, quelques mois plus tard). Pour ceux qui sont déjà passés par des centres de soins spécialisés, et ont, selon leur terme, fait des « stages » et acquis des « outils », termes qui m'évoquent le champ de la formation, qu'ont-ils appris ? « Lorsque tu es alcoolique, tu l'es à vie », « la rechute fait partie des soins », « la consommation contrôlée est impossible, c'est l'abstinence à vie » « même guéri, tu restes alcoolique, alcoolique abstinent ». Tel l'alcool, ils semblent avoir ingéré le discours de l'alcoologie devenant ainsi des alcoologues. Ces nouveaux savoirs fonctionnent alors « comme un prêt à penser » (quelque chose qu'on leur prête et qui est prêt à être utilisé) utile et valable pour tous, qui vaut pour tous les alcooliques, laissant de côté le sujet, son histoire, sa souffrance ou sa douleur psychique évitant surtout d'interroger quel est ce besoin paradoxal mais vital de boire et de s'anesthésier à ce point, comme si cette part alcoolique du sujet venait occulter le sujet tout entier, part alcoolique auquel ils se voient entièrement identifiés à partir du moment où ils viennent en soin. Or, personne ne peut être tout à fait alcoolique car il serait sans doute déjà mort et nous n'aurions pas à nous préoccuper de le soigner. Ainsi, lorsqu'il arrive en soin, le malade alcoolique, réputé difficile à soigner, se voit précédé de sa réputation (Pourquoi on le reprend lui qui n'a pas su rester abstinent la dernière fois, qui n'est pas dans le soin, à se demander même où il est ?) ou plus banalement si l'on ne le connaît pas encore de lourds préjugés pèsent d'emblée sur lui. Je n'en citerai qu'un : on plaint un cancéreux (c'est injuste, un cancer si jeune !) pas un alcoolique (dans le fond

il l'a bien cherché). Rappel à l'ordre : l'état d'intoxication constitue toujours une circonstance aggravante et non atténuante. Ils le savent eux même fort bien comme en témoigne cette petite phrase entendue au décours d'un groupe de parole : « je préférerais avoir le cancer plutôt qu'être alcoolique ». Honte mortifiante et culpabilité insupportable. Alors pour ceux pris par la compassion et l'envie de les soigner (après tout ne connaissons nous pas tous un proche, un ami alcoolique ? ou ne percevons pas en nous que cela pourrait aussi nous arriver), ceux là ne tarderont pas à éprouver colère, hostilité, rejet, liés à l'inévitable déception dans la relation de soin laissant entrevoir des enjeux massifs autour de l'idéal, de la blessure narcissique et de l'impuissance que réactivent chez nous ces malades.

Qu'ils en appellent au tiers interdicteur via le médecin ou le juge, l'expérience commune mais aussi clinique montre que rien ne peut empêcher quelqu'un d'aller boire (encore faut-il l'admettre). Pour autant, les soins aux malades alcooliques hospitalisés restent centrés sur la dimension de perte de contrôle du comportement qu'il s'agirait de rétablir sous la forme de l'abstinence. Or tout le système alcoolique est au contraire organisé autour d'un système d'actes visant le contrôle et la manipulation de la réalité (et parfois de l'autre) pour obtenir l'objet alcool. L'approche médicale, pharmacologique, n'a eu de cesse d'alimenter l'illusion, dans l'annonce toujours très attendue soit d'un médicament empêchant de boire (c'est enfin l'abstinence), soit permettant de boire comme tout le monde (c'est le rêve de tout alcoolique). On comprend combien la rencontre se voit « bouchée » par ces injonctions centrées sur la conduite mais aussi par l'illusion de la biochimie. L'ancienne approche comportementale via la cure de dégoût répondait à une conception de l'alcoolisme comme

mauvaise habitude, dont il faudrait se défaire c'est à dire n'y plus prendre plaisir, s'en dégoûter, via une technique aversive. A propos des « habitudes morbides » (désignant l'alcoolisme, la morphinomanie et les aberrations/perversions sexuelles), Freud (1898) faisait un lien entre l'intoxication et la pulsion sexuelle. Dans une lettre à Abraham : « tous nos breuvages enivrants et nos alcaloïdes excitants ne sont que le substitut de la toxine unique, encore à rechercher, que l'ivresse de l'amour produit ». Freud indique que la libido (l'énergie de la pulsion sexuelle) a des effets toxiques lorsqu'elle n'est pas liée psychiquement par des fantasmes, et que la masturbation (autre mauvaise habitude) est la première des addictions. Hypothèse intéressante qui réintroduit le soubassement pulsionnel et la quête d'amour dans la problématique de l'intoxication. Plus tardivement dans Introduction à la psychanalyse (1915-1917) à propos des névroses actuelles, il note l'« analogie incontestable avec des états morbides occasionnés par l'action chronique de substances toxiques extérieures... avec les intoxications et les abstinences ».

Depuis, cette technique aversive a été abandonnée au profit de techniques palliatives basées sur l'ingestion d'un médicament en vue de diminuer l'envie de boire (craving). Le cas du baclofène, résultat d'un détournement d'un médicament préexistant par un médecin alcoolo-dépendant sera prescrit chez certains à des doses tout de même affolantes (toxicomanie du prescripteur ?) et finira également par être abandonné. L'idée est que l'impossible contrôle de l'acte de boire (ni par la volonté, ni par l'autorité d'un tiers), se verrait miraculeusement ingéré (proche des croyances des primitifs, de l'animisme) au dedans grâce à l'effet du médicament (plus fort que l'alcool). Leurre, tout comme l'alcoolique, que l'ingestion d'une substance psychoactive puisse

répondre à ce qui ne trouve pas à se nommer et s'élaborer psychiquement dans l'alcoolisation, que cette substance s'appelle médicament et soit prescrite par un tiers (dont on sait le peu de consistance dans la vie psychique de l'alcoolique) décevra quant aux effets escomptés. Pourquoi ? Car les substances psychoactives sont muettes, n'ont pas d'histoire, ne peuvent être qu'incorporées et non introjectées durablement dans le moi.

Ne faut-il pas avoir « raté » sa folie, celle propre à chacun, pour s'intoxiquer tous les jours, en ingérant des litres et des litres d'alcool, pour se lever la nuit et boire, rester hébété toute la journée, au milieu des cadavres de bouteilles sans manger, sans se laver et si un regain d'énergie et de présence à soi même et au monde revient, penser alors au prochain verre, se mettre en route pour faire des provisions et les cacher et continuer à boire, boire encore, jusqu'au bout, même si au matin, le corps n'en peut plus, n'en veut plus, sachant que tout cela finira très mal et en entendant l'inéluctable (comme point d'arrêt au dernier verre)...finira aux urgences. Quelles douleurs psychiques indicibles l'alcool est-il chargé d'anesthésier ? C'est ce spectacle insoutenable que l'alcoolique nous offre (sans forcément d'ailleurs qu'il soit un pied dans la tombe) et qui nous fait agir : l'injonction à l'arrêt de la consommation, l'injonction au sevrage. L'arrêt de la consommation demande là aussi une mise en suspend de l'acte de boire, décision relevant du moi. Un patient fera remarquer à une autre qu'une maladie, comme un cancer ça ne s'arrête pas, une addiction oui. Par contre soigner le besoin de s'intoxiquer c'est autre chose. Découvrir quelle vérité psychique inconsciente voile l'intoxication chronique relève d'une autre entreprise. Comment comprendre dans quelle histoire subjective singulière elle trouve place et comment elle organise la principale réalité du patient, son

principal investissement ?

L'addiction est une expérience qui excède le langage. Logique de sauvetage, appel de détresse, il est rare d'avoir affaire à une demande. Les intoxiqués ne viennent en soins qu'en dernier recours car l'intoxication chronique est ce qui les sauvent et on ne lâche pas la bouée à laquelle on s'accroche. Dans « Le malaise dans la culture » (1930), Freud fait l'hypothèse que le recours au toxique ne relève pas d'un désir de se détruire mais constitue au contraire « l'une des plus intéressantes méthodes de protection contre la souffrance »... « une dernière technique vitale » tout comme « la fuite dans la maladie névrotique » ou « la rébellion désespérée (contre l'épreuve de réalité) dans la psychose ». On comprend mieux alors comment l'injonction au sevrage ne peut que provoquer terreur et crainte du retour d'un vécu traumatique. On leur demande de s'en remettre à nos bons soins, mais nul ne sait à l'avance, ni le patient, ni le soignant ce qu'il adviendra du bouleversement économique lié au sevrage et à l'engagement dans la relation de soins (cf. les travaux de G. Pirlot sur les somatisations post-sevrages).

On saisit rapidement que le désir au combien ambivalent de soigner le malade alcoolique sera insuffisant pour se soutenir dans la relation, ni comment l'éclairage par une psychologie qui en appelle au moi conscient, à la raison, au tiers interdicteur, soutenus par la béquille pharmacologique ne permettra pas de penser les enjeux psychiques de vie et de mort engagés dans l'addiction, de comprendre à quoi peut bien servir l'infamante répétition de l'acte de boire pour la psyché et de saisir le statut de cet objet alcool ?

[Retours aux sources : Psychopharmacologie et proto-psychanalyse](#)

Un très intéressant article de F. Coblence (2002) sur l'épisode de Freud avec la cocaïne nous permet d'introduire les rapports de la psychanalyse avec la question de l'intoxication chronique. S'il est admis de considérer que Freud n'a pas élaboré de théorie psychanalytique des addictions, de nombreuses références jalonnent néanmoins son œuvre et ont fait l'objet d'un repérage précis. Ces références théoriques s'inscrivent dans des moments particuliers de son élaboration théorique et j'en citerai ici certaines. Cette tâche aveugle, désormais mise à jour, aurait à voir avec sa propre expérience avec la cocaïne et ses ambitions d'en découvrir le mode d'action. F. Coblence repère ainsi sur une dizaine d'années (1884-1895), qu'elle nomme protohistoire de la psychanalyse, l'enthousiasme de Freud, découvrant les effets de la cocaïne, le prescrivant comme traitement de la neurasthénie et comme psychostimulant, pour finalement l'abandonner après l'échec du traitement de substitution de son ami Fleischl dépendant de la morphine. En 1895, la cocaïne resurgit dans un rêve de culpabilité (l'injection faite à Irma). 10 ans tout de même pour abandonner la cocaïne. Il poursuivra par contre son addiction tabagique jusqu'à sa fin et finira emporté par un cancer de la mâchoire. Notons que l'intérêt de Freud pour découvrir les mystères de la psyché rencontre d'abord celui de l'expérimentation sur lui-même d'une substance psychoactive. En même temps, nous soulignons dans le commentaire de F. Coblence, la mise à jour chez Freud de périodes d'abattement, de dépression et de symptômes somatiques (migraines). Le renoncement à la cocaïne et à ses miracles attendus a donc pris du temps, en lien avec son auto-analyse et sa relation passionnée avec son ami W. Fliess, laissant (fort heureusement) la place à « un puissant investissement libidinal », à une invention : « la psychanalyse ». Si la culpabilité que traduit le rêve et le Surmoi de

son rêveur ont sans doute dû y faire, il y a peut-être autre chose. Freud (je cite De Mijolla et Shentoub), dans *Le Président TW Wilson*, fait l'hypothèse suivante : « s'il y a de nombreuses sortes de résolutions, il n'en existe qu'une efficace : celle qui puise sa force dans un fort courant de libido...la résolution qui vient du Surmoi est souvent aussi impuissante que celle de l'ivrogne invétéré de renoncer à la boisson ».

5 ans plus tôt, en 1880, un médecin, écrit son journal et témoigne de sa rencontre avec la morphine. Le journal anonyme d'un morphinomane, une descente aux enfers version 19^{ème} siècle. Publié par extraits en 1896, dans une revue scientifique d'époque, après sa mort, par le médecin qui l'a assisté dans ces derniers jours, c'est un compte rendu médical précis dans lequel tout est mesure, quantité de drogue injectée et descriptions des effets secondaires de l'intoxication chronique, du délabrement inéluctable au cours des ans, du corps et de l'organisme. Ce monotone et minutieux récit contraste avec la tragédie qui se joue sur 14 années : poursuivant son travail de médecin mais dans un isolement grandissant, il gardera sa toxicomanie cachée jusqu'à sa mort. Le plus saisissant dans ce récit, c'est la croyance indestructible, jusqu'au dernier jour, que demain il pourra réduire les doses et « rapidement » se défaire du toxique. Tout son être, toute son existence se voit concentré au bout de l'aiguille, dans l'attente de l'injection salvatrice. C'est alors qu'au détour d'une énième injection que l'on comprend que ce malheureux médecin a perdu son amour, et que ce récit pourrait se lire comme la chronique d'un deuil impossible. Nous sommes alors comme rassuré d'avoir un élément biographique qui nous sorte de cet éternel présent de l'injection du toxique et nous permet d'un coup d'y trouver un sens, sens qui pour autant n'éclaire en rien sa

toxicomanie et se présente comme une hypothèse parmi d'autres à laquelle nous pouvons nous raccrocher, faute de mieux. Car de son côté, rien de tel. Aucune élaboration, aucune explication quant à cette mortifère passion. Le médecin qui l'a accompagné dans ses derniers jours fait état d'une dépression profonde (bien que ses écrits ne parviennent pas à rendre compte de ces gouffres autrement que par son addiction), mais aussi de son rêve brisé de n'avoir pu devenir un écrivain qu'il semble avoir remplacé par une graphomanie : le journal d'un morphinomane anonyme. Les éditions Allia ont republié ce journal en 1996, avec comme argument que le discours médical contemporain ne laisse plus la place au récit par le patient de sa maladie, faisant état d'absence d'écrits de patients dans l'élaboration du savoir médical.

Rencontrer les malades alcooliques

Que pouvons-nous apprendre sur l'addiction, l'intoxication chronique comme technique de survie psychique, à partir de la rencontre dans un lieu de soin (clinique de psychiatrie adulte) avec des malades alcooliques ? Au niveau institutionnel, le dispositif mis alors en place pour « l'accompagnement du patient alcoolo-dépendant » a été pensé dans « une approche psychodynamique à la fois individuelle et institutionnelle qui prend en compte la dimension intersubjective de la personne soignée (...) qui ne répond pas au symptôme-cible « alcoolique » mais qui prend en compte l'histoire des troubles, des traitements mais aussi du sujet dans sa totalité » . Dans ce dispositif, je suis amenée à rencontrer tous les patients malades alcooliques lors d'un premier entretien. Que reste t-il de ces rencontres ?

A bien y repenser, je dois avouer que très peu d'histoires de patients me reviennent à la mémoire, quelques phrases me sont

restées, quelques trajectoires, notamment lorsque le patient s'améliore (donc qu'il nous gratifie). La dimension de la rencontre s'est comme évaporée. Nous n'y entendons rarement une demande adressée à un autre, mais pour utiliser le terme de Roussillon forgé dans la clinique des « souffrances narcissiques-identitaires » plutôt un appel à un répondant. Et encore, pour ceux qui savent appeler. Pour certains, ce qui me reste en mémoire, c'est l'aspect traumatique de leurs éclats de vie, fragments dont ces hommes et femmes ont bien voulu témoigner, comme expulsés au dehors via l'acte de parole. Fonctionnement psychique d'une extrême précarité symbolique, traumatisés psychiques qui tentent via la répétition de l'acte de lier de grandes quantités d'excitation qui font effraction. J'ai en tête la rencontre avec une femme alcoolique, ancienne toxicomane, qui évoquera divers traumas dont la mort tragique de son enfant alors qu'elle même et son compagnon étaient alcoolisés, le tout inscrit dans une histoire subjective dont j'ai cru pouvoir suivre le fil. Ma proposition minimale d'une autre rencontre, où elle puisse reparler de tout cela a eu pour réponse, un mouvement transférentiel massif se traduisant par un « c'est à vous que je veux parler ». Il s'en est suivie une série d'alcoolisation en couple durant l'hospitalisation avec agressivité aboutissant à une expulsion. De mon côté, j'étais sortie de cet entretien avec tous les signes impliquant une grande activité de pensée, des hypothèses, comme si je devais disposer d'emblée d'une construction : cette urgence devait bien être le témoin de l'effraction psychique produit par cette rencontre, pas de mise en suspend, pas de voile, pas d'opacité, échec du refoulement, manœuvre psychique de mon côté à visée anti-traumatique tandis que de son côté à elle : la solution alcoolique.

Dans un tout autre registre, je me souviens d'une patiente venue en entretien, dans lequel il ne s'était vraiment pas passé grand-chose, avec un discours plutôt banal et factuel. La patiente avait accepté une prochaine rencontre. L'équipe soignante m'appelle alors pour me demander ce qui s'était passé avec elle car sortit de l'entretien, elle s'était précipitée pour aller boire jusqu'à s'écrouler par terre. Je restais interdite, me sentant coupable et impuissante, incapable de repérer ce qui avait bien pu se passer.

Ainsi, la rencontre avec qui offre son écoute est menaçante et pas toujours suffisamment contenant. On pourrait l'entendre comme une difficulté à organiser notre contre-transfert face au dépôt brut, bruyant ou bien muet, blanc. Il se passe bien quelque chose d'une haute intensité dont nous ne trouvons pas toujours trace dans le discours du patient, dans ce qu'il nous dit, ce qui est la définition même des effets de l'inconscient dans ses aspects négativants (déli, hallucination négative...). On trouvera là l'intérêt que ces rencontres proposées s'inscrivent dans un dispositif élargi de soins institutionnels pour permettre d'autres mouvements (transférentiels ? projectifs ?) diffractés sur l'équipe, sur l'institution et rendre plus supportable la rencontre avec l'analyste en l'absence de l'alcool. Car c'est bien rarement l'histoire d'un sujet qui peine à être racontée. La parole se fait anonyme (à l'instar des bien nommés Alcooliques Anonymes). Pas de sujet, pas d'histoire ou au mieux ce qui en tient lieu si le patient a déjà rencontré des centres de soins et qu'on l'a invité à réfléchir sur son addiction à partir de questions venant de l'autre (depuis quand boit-il, à quelle occasion, comment, combien, pourquoi). Ce discours entendu et attendu (des deux côtés) accompagné des inévitables résolutions (j'arrête de boire, je reprends le travail et tout ira pour le mieux, quand est ce que je

sors) et ceci même dans des situations de grande précarité psychique voire de délabrement mental et/ou physique produit toujours un effet de stupéfaction tant il est caricatural. A se demander si le patient y croit lui même, s'il s'en est persuadé afin de pouvoir essayer de nous persuader ou bien s'il se paye carrément notre tête. D'une autre manière, un patient me demande « pourquoi on l'a convoqué » alors qu'on lui a proposé un entretien auquel il s'est rendu lui même...ou encore un patient qui ne prenant pas la parole alors qu'on l'y invite, finit par demander « qu'est ce que vous voulez savoir ? » ou encore qui formule des demandes dont vous n'êtes pas le destinataire : quand est-ce que je sors ? Est-ce que ma demande de logement a abouti ? Il y a erreur sur la personne, voyez plutôt avec le psychiatre, avec l'assistant social.

Bien que l'hospitalisation soit libre, certains arrivent en soins car leur conjoint, leur patron, la justice, leur médecin les menacent : il faut maintenant arrêter de boire. Introduction d'un tiers interdicteur qui limite, qui rappelle à l'ordre (certains demanderont d'ailleurs à revenir faire « un petit séjour » pour faire « une piqûre de rappel »). L'arrivée est terriblement angoissante, la hantise du manque, fait que ils redoubleront les doses ingurgitées juste avant. La rencontre peut alors prendre un tour marqué par la projection, l'hostilité et rapidement une dynamique relationnelle où le fantasme sadomasochiste prévaut dans lequel on se retrouvera vite coincé à moins de savoir aménager la relation en évitant de satisfaire le masochisme du patient, de s'y refuser et de garder une neutralité qui ne soit pas vécue comme un manque d'attention, d'intérêt ou une preuve de notre sadisme à son égard.

La rencontre, si elle a lieu, est donc « stupéfiante ». Elle nous met dans un état de stupeur comme sous l'effet d'un toxique :

inertie/insensibilité face à la profondeur de l'impensable qui nous saisi (mais comment est ce possible ?). Je suis sidérée de mon côté par ce blanc de représentation qui contraste avec des souvenirs par contre de réactions émotionnelles dans un registre du déplaisant, avec une tendance à l'évacuation, ne plus écouter, désinvestir ...tout ce qui signe la faillite de l'élaboration psychique. On peut se demander d'ailleurs, si ce n'est pas dans ce blanc de représentation que viendra se loger les représentations imaginaires toutes faites de l'alcoolique et ce qu'il suscite chez nous. Les résistances à entrer en contact psychique (de deux côtés) sont manifestement au premier plan et conduiront invariablement à des agirs et notamment au rejet d'une manière ou d'une autre, du patient si elles ne sont pas élaborées. Se pose ainsi la question d'une identification a minima possible avec eux ? J'ai pour l'occasion relu, l'ouvrage passionnant de De Mijolla et Shentoub « Pour une psychanalyse de l'alcoolisme » paru en 1976. Outre d'y trouver une minutieuse revue théorique des apports freudiens et postfreudiens à la problématique de l'alcoolisme, c'est l'histoire d'une tentative sur deux années (1966-1968) d'une rencontre entre des malades alcooliques hospitalisés à Saint-Anne et un psychanalyste sous la forme de la présentation de malades. Ces rencontres enregistrées ont été retranscrites et on y voit à quelle point la position ici « classique » de l'analyste (écoute, neutralité, silence) est profondément ébranlée avec le sentiment d'avoir raté ces rencontres, de n'avoir pas su y faire mais ouvrant dans le cadre d'un séminaire mis en place, à une élaboration théorico-clinique toujours d'actualité. Les auteurs s'inscrivent dans l'héritage freudien et intègrent aussi les apports de Ferenczi notamment en ce qui concerne la question des traumas narcissiques ainsi que les apports de la psychosomatique avec l'importance du point de vue économique. Pour éclairer la

particularité de ce qui c'est joué dans la relation lors de ces rencontres, il font l'hypothèse que nous sommes amenés à répondre dans un registre névrotique et que nous laissons de côté ce qu'ils ont appelés la part alcoolique du moi, secteur clivé, fait de zones corporelles muettes. Les auteurs se demandent si « l'acte de boire n'est pas le seul représentant possible, trouvé par le moi, de souvenirs traumatiques très archaïques, marquages corporels, n'ayant jamais réussi auparavant à se lier à des représentations visuelles ou verbales pour s'abréagir... » p 434. Zone muette aussi à entendre dans « le silence de la relation à l'objet maternelle...tout comme les vicissitudes de l'imgo paternelle, créant ce vide d'un rdv manqué auxquels les malades alcooliques nous convient sans cesse... ». Zones muettes pesant lourdement dans l'intégration objectale et la constitution d'une image unifiée du moi. Une béance narcissique donc jusqu'à la rencontre avec l'alcool, rencontre traumatique, vouée à la compulsion de répétition qui peut alors se comprendre « comme tentative de liaison par l'énergie libidinale, au niveau de l'acte de boire, des sources d'excitations mortifères jusqu'alors insidieuses et permanentes ». Les auteurs indiquent qu'il nous faut peut-être entendre dans les mots « alcool » et « boire » une première et unique « représentation » des ces traumas archaïques et qu'il dépend peut-être de nous qu'elle ne reste pas l'unique représentant. Le clivage du moi (1938) évoqué par Freud à la fin de son œuvre comme présent chez tout un chacun, nous aide à comprendre qu'ainsi une partie du moi reconnaît la réalité et en tire les conséquences tandis qu'une autre la dénie. La part non alcoolique tirera donc les conséquences liées à la reconnaissance de la réalité selon son organisation névrotique, perverse, psychotique ou limite plus ou moins efficiente. Même chez celui où le secteur alcoolique occupe la plus grande place, persiste un

secteur de moi-réalité car l'acte de boire implique une action motrice volontaire qui s'accompagne d'une maîtrise de la réalité (se procurer l'alcool, le cacher, le boire) voire une manipulation active de celle-ci (et de l'autre) même si c'est au final pour trouver une satisfaction passive dans une voie courte de décharge. Les auteurs notent combien la relation à un autre qui parle avec un corps sexué, un inconscient, une histoire se voit court-circuitée au profit d'une relation avec l'alcool, objet muet, vide d'affect et de représentation, sans histoire.

On aura compris que pour s'aménager de la rencontre avec les patients alcoolo-dépendants, les apports freudiens et postfreudiens sont essentiels pour entendre l'acte de boire autrement que comme un symptôme dans un registre névrotique, psychotique ou pervers. Les élaborations théoriques de Winnicott intégrant le rôle de l'environnement et notamment des réponses de l'objet dans le processus de symbolisation, nous aident aussi à comprendre en quoi l'objet alcool n'est pas un objet transitionnel mais proche d'un objet fétiche, déniait l'absence et le manque. M. Little (1961) (analysante de Winnicott) dans un ouvrage atypique consacré aux états limites, mêlant élaboration clinique et poèmes personnels, développe tout un chapitre intitulé « Qui est alcoolique ». Pour elles, les malades alcooliques ont une dépendance addictive à l'alcool. Il faut entendre ici le terme de dépendance comme le moment où le nourrisson est dépendant de son environnement (fonction maternelle) pour sa survie physique et psychique. M. Little note que les patients alcooliques ont la croyance délirante que leur survie dépend de la prise d'alcool et sont incapables de reconnaître que ce dont ils sont dépendants n'apporte pas la satisfaction escomptée. Ainsi, l'addiction serait une mise en acte compulsive via un objet réel (les drogues) de la «

dépendance état d'indifférenciation psychique », une mesure de protection psychique, un « délire d'identité absolue », contre des vécus d'annihilation, d'effondrement, de chaos. Techniquement elle propose que l'analyste endosse le transfert qu'elle nomme « psychotique » pour ensuite le rompre en introduisant la différenciation, la réalité, (le patient et l'analyste ne sont pas les deux même), notamment à partir d'éprouvés corporels anciens. Enfin, la psychanalyse plus contemporaine, même si elle n'a pas été élaborée à partir d'une clinique des malades alcooliques hospitalisés, nous permet, par exemple, à partir des travaux de Green sur les états limites, de penser la psyché sur le modèle de l'acte (plutôt que le modèle du rêve et le modèle du jeu), penser le travail du négatif dans les processus de symbolisation. Elle permet ainsi des possibilités nouvelles pour une écoute psychanalytique du malade alcoolique hospitalisé afin de l'aider à s'ouvrir à sa vie psychique, via une relation à un autre, sans s'en trouver trop menacé, dans un cadre aménagé qui vise à ne pas reproduire le trauma, prenant en compte ces zones muettes de la psyché. Notons aussi l'article de F. Duparc (2005), même s'il fait état d'un patient en analyse (ce qui est loin de nos malades alcooliques hospitalisés) montre qu'il est possible d'entendre les différentes fonctions de l'objet alcool (objet addictif) au cours du processus analytique et ses proximités avec l'objet fétiche et l'objet auto-calmant.

Autre lieu d'écoute et de rencontre : le groupe

Si les alcooliques lors des rencontres individuelles évoquent peu leur consommation, si l'on ne les y invite pas (contrairement aux toxicomanes plus enclins à nous faire entendre qu'eux connaissent la jouissance), ils sont au contraire très parlants en groupe avec

leurs camarades d'infortune. C'est lorsqu'on les écoute en groupe que l'on comprend mieux les nécessités de l'intoxication, ce que devient une vie régit par un seul impératif d'une exigence redoutable « boire ».

Qu'y avons-nous appris ?

- La perméabilité au discours environnant et à ce qui est supposé attendu par l'autre : La présentation des participants au groupe est d'ailleurs édifiante. Il suffit que le premier se présente d'une certaine façon pour que tous poursuivent de même. « Jean-Pierre : alcool, dépression ». « Mireille, pareille ». Je me souviens d'une lecture de Geberovitch sur les toxicomanies qui à la présentation « je suis toxicomane » demandait : qui vous l'a dit ? dans une rapide réintroduction de la figure d'un autre.

- Une humeur labile : Le groupe lorsqu'il est laissé libre dans son expression traverse diverses ambiances de l'euphorie aux gouffres de la dépression. Très tôt Freud évoque les rapports entre l'ivresse alcoolique et la difficulté à faire le deuil par exemple dans le délire de jalousie du paranoïaque ou encore faisant suite à un état mélancolique, l'ivresse de la manie qui est un triomphe, une affirmation de la toute puissance narcissique sur l'objet perdu.

- Un certain rapport au langage : pauvre, éculé (cf. les expressions toutes faites) qui tente de se donner pour savoir (une campagne de prévention qui fait un tabac !) ou un langage puisant des satisfactions vers l'analité jusqu'au... tarissement de la parole et l'installation d'une ambiance lourde comme une dénonciation de l'inanité du langage à signifier la jouissance de boire. Certain en sortiront d'ailleurs avec l'envie de boire.

- Boire, un besoin et non un plaisir. Comme ils le disent eux même : ils boivent, pour dormir, pour ne pas penser, pour s'anesthésier, pour ne plus éprouver le temps et pour ressentir, l'alcool qu'ils avalent, la chaleur, l'estomac rempli, ils « biberonnent » « le poupou ». L'acte de boire évacue toute possibilité d'éprouver un affect. Ils le disent eux même : « tu as une bonne nouvelle tu bois pour fêter ça, tu as des emmerdements tu bois pour oublier et le lendemain tu ne sais même plus pourquoi alors tu rebois ». Affects dispersés, dissous dans l'alcool, ce quantum d'énergie susceptible de se lier au représentant-représentation de la pulsion et de s'engager dans la voie de l'élaboration psychique n'en a pas eu le temps. Boire c'est exactement l'inverse du travail psychique, un retour à la sensori-motricité, au sur-investissement d'un système d'activité engageant la motricité qui envahit l'existence et obnubile la pensée, répétition à l'identique (pour prendre la référence à M. De M'Uzan). La fête est finie, la lune de miel passée, le plaisir est peut-être alors un plaisir d'organe qui vise l'apaisement des tensions pulsionnelles.

- Une causalité psychique qui s'absente : Parfois certains osent poser LA question « pourquoi on boit ? » (et non pourquoi je bois ?), il faudra peu de temps pour que LA réponse vienne : « tu bois parce que tu es alcoolique ». Formule lapidaire, brève, causalité en forme de parfaite tautologie qui nous autorise néanmoins à faire l'hypothèse que l'intoxication chronique relève bien d'une problématique de l'être, du désêtre. Alors on peut relancer, c'est quoi être alcoolique ? : « eh bien c'est quand tu bois et que tu peux pas t'en passer... ». Voilà qui est dit une bonne fois pour toutes. C'est en ce point que vient généralement à la rescousse le puissant leurre toxique et les explications biochimiques liés aux modifications de leur cerveau expliquant que dès lors ils sont

comme des diabétiques ils sont maintenant intolérants à l'alcool.

- L'impossible désillusion : une patiente décidant de s'inscrire dans la tradition familiale religieuse c'était mise à prier 5 fois par jour avec l'idée qu'elle pourrait s'en remettre à Dieu mais elle dira qu'après plusieurs tentatives, elle n'a rien ressenti, cela ne l'a pas transformé. Ne voulant pas se résigner à faire semblant, elle révèle alors à toute la famille son incapacité à croire et décide de s'éloigner pour pouvoir boire hors du regard de sa famille. Personne donc à qui s'en remettre, reste l'alcool contre l'insupportable désillusion. Marguerite Duras dans *La vie matérielle* (1987) : « L'alcool ne console de rien, il ne meuble pas les espaces psychologiques de l'individu, il ne remplace que le manque de Dieu. Il ne console pas l'homme. C'est le contraire, l'alcool conforte l'homme dans sa folie. Aucun être humain, aucune femme, aucun poème, aucune musique, aucune littérature ne peut remplacer l'alcool, dans cette fonction qu'il a auprès de l'homme, l'illusion de la création capitale. Il est là pour la remplacer. Et il le fait auprès de toute une partie du monde qui aurait pu croire en Dieu et qui n'y croit plus ».

La réunion hebdomadaire

Qu'a produit institutionnellement le dispositif ? Voici quelques petites phrases entendues en réunion hebdomadaire.

« On le met dans le dispositif » « On le sort du dispositif ». On note notre position omnipotente et la figure inquiétante d'une machine réalisant l'inclusion ou l'exclusion de l'alcoolique. L'alcoolique, homme-machine, où l'économique prévaut, avec ses gestes stéréotypés et sans fin, là pour ingérer sans rêve, voilà que nous avons produit pour lui cette machine, peut-être pour mieux le

normaliser et le contrôler. Dans une approche critique, on pourrait alors penser que ce dispositif servirait à maîtriser le temps (entrée/sortie du dispositif) et un espace s'opposant à l'infamale compulsion de répétition et à notre impuissance.

« Il n'y a pas de projet pour les patients », « Ils boivent et on ne fait rien ». Malaise, plaintes des soignants, travail disqualifié, dispositif qui ne sert à rien, colère liée à la frustration de ne pas se sentir entendus et soutenus. L'alcoolisation encore et toujours, obstrue la pensée. Un exemple : s'inscrivant dans les logiques de la démarche qualité, l'alcoolisation durant l'hospitalisation a été considérée comme un événement indésirable (aboutissant à la rédaction d'une fiche d'événement indésirable, FEI) et non comme l'expression de la part malade du patient. Paradoxe : Nous voudrions donc soigner des patients alcooliques qui ne boivent pas. Il arrive parfois dans un mouvement de réduction du patient à sa conduite, que ce soit le patient qui devienne ainsi indésirable et que la sortie lui soit intimée. Il ne viendrait à personne l'idée de décider d'une fin de prise en charge pour un patient psychotique qui se mettrait à délirer. Bien sûr il y a des situations intenable : mise en danger du patient ou des soignants, somme toutes pas si fréquentes. Plus fréquemment, l'introduction par le patient d'alcool à l'intérieur du lieu de soin pour pouvoir continuer insidieusement à boire en chambre (où l'on retrouve des réserves d'alcool dans les faux plafonds) tout en nous assurant de son abstinence. Toute l'organisation du système alcool du patient nous pousse en retour à agir, encore faut-il que de notre côté nos agissements aient une portée soignante, signifiante. Dans le dispositif, l'alcoolisation est à travailler pour qu'elle soit reconnue comme un acte-symptôme (pour reprendre le terme de MacDougall) sans quoi elle conduit invariablement à des positions de jugements,

d'exclusion mais aussi, de connivence, de séduction agie ou encore moins bruyant mais tout aussi délétère de désinvestissement. Nous avons à penser quelles sont les limites que nous nous donnons, ce que nous pouvons ensemble tolérer et ce que nous ne pouvons pas tolérer et pourquoi.

Après quelques années, je me représente le dispositif comme un système contenant, étayant, surtout comme un système d'attente qui vise à rendre supportable la mise en suspend de l'acte de boire et d'y interposer d'autres objets que l'alcool, d'autres investissements dont certains viseront d'ailleurs à constituer des contre-investissements. D'un point de vue dynamique, l'observation du secteur non alcoolique pourra se manifester, se conflictualiser et nous pourrons en repérer les modalités (psychotique, narcissique, limite, névrotique, perverse) renseignant sur les possibilités d'organisation psychique du patient et ses ressources. Enfin l'acte de boire qui manque rarement de se produire, il nous reste à le capter dans le dispositif, à en faire un événement qui nous fait signe (à défaut d'avoir un sens) et dont nous allons montrer (parfois au cours de plusieurs hospitalisations) qu'il n'est peut-être pas si indépendant de lui et de nous, de ce qui se joue dans la relation.

Si le psychanalyste a à aménager la rencontre avec le patient, il ne peut se passer de participer à la réflexion autour de la dimension institutionnelle des soins qui semble ici importante. Si je reprends rapidement les termes de Roussillon (2010), le dispositif institutionnel s'il veut prétendre à prendre en compte les enjeux psychiques inconscients qui sont au cœur de la problématique de l'alcoolique, doit permettre le travail de symbolisation et de subjectivation des parties muettes de la

psyché. Nous amenant à travailler avec ce qui est informe et pousse à la répétition, à substituer le convenu et les évidences trompeuses (leurre de l'alcool) par des paradoxes, à rendre ambigu (qui pourra revêtir plusieurs sens) et à tolérer l'incertain (ce que l'on ne peut prévoir, du fait des clivages et de la coexistence de modalités variables de fonctionnement). Entreprise couteuse car le dispositif semble toujours menacé par les attaques tant des malades que des soignants et s'il résiste aux attaques, il se verra régulièrement hanté par le retour du fantasme de la machine visant à contrôler et normaliser le malade alcoolique, si ce n'est le recracher.

Si la cure analytique n'apparaît pas comme une indication chez le malade alcoolique hospitalisé, peu enclin à l'abstinence et à l'élaboration psychique via la parole, du moins en première intention, l'écoute d'un analyste lors de premiers entretiens, peut aider à se décaler du discours tout fait et des fausses évidences, à entendre l'intime et ses douleurs, à ce qu'une demande s'élabore et peut être soutenir un authentique désir de changement, un désir de vérité, un intérêt pour la vie psychique, tout en étant éclairé des forces en présence (Eros et Thanatos) et des inévitables impasses et découvertes vécues dans la relation transférentielle. Ouverture à la vie psychique nécessaire, vitale, pour espérer autre chose à l'horizon que d'être «un malade alcoolique abstinent à vie ».

Bibliographie

- Coblence. F (2002). Freud et la cocaïne. Revue Française de Psychanalyse. (2). Vol 66. p 371-383.
- De Mijolla. A, Shentoub. SA (1973). Pour une psychanalyse de l'alcoolisme. Paris : Payot, 1981.

Duparc. F (2005) Cure psychanalytique de l'addiction. Traitement de noyaux fétichiques, autistiques ou auto-clamants. Conférence de Psychanalyse à la SPP.

Duras. M (1987). La vie matérielle. Paris : POL.

Freud. S (1930). Le malaise dans la culture. Œuvres complètes XVIII. Paris : Puf, 1994.

Freud. S (1898). Le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses. Œuvres complètes III. Paris : Puf, 1989.

Freud. S (1915-1917). Introduction à la psychanalyse. Paris : Payot, 1921.

Freud. S (1940). Le clivage du moi dans le processus de défense. Œuvres complètes XX. Paris : Puf, 2010.

Little. M.I (1961). Des Etats-limites. L'alliance thérapeutique. Des femmes Edition, 2005.

Mac Dougall. J (2004). L'économie psychique de l'addiction. Revue Française de Psychanalyse. (2). Vol. 28. p. 511-527.

Milner. M (2000). L'imaginaire des drogues. De Thomas De Quincey à Henri Michaux. Gallimard.

Pirlot. G (2008). Approche psychosomatique des addictions. Le Carnet Psy. (4). n°126. p 45-49.

Rosenzweig. M (1998). Les drogues dans l'histoire. Entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié. De Boeck et Belin.

Roussillon. R (2010). Proposition pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiation. Le Carnet Psy. (1). n°141. p 28-31.

Les nouvelles parentalités : Construction des liens précoces, prémises du monde interne chez l'enfant

Auteur(s) : Sarah Bydlowski

Mots clés : parentalité

Conférence donnée en visioconférence le lundi 14 février 2022

Je vous propose ce soir de nous intéresser aux effets des nouvelles configurations parentales sur la construction des liens précoces autour de la naissance. Autrement dit, d'apporter des appuis à la réflexion sur les processus qui conduisent à devenir parent, les liens parents-enfants et la construction psychique de l'enfant. Face aux nombreuses et nouvelles façons de « fabriquer » les enfants et de « se construire » parents, il nous paraît utile de tenter de se représenter les processus psychiques des acteurs en présence.

Autrefois, les naissances appartenaient au destin, événements incontrôlables, conduisant tout un chacun à s'arranger avec ce que lui imposait les limites de la nature, de son corps, les aléas de ses rencontres amoureuses et sexuelles, dans un environnement culturel et une organisation sociale déjà là. Devenir parent était une traversée joyeuse ou résignée, comblée ou inquiète. Depuis une trentaine d'années, les découvertes médicales dans le champ de la procréation entremêlées à un mouvement de

désinstitutionnalisation de la famille, conduisent à une diversification des modèles de parenté. Ces derniers ne s'imposent plus comme une norme, chacun semblant conduit à inventer sa façon d'être parent. La planification des naissances est entrée dans les mœurs, contribuant largement au progrès de l'accueil et du statut de l'enfant. Mais, l'indéniable progrès que constitue la contraception, entretient l'illusion d'une possible maîtrise de la conception, la conquête obtenue est avant tout la possibilité de refuser une grossesse, non de la faire advenir (Golse, Bydlowski, 2020). Depuis le don d'ovocytes, les femmes peuvent porter des enfants bien après leur période naturelle de fécondité. La poursuite coûte que coûte du désir d'enfant, la difficulté d'y fixer un terme, entrave-t-elle le deuil de la fécondité ? Eternelle fécondité ? Nouvelle forme d'immortalité ? Mais, cette illusion de maîtrise concerne également une prévisibilité de ce que serait son « résultat ». Cet enfant désormais tant attendu, voire revendiqué, porte en germe tant d'espoirs que son absence prend parfois des allures de catastrophe.

Certaines nouvelles filiations bouleversent l'ordre générationnel, d'autres remettent en cause des interdits, considérés jusque-là comme structurels pour nos sociétés et les liens qui s'y déploient entre les sujets. Embryons conçus au même moment et implantés à des temps différents, vrais/faux jumeaux ? Quels liens de parenté entre enfants issus des gamètes d'un même sujet et élevés dans des familles sans lien avec ce dernier et dans l'ignorance de leurs liens fraternels biologiques ? A l'âge adulte, certains se trouvent hantés par l'idée d'une rencontre incestueuse avec l'un de ces « frère » ou « sœur ». Qu'en est-il des enfants portés par des femmes d'une même famille et par un même organe dans le

contexte d'une greffe d'utérus ? Comment penser les liens entre nature et culture ? Entre parenté dite biologique et celle qui est instituée par la société ? Quel imaginaire, quelles représentations, quels fantasmes traversent les liens de filiation ainsi impactés par une réalité qui s'invite alors plus vivement pour chacun et dans les liens entre parents et enfant ?

Comme on le voit, les avancées scientifiques dans le domaine de la procréation projettent vers des perspectives vertigineuses. L'inédit de la situation actuelle réside en ce que, dans un laps de temps réduit, de nombreux repères ont été bouleversés en même temps. Les différences des sexes et des générations semblent plus floues, l'énigme des origines n'en apparaît que plus grande, au risque d'une difficulté de construction des identifications parentales, fragilisant les assises narcissiques de l'enfant (Bydlowski, 2017). Il s'agit là d'un point essentiel pour les liens précoces et la construction de la vie psychique du tout petit. Pour l'immense majorité des parents et futurs parents confrontés à ces situations d'assistance médicale à la procréation (AMP) et à ces nouvelles configurations familiales, les générations précédentes ne sont pas passées par là, d'où une difficulté d'identification aux leurs, aux anciens, au socius. L'environnement, au sens de Winnicott, ne fonctionne plus comme tiers, laissant chacun dans la solitude de sa « folie privée » (Green, 1990). Dans cette perte de points de repère, la médecine se trouve investie de responsabilités nouvelles et essentielles dans les décisions les plus intimes.

La vivacité des débats témoignent d'une actualité brûlante. Il est toujours difficile d'analyser un nouvel état des choses, sans y voir une perte, voire une décadence. Ce biais qui altère le regard d'une génération sur la suivante est à prendre en compte dans notre appréciation. Qu'y a-t-il de profondément nouveau dans le cadre proposé par la famille contemporaine au développement de

l'enfant ? Qu'en est-il des processus d'organisation psychique des uns et des autres ?

Notre clinique quotidienne la plus ordinaire auprès des enfants et de leurs parents nous confronte à des attaques du lien de transmission et des capacités élaboratives de la filiation. Les aléas du désir d'enfant comme la naissance peuvent être sources de crises inaugurales remettant en question l'inscription identitaire et la place de chacun au niveau conjugal, familial et générationnel. Les enjeux qui ont présidé aux origines des parents et des enfants sont alors en quête d'une nouvelle distribution.

Le mouvement vers l'intégration psychique de l'enfant relève d'un processus dynamique et psychosomatique fondé dans le lien à l'autre. Ni soudaine, ni contemporaine de la naissance, elle se déroule de manière progressive, au gré d'étapes, points d'aboutissement d'une multitude d'expériences, vécues dans le corps, organisées par les relations avec les adultes, intégrées par le travail psychique du bébé, à partir desquelles s'inscrit le sentiment de continuité de soi (Winnicott, 1970). Au travers d'un détour par le psychisme de l'adulte, qui rend pensable au bébé ce qui lui est d'abord impensable par ses propres moyens, grâce à sa capacité de rêverie et à sa qualité d'objet malléable, l'appareil psychique trouve ses fondations premières (Bion, 1962).

La situation originaire, ontologiquement asymétrique, confronte l'infans au monde des adultes qui s'inscrivent déjà dans le langage, le symbole et la sexualité (Laplanche, 1987). Mère, père et bébé se présentent chacun avec son lot d'identifications dans un intense mouvement dialectique : identifications projectives du bébé ; identifications régressives de l'adulte. Les parents fourniront un « environnement facilitant » (Winnicott, 1957) à leur bébé d'autant plus aisément qu'ils en auront eux-mêmes bénéficié, leurs relations étant d'emblée sous le sceau de la dynamique

familiale inconsciente inter- et trans-générationnelle, de l'histoire infantile et psychosexuelle des parents et des nombreux effets d'après-coup s'y attachant.

Pour accueillir, écouter et recevoir ces histoires familiales singulières, leurs conséquences sur le devenir parent, les liens parents-enfants et la construction psychique de l'enfant, pour comprendre leur désarroi, appréhender ce qui les anime, il nous faut accepter de renoncer à nos certitudes théoriques, en toucher les limites, interroger et réaménager nos pratiques et oser prendre le risque de nous perdre dans l'inconnu où nous entraînent ces situations.

Celles-ci confrontent le clinicien à ses convictions et idéologies, et à leurs effets dans le contre-transfert en situation thérapeutique. Dans notre expérience, ces éléments se trouvent constamment sollicités face aux parents, et infiltrent nos identifications à l'enfant à venir ou déjà présent. Moyen thérapeutique, enfant de remplacement, prothèse, greffe, expérimentation de la modernité, ces représentations émergent et un travail d'élaboration est sollicité afin qu'elles n'envahissent pas tout le champ et ne nous entravent pas dans nos capacités d'écoute. Tout l'enjeu est de tenter de travailler avec les parents et de les accueillir tels qu'ils sont, là où ils en sont, avec leur enfant.

Effets des techniques procréatives sur les processus psychiques en jeu dans le chemin pour devenir parent

La fertilité humaine, étroitement dépendante des influences culturelles, résulte d'une étroite intrication entre fonctions biologiques et psychiques de l'individu. Le désir d'enfant trouve son ancrage dans l'inconscient de chacun. Les situations d'AMP se présentent de façon très diverse. L'AMP peut être réparatrice dans certaines situations, quand elle ne consiste qu'en une aide « orthopédique » à des couples en demande de soutien pour

franchir le cap d'une grossesse qui peine à venir. Cependant, les évolutions de la médecine procréative conduisent de nombreux professionnels à engager dans une certaine urgence des couples et certaines femmes seules dans des protocoles « thérapeutiques », là où deux ans étaient jusque-là requis avant toute action médicale. Ceci n'est pas sans effet, l'infertilité en soi et ses soubassements psychopathologiques aux nombreux effets d'après-coup, est à risque pour la grossesse et l'accueil du bébé, notamment quand l'infertilité a valeur de défense psychique active au service de l'économie inconsciente du sujet, face à l'éventualité catastrophique que représenterait la grossesse (Bydlowski, 2008). Certaines situations d'infertilité restent inexplicables et des projets d'enfant résistent au projet affiché de certains couples. Par ailleurs, la demande, voire la revendication d'un enfant, de certaines femmes seules à l'égard du corps médical, vient masquer ou contourner l'absence d'une rencontre avec un compagnon. La rapidité des propositions techniques et médicales risquent de court-circuiter ces défenses psychiques inconscientes, ces souffrances silencieuses, l'AMP d'apparaître comme une transgression coupable et l'enfant d'être alors porté et rencontré comme un malentendu, attracteur de fantasmes et de projections. La démarche thérapeutique en médecine de la reproduction ne devrait pas se résumer à répondre à la demande manifeste des sujets, mais tendre à comprendre le contexte du désir d'enfant, à écouter son expression ainsi que la souffrance issue des échecs à sa réalisation. Dans les bons cas, elle permet de faire émerger d'autres problématiques, dont la stérilité, l'absence de rencontre d'un autre, ne sont que les symptômes émergents. La réflexion interdisciplinaire en clinique est ici essentielle et, comme la prise de décision qui s'ensuit, elle implique une attention particulière à ses possibles dérives : griserie des

possibilités techniques, excès d'implication morale ou libéralisme extrême. Toutes ces filiations médicalement assistées impliquent un accompagnement d'une dimension plus large qu'une simple réponse technique. L'AMP, à l'instar de l'adoption, devrait être proposée quand un certain travail de deuil et de renoncement a pu être opéré. Ce cheminement n'est pas chose aisée, et s'opère dans une difficile évaluation, une urgence du temps, une efficacité technique qui tend à effacer toute temporalité (Bydlowski, 2014).

Les risques de contournement de l'« infertilité » n'en seront que plus grands pour la parentalisation et la construction de l'enfant en cas d'enlisement des parcours médicaux. Ce d'autant qu'une part non négligeable de ces pratiques sont encore interdites en France, malgré l'élargissement récent de la loi, et font l'objet de longues attentes, poussant les praticiens et les patients vers l'étranger, redoublant alors les difficultés à surmonter.

Les parents d'autrefois avaient des enfants qu'ils pouvaient « à leur gré » dévorer, supprimer, abandonner, ignorer ou élever et aimer. Aujourd'hui, ils veulent accueillir un enfant dans un projet de vie conforme aux normes sociales, dans un idéal à la fois individuel, conjugal et familial. L'enfant se trouve, en quelque sorte, chargé de présider à la naissance de ses parents et constitue désormais un idéal de réalisation de soi, avec son inévitable revers qui se traduit entre autre, du fait du développement de la médecine fœtale, par certaines demandes intempestives d'interruption médicale de grossesse et de réduction embryonnaire en cas de grossesse gémellaire. L'enfant n'est plus là pour prolonger ses parents ni pour leur annoncer leur finitude, mais peut se trouver en position de leur assurer un triomphe narcissique de novo. Décevant, non conforme aux idéaux, il peut faire l'objet d'une demande de destruction, parfois sans possibilité pour ceux qui l'attendent d'accès à leur

ambivalence.

Plus les difficultés de tous ordres s'accumulent, plus l'enfant que l'on « doit avoir » devient indispensable, la demande d'accession à la parentalité risque alors de se transformer en revendication. François Richard (1999) y voit un déni de la dette envers ses ascendants immédiats et plus profondément de l'ascendance comme telle, une difficulté à se sentir au service d'une chaîne génératrice qui nous dépasse, à s'identifier et à se référer inconsciemment aux disparus.

C'est par la dette que les parents sont liés aux représentations inconscientes de leurs imagos. L'élaboration de celle-ci à l'égard des tiers en jeu dans la conception, surface de projection de leur monde interne comme de leur lien de filiation, est déterminante pour la construction psychique de l'enfant. Son pendant se trouve incarné dans un vécu de transgression parfois omniprésent chez ces parents, vivant leur parentalité comme un défi lancé aux limites imposées par la nature, à l'égard du destin, et d'une dette dont le prix sera un jour à payer.

Si l'infertilité ou le manque de partenaire pour faire un enfant, et la présence d'un tiers biologique, évoquent la castration et la peur de la perte d'objets réels, le déni émerge pour soutenir le moi parental, au risque de la construction du lien parent-enfant et du développement de l'enfant.

L'ambivalence nécessairement en jeu dans toute relation à son enfant, devient ici difficile à éprouver, réactivant la blessure narcissique de la stérilité, de la solitude de l'adulte. Seule l'idéalisation de l'enfant constitue un aménagement permettant d'atténuer l'inquiétante étrangeté. L'enfant idéal se doit d'être une source d'émerveillement continu. Les fantasmes risquent de justifier toutes les attitudes parentales : surprotectrices, méfiantes ou masochistes. Cette atmosphère d'artifice, à laquelle la réalité à

tout moment risque d'objecter ses déceptions, peut conduire à des difficultés avec l'enfant. La relation de la réalité à l'imaginaire est transformée : ce qui est habituellement vécu ou reconnu comme productions imaginaires, se trouve ici excité, intensifié et doué d'un caractère réel. La réalité de la situation procréative, utilisée comme une défense, empêche le parent d'avoir accès à l'élaboration de ses difficultés dans le présent, surtout lorsqu'il ne peut se reconnaître dans cet enfant trop différent de lui qui ne représente plus le prolongement de son narcissisme, mais une menace pour ce dernier. Ces rationalisations masquent des blessures inhérentes à l'histoire familiale empêchant tout retour vers le passé.

C'est parfois dès l'avènement de la grossesse que les difficultés psychiques se font jour, du fait de la vulnérabilité propre à cette période, marquée par l'ambivalence, les nombreux remaniements identitaires et la reviviscence intense des conflits infantiles archaïques et œdipiens.

L'inquiétante étrangeté (Freud, 1919) du bébé, l'ambiguïté et la fragilité du statut de l'embryon et du fœtus, font courir le risque de désinvestissement, et des mécanismes de répression en urgence (Freud, 1900) peuvent alors être activés pour protéger le moi parental, remaniant les processus psychiques de la grossesse et du processus parental (Bydlowski, 2020). Ils constituent des facteurs de fragilisation, expliquant certaines situations extrêmes et heureusement rares, de demandes inopinées d'interruption de grossesse et de décompensations psychiques périnatales.

Plus ordinairement, ces ressentis paralysent les capacités d'attendrissement, d'émerveillement, de rêverie et d'identification à l'enfant, entravent le déploiement d'une préoccupation maternelle primaire, d'une anticipation paternelle. Les représentations parentales associées à l'enfant vont faire écho à

leur propre histoire infantile, l'organisation de leurs conflits intrapsychiques, leurs exigences surmoïques. Les liens parents-enfant portent les marques de la fracture traumatique quand elle fait écho à d'autres ruptures enfouies dans les limbes de l'histoire familiale.

Les processus psychiques mis en œuvre face au risque traumatique, tout à la fois effracteurs et protecteurs, portent en eux-mêmes leur propre contradiction selon Claude Le Guen (1996). Claude Janin (1996) souligne que si une répression en urgence des affects, des clivages fonctionnels (Bayle, 1998) sont transitoirement nécessaires, ils pourront par leur massivité ou leur durée, faire courir le risque, pour les relations précoces, de clivages structurels désorganiseurs, l'adulte étant comme absent à lui-même.

L'infantile parental, les réaménagements de l'histoire familiale intériorisée joueront un rôle essentiel dans le devenir de ces organisations défensives. Rejoignant l'idée de trace amnésique de Claude Janin (1996), de perte de la trace de la perte d'André Green (1983), on peut parler de véritable faille dans les investissements narcissiques infantiles, d'évènements à jamais perdus. Conceptualisations utiles pour comprendre certains parents à la fragilité psychique ancienne et méconnue, témoignant du manque de continuité d'investissement narcissique dont ils ont eux-mêmes été l'objet autrefois.

Le risque des effets traumatogènes des aléas de parcours chaotiques et insuffisamment élaborés d'AMP, renvoie à ce recours principal à la répression, témoignant d'un défaut d'investissement de l'espace au sein duquel les éprouvés peuvent se lier aux représentations, à une paralysie des capacités associatives, au court-circuit des jeux de la pensée, de l'imagination, du langage. L'enfant élevé dans une telle économie

psychosomatique pourrait n'avoir que peu accès à ses manifestations affectives (Anzieu-Premmereur, 2001), la mère étant peu à même de fournir à son enfant un miroir des émotions ressenties, un soutien à ses expériences narcissiques et objectales.

Dans ce contexte, comment aborder la construction psychique de l'enfant ?

Nous entrons là dans le champ du passage de l'interpersonnel à l'intrapsychique qui, tout en restant profondément énigmatique, ne cesse de nourrir nos réflexions. La psychanalyse d'enfant montre l'importance des conséquences à très long terme de traumatismes précoces longtemps passés inaperçus ou de situations de vie dont le potentiel pathogène ne s'est révélé qu'après bien des années. La causalité psychique, fondamentale dans l'organisation des difficultés psychologiques et de la pathologie, n'est pas univoque, mais toujours probabiliste. Ce que l'on peut avancer est que lorsque les difficultés de l'enfance sont trop nombreuses ou trop lourdes, elles ont le pouvoir d'obérer le développement ultérieur ou de l'infléchir dans des directions atypiques, douloureuses et parfois pathologiques.

Aux origines était l'amour fou

Néoténie du petit d'homme, amour désordonné qu'il porte à sa mère, selon la belle expression de Winnicott (1947), alors que celle-ci traverse cet intense mouvement de retour nostalgique propre à l'immédiat après naissance, jeu de l'antinarcissisme décrit par Francis Pasche (1965), capacité maternelle à désinvestir son propre narcissisme pour favoriser le déploiement de celui de son enfant. Dans cette rencontre avec la réalité de son bébé, la mère comme dénudée au plus intime d'elle-même, puise

les sources qui lui permettent de se mettre au diapason de son enfant. Du fait des potentialités maternelles à surseoir, à anticiper et à jouer transitionnellement, le bébé d'étranger à demeure (Aubert-Godard et al., 1998) devient rapidement un familier interne pour sa mère.

Mais, le nouveau-né est un piètre interlocuteur, comme le souligne Joëlle Rochette (2009). Dans le prolongement de l'élation narcissique de la grossesse, l'absence de régulation émanant du bébé laisse une place vacante dans l'économie narcissique et pulsionnelle maternelle. Vacance qui met à l'épreuve la souplesse de sa psyché, la qualité de son préconscient et de symbolisation primaire, ses capacités de rêverie et de mentalisation (Bydlowski et al., 2014).

Dès la naissance, Paul-Claude Racamier (1992) décrit une intense relation de « séduction » entre mère et bébé. Séduction, passion amoureuse, visent à établir et préserver « un accord parfait, sans faille et sans tension », à neutraliser les excitations du dedans et du dehors qui pourraient troubler cette « sérénité narcissique idéale ». Dans cette « nébuleuse symbiotique », règne une « immense admiration mutuelle ». Illusion nécessaire avant de pouvoir se défaire.

Car d'emblée, une tension s'exerce sur cet unisson initial. Le processus de deuil originare s'engage tout aussi tôt, processus qui n'a plus de fin et met un terme à l'enchantement d'un narcissisme idéal. Ce processus de deuil à l'œuvre chez l'enfant trouve sa correspondance et sa symétrie chez la mère, aux prises avec l'ambivalence de sa sexualité adulte, poussée vers d'autres investissements. L'enfant tourne le dos à cette mère indistincte, à cette « atmosphère », pour rencontrer une mère, objet de désirs. L'« objet n'est trouvé que parce qu'il est perdu » précise Racamier. Cette capacité de désillusion conditionne la pleine

capacité de découverte de l'objet, tout comme la possibilité d'intériorité, de subjectivation. Ainsi, sont d'emblée activement et intimement mêlées cette aspiration narcissique et unissante et une aspiration objectale différenciante. Ce deuil originaire constitue la « trace vivante et durable de ce que l'on accepte de perdre comme prix de toute découverte. » Trace qui confère au moi une forme d'immunité aux deuils à venir de l'existence, mise en jeu dans toute poussée développementale.

Marion Milner (1977) souligne la malléabilité de la mère qui s'adapte aux besoins spécifiques du bébé qui la préoccupe. Au travers des régularités, des rythmes et du renouvellement des réponses qu'il reçoit, le bébé va progressivement trouver des appuis profondément organisateurs. Et Winnicott (1971) insiste sur le rôle de l'objet s'ajustant à l'évolution de l'enfant, garant de la constitution de son self. C'est aussi par ses moments intérieurs d'absence, par son mouvement de réinvestissement d'autres objets, que la mère permet au bébé d'investir son corps propre, au travers de ses auto-érotismes. Censure de l'amante (Brauschweig, Fain, 1975), jeu entre investissement et désinvestissement, mouvement narcissico-objectal, permettent au bébé la découverte et l'intériorisation du monde extérieur, de nourrir et d'apprivoiser son monde interne, de faire face aux alternances présence/absence, le conduisant à pouvoir attendre, à halluciner les sources de satisfaction, construire les assises de son monde représentationnel.

Ce jeu subtil et délicat est d'une grande complexité. Les échanges pulsionnels ludiques entre mère et enfant offre cet équilibre entre action et passivation, la possibilité de se faire l'objet de la mère, qui ouvre ensuite à l'auto-érotisme et à l'espace transitionnel. Les bébés, objets de projections massives, insuffisamment nourris de rêveries et de signifiants symboliques, risquent de souffrir dans

leurs appétences représentationnelles et pulsionnelles, sources de leur sentiment d'exister, de la structuration de leur pensée. Rosine Debray (1991) montre combien la recherche d'activités sublimatoires compensatrices favorise le développement cognitif, ce qui n'est possible qu'avec des relations à une mère suffisamment souples permettant la régression à la position passive, une contenance face aux conflits. Si la mère est en proie à une lutte quasi permanente contre des angoisses diffuses, sans autre possibilité de protection que la répression des affects, pensées et représentations, elle ne peut faire face à la tension suscitée par la présence de l'enfant débordé par les conflits. Le clivage qui évacue les ressentis d'angoisse ou de dépression empêche tout travail psychique chez l'un, l'organisation des défenses psychiques chez l'autre. L'économie affective est entravée, le bébé peine à développer sa subjectivation, sa capacité à être seul, ses possibilités d'autonomisation (Fain, 1991).

On voit ici poindre les risques d'une organisation en faux self et de fuite dans la santé selon l'expression de Winnicott (1954). L'hypermaturité du moi se déploie de façon privilégiée dans le domaine cognitif, laissant de côté des affects émoussés et des angoisses corporelles qui laissent des traces durables dans la construction psychique. Ces enfants sont à risque de décharge motrice, sans que leur jeu ne prenne sens, ne leur permette une appropriation subjective. La mère n'ayant pas la possibilité de s'offrir en miroir de ses affects, pousse son enfant vers une pseudo-autonomie. L'enfant risque de s'agripper faute d'être tenu. Ainsi, trouver une issue à l'amour passionné initial constitue une butée qui s'impose à la mère comme à l'enfant. Elle est nécessaire à l'investissement d'autres objets pour la mère comme pour le bébé. Tiers, ouverture vers une triangulation précoce, passent aussi par la possibilité pour la mère de percevoir les premiers

signaux de son enfant, sourires, protoconversations, eux-mêmes sources d'un lien d'émerveillement, d'un engagement intense, gage d'une régulation mutuelle aboutie. Cette conversation amoureuse entre mère et bébé est un processus psychique fondateur où le bébé fait l'expérience de se sentir senti, de se sentir perçu comme sujet par l'autre, processus de la différenciation précoce soi/autrui. Eprouvant très précocement sa capacité à modifier les états mentaux de l'autre, le bébé fait l'expérience d'être à l'origine d'un comportement réfléchissant de l'adulte. « Processus transformationnel » selon Christopher Bollas (1996), compréhension mutuelle asymétrique et transmodale, dont dépendent les processus de subjectivation.

Je vous présente quelques éléments de réflexion à partir d'une histoire clinique.

Léonard est un petit garçon qui a deux ans quand nous le rencontrons avec sa mère. Celle-ci annonce à notre secrétaire qu'elle vient sur les conseils de son pédiatre. Léonard n'a jamais fait une nuit entière, résiste pour dormir et dort avec elle. Sinon, il est gai et raconte des histoires. Elle ajoute, toujours au téléphone, qu'elle a eu Léonard par insémination artificielle. Celle-ci a eu lieu dans un pays qui autorise ce mode de procréation pour les femmes seules.

Léonard est très affairé avec les jouets de la salle d'attente, il lui faut plusieurs minutes pour qu'il consente à venir avec sa maman dans le bureau, sans que cela semble étonner ou préoccuper sa mère. Très entreprenant, une fois entré dans la consultation, il ne montre pas d'inquiétude devant cette nouvelle situation. Léonard occupe tout l'espace, met un moment pour trouver une position plus calme, laisser sa mère parler et lui expliquer qu'ils sont venus pour parler de son sommeil.

Très vite, elle annonce qu'elle a eu son enfant seule. Elle décrit

longuement son hésitation, ses atermoiements avant de se décider, compare leur situation à celles de ces femmes abandonnées avec leur bébé par un homme de passage. Elle est originaire d'un pays lointain, arrivée en France petite fille lorsque sa famille a émigré du fait d'un régime politique devenu dangereux pour son père qui exerçait une profession exposée. Elle est la toute petite dernière de sa fratrie. Un frère de deux ans son aîné, est décédé d'une maladie tout juste neuf mois avant sa naissance. Son fils porte un prénom qui lui a été inspiré par un rêve au cours de sa grossesse : rêve encore vivace d'un petit garçon, associé à une figure héroïque de l'histoire de son pays.

La mère de Léonard est une femme volubile qui n'est plus très jeune. Dès cette première rencontre, prolixie, elle semble décidée à justifier sa démarche. Sentant les années passer, de déceptions en rencontres sans lendemain, ne pouvant concevoir une vie sans enfant, elle s'est alors décidée : elle a voulu cet enfant pour elle. Avec fierté, elle ajoute que l'insémination a marché dès la première tentative, « avec Léonard, nous avons fait exploser leurs statistiques » plaisante-t-elle. Sa grossesse s'est très bien passée, ce fût une période heureuse. De l'accouchement et de la période postnatale, elle ne dit que peu de choses, si ce n'est qu'elle a allaité Léonard jusqu'à huit mois et qu'il n'a jamais bien dormi. Il a ensuite été à la crèche. Tout s'est tellement bien passé qu'il n'y a rien à en dire.

Mais, l'endormissement de Léonard peut prendre plusieurs heures, se poursuit tard le soir, elle n'en peut plus. Il ne veut ou ne peut aller dormir que si elle-même se couche, il sort de son lit pour voir ce qu'elle fait, accueille les invités de passage, s'intéresse à tout, l'empêche de travailler, tout le concerne. Elle s'adresse à lui en cherchant à le raisonner, lui fournit des explications, poursuit l'idée qu'il faut beaucoup parler aux

enfants, mais leurs rythmes se trouvent confondus, sans différence. Quelque chose dans sa manière de l'endormir semble trop excitant pour son petit garçon, leurs interactions ne permettent pas à Léonard de s'absenter, de se laisser aller à un mouvement narcissique, régressif, de désinvestir ses objets vigiles. Les difficultés qu'elle rencontre avec son fils sont celles d'une mère trop seule avec son enfant : il ne supporte pas les limites, lui oppose une posture de défi, elle ne parvient pas à trouver une voie de dégagement dans leur colloque trop singulier. Léonard a un vocabulaire plutôt varié pour son âge, joue bien, même si son jeu ne semble pas encore l'occasion d'une large expression fantasmatique. Il est très enrhumé et sa mère souligne qu'il est d'ordinaire beaucoup plus actif et bien plus loquace, peut-être serait-il encore plus admirable alors. Il est vrai que l'admiration gagne rapidement devant cet enfant, vif et décidé. La tentation est grande de partager son émerveillement devant cet enfant délicat, sorte de bel étranger qui lui ressemble si peu.

On comprend que du fait de leur situation, elle sollicite beaucoup sa famille, notamment ses parents âgés désormais. Famille idéalisée décrite comme une tribu, ayant traversé le monde, l'exil, les difficultés joyeusement sans une plainte. Une seule fausse note dans ce tableau où pointe sa déception : l'accueil somme toute banal que ses parents ont fait à Léonard à sa naissance.

La rencontre avec cette mère et son fils suscite un subtil mélange de fascination et de contrariété. Une toute puissance assumée, en somme : ce que le destin ne me donne pas, je me l'octroie moi-même. Un petit garçon trop installé dans sa position d'objet d'une séduction maternelle plus narcissique qu'objectale.

Léonard se souvient parfaitement du bureau dès la rencontre suivante, y entre gaiement, presque comme chez lui, ce qui ne déplaît pas à sa mère. Exubérant, Léonard est tout en démesure :

il parle très bien, dans ses deux langues, le français et la langue maternelle de sa mère. Elle semble comblée de toutes ses conquêtes, fière de son insatiable curiosité, de ses questionnements permanents sur tout ce qui constitue leur petit quotidien. L'humeur très gaie de cet enfant n'est pas dénuée d'une certaine exaltation, il se positionne au centre de la pièce, et dans une certaine mesure au centre du monde.

Pourtant, les relations entre mère et fils sont des plus difficiles. Léonard se rebelle devant tout interdit, sollicite un corps à corps de plus en plus compliqué ; le coucher est une lutte quotidienne, il occupe tout l'espace intime de sa mère qui rend les armes, se résigne. Lors de nos rencontres, Léonard, toujours très actif, s'installe selon un petit rituel : demande les jouets qu'il connaît et très vite se met à jouer, tout en restant très attentif à ce que sa mère peut dire de lui. Ces rencontres évoquent le moment où l'on raconte au père les méfaits de l'enfant, le soir quand il rentre. Sa mère se plaint, raconte par le menu les bêtises de son fils, qui à son grand étonnement fait désormais référence à nos échanges. Ils semblent tous deux attendre nos rencontres, s'être bien saisis de la possibilité thérapeutique qui leur est offerte. Je semble investie dans une position de tiers, sur un mode surmoïque désigné, position inhabituelle pour un analyste d'enfant, et l'on peut penser que Léonard aspirait à ce que quelqu'un prenne cette position. Les consultations avec de très jeunes patients font ainsi souvent courir le risque de nous donner un rôle par trop réel dans leur configuration familiale. Léonard cherche désormais à ce que je m'occupe de lui, initie un jeu avec des petites voitures ou des animaux, jubile, un jeu dont la mère supporte mieux d'être exclue. Je me trouve investie par Léonard plus que prévu par sa mère qui admet cependant cette situation, malgré son ambivalence.

À d'autres moments, lorsque sa mère me fait part de leurs

difficultés, il veut parler, affirme que c'est son tour, se fâche. Quand je le fais attendre, prête une oreille plus attentive à sa mère, celle-ci supporte difficilement que je contourne le mécontentement de Léonard en lui laissant sa place d'enfant, vit difficilement cette scène à trois et tente de lui porter secours et réconfort.

Elle convient que Léonard est souvent très en éveil, posant de nombreuses questions sur de multiples sujets, presque survolté, cherchant à être au centre de tout. Nous relierions ses difficultés d'endormissement à cet état d'excitation psychique dont il ne peut se départir seul. Une excitation dont, elle non plus, ne peut sans doute pas se déprendre par elle-même. Elle raconte alors que le livre qu'ils lisent le soir et que Léonard apprécie tant est un album qui décrit par le menu et en détail tous les modes possibles de procréation.

Lorsque l'on s'interroge avec prudence sur son renoncement à toute vie d'adulte, dans l'intention de susciter une réflexion sur la place d'un tiers auprès d'elle et de tenter de desserrer la position omnipotente de Léonard, elle vacille un instant. Elle a longtemps espéré rencontrer un homme qui les accepterait, elle et son fils. Deuil et déception ont fait suite à cette attente. Désormais, Léonard s'est installé dans cette place inoccupée, douloureuse, endeuillée.

Cet enfant vit assurément dans une constellation familiale particulière, mais se présente comme un enfant plutôt bien organisé, dans un environnement non dénué de qualités. Pourtant son lien à l'objet pourrait devenir tyrannique. C'est la raison pour laquelle, devant l'absence de mobilisation suffisante de la dynamique relationnelle mère-enfant comme de l'évolution du fonctionnement psychique de Léonard, dans les consultations, s'est imposée la nécessité d'une thérapie individuelle.

Quelques éléments de discussion

La grossesse a fait l'objet d'une assistance médicale à la procréation, sans qu'une stérilité justifie cette action médicale. Les aléas de la destinée n'ayant pas permis à cette femme de rencontrer un homme désireux de lui faire un enfant, elle est passée en force et a décidé de se passer de père. Ce n'est pas seulement d'un point de vue fantasmatique que les médecins à l'origine de la conception ont été investis, ils le sont réellement et restent bien présents quand elle évoque triomphalement leurs statistiques.

Mais, cette tonalité triomphale apparaît très défensive. Il n'est pas nécessaire qu'elle raconte les débuts de la vie de Léonard, ils n'ont été que bonheur. Elle est en admiration devant ce petit garçon, objet de la jouissance maternelle. Ce n'est que très ponctuellement qu'elle peut mentionner qu'il est difficile d'élever un enfant seule, pleine de l'illusion que son amour maternel seul y suffirait. Et de fait, il a suffi pour faire de Léonard un petit garçon bien développé, si on le considère dans toutes ses acquisitions cognitives. Cependant, pointe progressivement une inquiétude quant à l'agressivité naissante dans leurs relations au moment où Léonard dans son développement n'accepte plus de limite à sa toute-puissance. Comment l'interdit de l'inceste peut-il s'installer dès lors qu'il ne semble pas pouvoir faire l'expérience d'un tiers interdicteur au cœur de la vie psychique maternelle ?

La mère se montre dubitative à l'évocation du fait qu'elle renonce à vivre une vie de femme adulte. Le sexuel féminin n'est pas très vivant. Que peut-on imaginer de la construction psychique de cette mère ? Elle a toujours vécu et vit encore avec Léonard entourée de ses parents, a perdu un frère plus âgé d'une maladie infantile. Doit-on penser qu'elle a eu à vivre, encore bébé, un

épisode de deuil de sa propre mère ? Son exaltation fait penser à une position d'enfant luttant contre la dépression maternelle, son insistance à présenter Léonard comme très joyeux et entreprenant va également dans ce sens. Mais cela peut aussi être une manière de le voir indemne et donc d'alléger une possible culpabilité issue d'un vécu transgressif. En difficulté pour lui imposer une limite qui le frustre, est-elle confrontée à des sentiments d'abandon remontant à son enfance ? S'est-elle donnée pour mission de devoir combler tous ses désirs, comme ceux de ses parents endeuillés ? Elle racontera plus tard une conviction de son enfance. Ses parents possédaient une provision d'enfants dans laquelle il leur suffisait de puiser. Echo troublant à la conception de Léonard, à la transgression œdipienne, comme la réalisation trop directe d'une théorie sexuelle infantile, sans l'épaisseur de l'écart générationnel, sans l'écart de la rencontre avec un compagnon intérieur.

André Carel (2008) écrit que dans les bons cas, le parent mobilise ses capacités libidinales pour surmonter une réalité traumatique, grâce à un « après-coup organisateur », en étayage sur les imagos parentales bienveillantes et sur une enveloppe psychique familiale suffisamment bonne. L'essence du travail de deuil est de remettre au passé ce qui s'imposait répétitivement comme actuel, de reconnaître que le passé n'est pas dénié, mais conservé en soi autrement, sous des formes atténuées de présence affective et représentationnelle, disponibles pour la remémoration et la symbolisation, permettant son appropriation subjective par l'enfant (Bion, 1962). Inversement, dans certaines situations traumatiques, l'après-coup bouleverse le travail de nativité et de deuil originaire, « dans un mouvement de condensation identificatoire, ressemblance et différence sont mêlées, réunissant dans une même imago, le bébé et tel objet trop tôt perdu, trop peu

endeuillé. L'enfant, dans le fantasme d'identification construit pour échapper à la catastrophe de la désaffiliation, devient identique à telle imago ancestrale, en filiation narcissique » (Carel, 2008).

Léonard, quant à lui, est un petit garçon vif, intelligent, joyeux, affairé, décidé, séducteur, au développement cognitif étonnant qui vient pourtant masquer ses fragilités narcissiques. Il a réponse à tout, trompe son interlocuteur avec des défenses intellectuelles, des mots d'esprit. Il cherche à s'imposer et à commander. Il va toujours très vite, passe d'une chose à une autre, activité à tonalité maniaque, empreinte de fantasmes mégalomaniques, d'une lutte contre l'émergence d'affects dépressif et d'une crainte de rétorsion. Ce petit garçon se sent-il contraint de devoir prouver, à tout moment et sans relâche, à sa mère son bonheur de vivre ? Tentative désespérée de maîtrise omnipotente de l'objet afin de colmater son vécu d'impuissance infantile.

Il peine à s'endormir comme à se séparer, ne peut s'absenter, se laisser aller à un mouvement régressif, et se trouve mis en position par sa mère d'en décider. Les quelques séquences cliniques rapportées font apparaître la signification d'appel à une instance interdicière s'interposant dans le couple mère-enfant, là où la sexualité maternelle ne permet pas la censure de l'amante, gardienne du sommeil, au sens de Michel Fain et Denise Braunschweig (1975). L'origine du pare-excitation est à chercher pour ces auteurs dans le fait que la mère abandonne ses désirs incestueux à l'égard du bébé pour se tourner vers le père ou tout du moins un homme qui la désire. Dans ce mouvement, se trouve désignée la place du père, et l'inscription du bébé dans la filiation d'un père réel. Bébé du jour, distinct du bébé de la nuit qui, lui, naît du fantasme incestueux de la mère avec son propre père.

La mère qui endort son bébé lui transmet dans le bercement un

message qui incite celui-ci à dormir pour restaurer ses forces, poursuivre sa croissance harmonieusement, message qui va dans le sens de sa conservation, message de vie. Mais ce message est double, car il contient aussi le désir maternel de laisser son enfant pour répondre au désir de son amant. C'est la femme qui a besoin que son enfant dorme et qui l'emporte, alors, sur la mère. Sans ce désinvestissement, action spécifique et silencieux de la pulsion de mort, une mère ne peut endormir son enfant. Selon le degré d'intrication ou de désintrication des pulsions de vie et de mort, Michel Fain (1971) distingue l'endormissement du bébé repu et satisfait par une mère attentionnée et l'endormissement du bébé par une mère plus calmante que satisfaisante, par des procédés entretenant une excitation continue.

Le développement de l'activité fantasmatique est conditionné par la bonne mise en place de l'hallucination de la satisfaction de désir, dont dépend l'absence et suppose aussi qu'il ait existé des expériences de satisfaction suffisantes des besoins au contact de la mère pour donner matière à halluciner. À défaut, l'enfant est contraint de se défendre précocement contre une excitation chroniquement en excès, développant prématurément d'autres systèmes défensifs engageant des conduites comportementales. « L'impossibilité à être passif face à un objet actif contraint à l'activité, voire à une hyperactivité motrice. L'expérience clinique nous montre que le bébé insomniaque la nuit a souvent une hyperactivité le jour » (Szwec, 2010).

Comment quitter la position narcissique pour ce petit garçon, autour de l'avènement de l'objet et de la naissance de l'agressivité, comment se laisser aller à une position de satisfaction passive, cesser de lutter contre la régression, et investir l'Œdipe dans ces circonstances ? En séance, Léonard met en scène une représentation paternelle ressentie comme

interdictrice et castratrice, qui suscite des fragilités, un surmoi non protecteur qui réactive des fantasmes régressifs de dévoration. Tout se passe comme si, chercher à rester au centre, cette position triomphale ne pouvait avoir de fin, qu'il ne pouvait la quitter au risque d'un désinvestissement de sa mère, de sa déception, de la perdre. Au risque pour lui de son développement pulsionnel et affectif.

Ces particularités se retrouvent souvent chez les enfants élevés par une mère seule, mais ici, ce qui frappe est l'absence de rencontre, même éphémère, avec une personne de la génération maternelle, dans sa tête, comme dans celle de son enfant, en dehors du corps médical. Tout se passe là encore comme si la mère était restée attachée, elle-même comme une petite fille, à son histoire, son passé, ne pouvait en sortir et faire une rencontre féconde pour sa descendance. Là aussi, on retrouve cette position triomphale d'avoir pu fantasmatiquement se passer d'une telle rencontre pour concevoir un enfant.

Ce triomphe a un prix : une difficulté d'accès à l'ambivalence et des vœux de mort infiltrent toutes les rencontres de la mère, reçue sans Léonard quand elle l'évoque. Enfants en danger, cousins décédés brutalement, enfants monstrueux, malades, mal soignés, malmenant leurs parents. Ceux-ci masquent difficilement un féminin douloureux, une femme qui ne se sent pas désirée, si ce n'est par cet enfant qui la fascine tout autant qu'il la tyrannise. L'amour fou, l'idéalisation vient faire obstacle à un vécu d'amputation du féminin, à l'ambivalence à l'égard de son fils. Sa volubilité n'est pas sans évoquer la mission qu'elle s'est donnée au sein de sa propre famille, mais aussi son rapport à la féminité comme empêché, chercher désespérément à incarner le garçon perdu par sa mère. Dans ses évocations, Léonard semble faire écho à tous ses deuils, comme s'il n'était pas tout à fait installé

dans son existence, comme si elle pouvait faire machine arrière, comme un enfant qui pourrait effacer son dessin. Tout autant sources de l'amour humain le plus sincèrement désintéressé que germe de la haine paranoïde la plus intense, pour paraphraser Harold Searles (1979).

Bernard Brusset (2001), à propos de la théorie de Laplanche (2002) sur la situation anthropologique fondamentale, considère le mythe d'Œdipe comme un soutien à la traduction des signifiants énigmatiques, résultant des effets intrapsychiques de la séduction narcissique originaire. Les soins maternels produisent inévitablement des signifiants énigmatiques, éveillent la pulsionnalité du bébé et risquent d'induire une expérience de séduction traumatique, en cas de bombardement d'angoisses et de projections sexualisées. Lorsque la dimension de tendresse ne peut être élaborée, laissant place à une érotisation de l'investissement, l'enfant fait l'objet d'une confusion dans les investissements libidinaux, partenaire amoureux, sur fond d'annulation des différences de génération, et des tabous organisateurs.

On peut se demander si ce n'est pas à partir de cette confusion des langues (Ferenczi, 1933) qu'il peut vivre dans cette lecture excitante de sa mère avec lui, que Léonard a abordé la question du père, le jour où, en consultation, il a affirmé à sa mère interloquée que son père était un objet inanimé, bidimensionnel sans épaisseur, objet bizarre, représentation loin de toute conception raisonnablement imaginaire. Léonard semble avoir alors organisé une quête du père dans une formulation énigmatique, laissant sa mère sans voix. Processus imaginaire et réalité de la séduction par l'adulte font l'objet d'un affrontement dans le cours de la construction psychique de tout un chacun. Mais, si mère et enfant ne peuvent trouver une issue à leur

passion amoureuse, l'enfant rencontrer une femme, objet de désirs, l'adulte devient par trop réel dans son action séductrice et risque de venir entraver le processus imaginaire de l'enfant.

Références

- Anzieu-Premmereur, C. (2001). Petite enfance et répression. *Revue Française de Psychanalyse*, LXV, 1, 183-198.
- Aubert-Godard A., Chouvier B., Frichet A., Mauvais P., Prat R. (1998). *Le bébé, l'intime et l'étrange*. Toulouse, France : Erès, collection 1001 BB, n°13, Mieux connaître les bébés.
- Bayle, G. (1998). *Epître aux insensés*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Bion W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*, (édition : 1979). Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Bollas C. (1996). *Les forces de la destinée, la psychanalyse et l'idiome humain*. Paris, France : Calmann-Lévy.
- Brauschweig D., Fain M. (1975). *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris, France : Presses Universitaires de France, collection Le fil rouge.
- Brusset, B. (2001). Oralité et attachement. *Revue Française de Psychanalyse*, 65, 5, 1447-62.
- Bydlowski, M. 2008. *Les enfants du désir*, Paris, O. Jacob.
- Bydlowski, S. 2014. Les maux de l'assistance médicale à la procréation : quelle place pour la souffrance psychique ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 42(12), 861-864. DOI : 10.1016/j.gyobfe.2014.10.006.
- Bydlowski, S., Vaivre-Douret, L., Lalanne, C., Apter, G. et

- Golse, B. (2014). Le blues post-natal : un marqueur du lien intersubjectif. *La Psychiatrie de l'Enfant*, LVII(1), 5-62. DOI: 10.3917/psy.571.0005.
- Bydlowski, S. (2017). Les nouvelles configurations familiales remettent-elles en cause les fondements de la parenté ? Perspective historique. *Psyché. Revue de psychanalyse et civilisation*, 1, 31-48.
 - Bydlowski, S. (2020). Intime et étranger à la naissance. *Débats en psychanalyse, L'accueil de l'autre*, dir. C. Costantino, L. Danon-Boileau, Paris, PUF, 79-92.
 - Carel, A. (2008). Le processus de reconnaissance dans les liens premiers. *Le Divan familial*, 20, 61-76.
 - Debray R. (1991). Développement psychique des bébés et point de vue psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 41-58.
 - Fain M. (1971). Prélude à la vie fantasmatique. *Revue Française de Psychanalyse*, 35, 2-3, 291-364.
 - Fain, M. (1991). Prélude à une étude métapsychologique de la vie opératoire. *Revue Française de Psychosomatique*, 1, 59-80.
 - Ferenczi, S. (1933). Confusions de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. Dans *Psychanalyse IV*. Paris, France : Payot, 2008.
 - Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 1967.
 - Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté. Dans *Essais de psychanalyse appliquée* (p. 163-211). Paris, France : Gallimard, 1952 (Trad. Fr.).
 - Golse, B., Bydlowski, s. (2020). La double négation. Un mécanisme structural central entre biologie, langage, désir et cognition. *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. 23(2),

3-9. doi.org/10.3917/psy.632.0003

- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris, France : Editions de Minuit.
- Green, A. (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Paris, France : Gallimard.
- Janin, C. (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse. La séduction originaire*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. (2002). A partir de la situation anthropologique fondamentale. Dans *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien*. Paris, France : Presses Universitaires de France, 2007.
- Le Guen, C. (1996). Préface. Dans C. Janin (dir.), *Figures et destins du traumatisme*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Milner M. (1977). The role of illusion in symbol formation. Dans *New direction in psychoanalysis*, London, RU : Maresfiels Reprints, pp. 82-109. Trad. Fr. Houzel D., *Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Les concepts psychanalytiques sur les deux fonctions du symbole*. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 1990, 8, 244-78.
- Pasche F. (1965). *L'anti-narcissisme*. *Revue Française de Psychanalyse*, 29, 5-6, 503-18.
- Racamier P.C. (1992). *Le Génie des origines : Psychanalyse et psychoses*. Paris, France : Payot.
- Richard, F. (1999). *La théorie de l'hystérie, hier et aujourd'hui*. Dans J. André J., J. Lanouzière J. et F. Richard (dir.), *Problématiques de l'hystérie* (p 45-46). Paris,

France : Dunod.

- Rochette J. (2009). Travail des traces en post-partum immédiat : le blues des quarante jours. Dans L. Ayoun, P. Ayoun, F. Drossart (eds), Les traces de l'archaïque. Toulouse, France : Erès, pp. 61-116.
 - Searles H. (1979). Le contre-transfert. Paris, France : Gallimard, 1981.
 - Szwec G. (2010). L'enfant dormira bien vite... Revue Française de Psychosomatique, 1, 37, 81-95.
 - Winnicott D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. Dans De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, France : Payot, 1969 (Trad. Fr.).
 - Winnicott, D.W. (1954). Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique. Dans De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, France : Payot, 1971.
 - Winnicott, D.W. (1957). L'enfant et sa famille. Les premières relations. Paris, France : Petite Bibliothèque Payot, 1971 (Trad. Fr.).
 - Winnicott, D.W. (1970). Le processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement. Paris, France : Payot.
 - Winnicott D.W. (1971). Jeu et réalité, l'espace potentiel. Paris, France : Gallimard, collection NRF, 1975 (Trad. Fr.).
-

Portraits

Auteur(s) :

Mots clés :

Portraits

Loading...

Sándor Ferenczi

Thierry Bokanowski

Contemporain de Sigmund Freud (1856-1939), dont il fut être, de manière successive, le disciple, le patient, l'ami et le confident, Sándor Ferenczi (1873-1933), médecin hongrois installé à Budapest, a non seulement été un analyste prestigieux, mais aussi un des tenants les plus exceptionnels de la doctrine freudienne.

[Lire le texte](#)

Béla Grunberger

Pierre Dessuant

Béla Grunberger est né le 22 février 1903 à Nagyvárad dans une

Transylvanie encore hongroise. Il est mort à Paris dans la nuit du 25 au 26 février 2005 après avoir vécu 102 ans. Il a traversé le vingtième siècle ; il a connu deux guerres mondiales ; il a séjourné dans différents pays d'Europe secoués par les crises politico-économiques,...

[Lire le texte](#)

Transidentité : rapport au réel et limites de l'autodétermination

Auteur(s) : Paul Denis

Mots clés : déni - genre - transidentité

[Voir l'ensemble de la discussion sur la transidentité »](#)

Paul Denis

Membre titulaire de la Société psychanalytique de Paris

Neuro-psychiatre

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Le nombre de demandes de changement de sexe, émanant

d'enfants et d'adolescents, arguant que leur « genre » ne correspond pas avec leur sexe, augmente actuellement de façon impressionnante. Quelle pourrait être la cause de cette soudaine montée des demandes ? Ces enfants seraient-ils simultanément touchés par un agent épidémique, modificateur de l'identité et de leur vie psychique ? On ne voit pas lequel. En revanche cette montée de la demande correspond, de façon évidente, à une « offre » soutenue par le prosélytisme de divers groupes sociaux qui, au nom de la liberté sexuelle, de l'autonomie, défendent un « droit » au choix du sexe. La création de centres de consultation spécialisés dans l'accompagnement des enfants présentant une « dysphorie de genre » et proposant très rapidement un « protocole » de « transition » vers le sexe désiré est un aspect de cette offre.

Diversité des profils psychologiques

La lecture de l'article de Joy Wielart « *Demandes de changement de genre à l'adolescence* »[1], issu de son expérience soutenue dans l'une de ces consultations, est très intéressante à plus d'un titre. Notons d'abord qu'elle évoque des demandes de changement de genre ou, mieux écrit-elle, de « réassignations de genre ». Pourtant il faut garder présent à l'esprit qu'il s'agit de demandes de changement de *sexe* fondées sur l'affirmation d'un changement de genre, considéré comme un fait définitif. Le glissement du terme de sexe à celui de genre est du reste une particularité des écrits concernant ces questions. Pour les promoteurs de la liberté du choix du sexe, la notion de « genre », culturelle, devrait aujourd'hui se substituer à la notion, toute biologique, de sexe. Pourtant genre et sexe, faut-il le rappeler, sont de deux ordres différents, l'un est de l'ordre de la réalité anatomique,

génétiqnement fixée, absolue, l'autre, relative, est le produit de différents mouvements constitutifs de l'esprit, mouvements contrastés et laissant la place à des contradictions et variations dans le psychisme.

Le point, fondamental, souligné par Joy Wielart, est celui-ci : les demandes de réassignation de sexe à l'adolescence correspondent à des situations psychiques très diverses, et l'on ne peut réduire celles-ci à une formule unique qui impliquerait une conduite normée - un protocole - conduisant logiquement à une « transition ». Chaque demande, derrière la même formulation manifeste, est en fait sous tendue par une configuration psychique particulière plus ou moins problématique, et posant des questions de gravité variable. De ce point de vue rassembler toutes ces situations sous une seule dénomination, transidentité, dysphorie de genre ou autre, a l'inconvénient d'estomper les différences, de confondre des situations diverses en une seule. Selon la formule d'une collègue qui a suivi de multiples demandes de changement de sexe, celles-ci vont de « la mode de collègue » — lorsqu'une élève se déclare « transgenre » on voit dans les semaines qui suivent, issues du même collège, trois à quatre affirmations du même genre — à des troubles psychiques graves très préoccupants pour l'avenir. Il est clair que ces enfants et adolescents doivent être suivis de près et leur psychopathologie prise en compte et traitée, au-delà du contenu explicite de leur demande. Il n'est pas certain que des centres « spécialisés » soient forcément le meilleur cadre pour aborder ces différentes configurations psychopathologiques, ces centres exercent sous la pression du temps et l'ambition du « faire ».

Transidentité et déni de réalité

Entériner la demande manifeste de changement de sexe en fonction de l'affirmation d'un genre, implique, de la part des adultes, parents ou médecins, une façon de cautionner l'affirmation de l'enfant, de la traiter comme un fait, alors qu'elle implique essentiellement un rapport incertain à cet aspect de la réalité qu'est la différence des sexes. Cet accompagnement cautionne une forme de déni de la réalité. Il en résulte un système relationnel parents/médecins/enfant qui se referme dans une communauté du déni. Considérer la demande de changement de sexe pour elle-même, n'écouter que celle-ci est une façon de refuser d'écouter le malaise qui s'exprime à travers cette demande et de laisser l'enfant ou l'adolescent seul, livré à sa souffrance psychique refermée sur l'affirmation de son « genre ».

Il est important de rappeler que la désorganisation psychique liée aux transformations de l'adolescence, parfois insupportable, peut se trouver contenue par le surinvestissement de diverses conduites qui forment alors un point de réorganisation de fortune ; c'est le cas de l'anorexie mentale, d'engagements sectaires, d'actions automutilatrices, suicidaires et autres ; la fixation sur l'idée que l'on n'est pas du sexe correspondant au « genre » que l'on affirme en est une autre. Admettre un droit à l'autodétermination sexuelle évite d'avoir à aider l'enfant à exprimer autrement ses difficultés identitaires.

A propos de ces demandes de changement de sexe, on emploie le terme *d'assignation* ou de *réassignation* lequel est emprunté au vocabulaire du traitement d'état intersexuels constatés à la naissance, et où l'incertitude, et l'angoisse, soulevée par la

malformation anatomique fait proposer — à tort ou à raison, et il est des pays où la législation l'interdit — une « assignation » à un sexe « social » en opposition avec le sexe chromosomique de l'enfant. Mais les conduites médicochirurgicales appliquées devant ces situations exceptionnelles, ne peuvent être transposées, comme traitement, aux inquiétudes d'un enfant, doté d'organes sexuels normaux, qui se déclare d'un sexe différent du sien.

La transidentité n'est pas un fait

Un autre point qu'il nous faut souligner dans les publications traitant de ces cas est que leurs auteurs, malgré l'évidence de la grande variété des situations psychopathologiques, se trouvent entraînés à parler de « transidentité » comme s'il s'agissait d'un fait établi, consistant, alors qu'il n'est soutenu que d'une simple assertion. « La transidentité est un fait » profère une circulaire émanant du ministère de l'éducation nationale. Non, le « fait » qu'il faut considérer c'est la demande elle-même ; c'est le caractère insolite d'une telle affirmation qu'il faut écouter comme l'expression psychique d'une difficulté ou d'une souffrance psychique plus ou moins vive, allant du « je suis malheureux comme garçon, j'aimerais être une fille » — expression d'un fantasme —, à la conviction d'être de l'autre sexe. La conviction d'être d'un autre sexe que le sien pourrait du reste être vue comme l'expression d'une dépression, comme une plainte exprimée sur un mode mythomane — il est des enfants mythomanes —, et des mères qui soutienne la demande de leur enfant dans une forme de syndrome de Münchausen par procuration, ou comme une conviction proche d'un délire si l'on considère le délire comme un système de pensée en rupture avec

la réalité. S'affirmer d'un autre sexe que le sien, affirmer un « genre » en opposition avec l'anatomie est un symptôme, se dire transgenre, n'est pas un état, ne décrit pas un fait, ce qui est un fait c'est la souffrance psychique que cette affirmation exprime. Encore une fois, entériner l'assertion d'un enfant et le conduire vers une « transition » est une façon de ne pas reconnaître la nature de sa souffrance psychique elle-même. L'idée que réaliser, non pas le vœu de l'enfant de changer de sexe — vœu irréalisable—, mais une amputation hormonale et anatomique qui en soutiendra l'illusion, va faire disparaître cette souffrance est parfaitement illusoire.

Contradictions

Il est frappant de voir que les réflexions et préconisations sur cette question de la « transidentité » sont infiltrées par nombre de contradictions. L'*Association américaine de psychiatrie* (APA) considère que la « dysphorie de genre » — souffrance d'une personne qui a la conviction que son identité (féminine ou masculine), ne correspond pas à son sexe anatomique, et qui se considère donc comme appartenant à un « genre » différent de celui de son sexe anatomique —, n'est pas un trouble psychique mais une « souffrance clinique » qui doit être traitée par un soin « médical et non psychiatrique ». Qu'est-ce donc qu'une « souffrance clinique » ? Pourquoi ne s'agirait-il pas d'une souffrance psychique ? Et pourquoi pas une approche psychiatrique, psychothérapeutique ou psychanalytique si elle s'impose ?

On peut penser que l'APA a calqué sa démarche sur celle qu'elle a suivie en faisant sortir l'homosexualité du champ psychiatrique.

Mais homosexualité et dysphorie de genre ne peuvent pas être placées sur le même plan, elles sont de deux ordres différents, l'une est un mode d'exercice de la sexualité, l'autre est fondé sur un refus de cet aspect central de la réalité qu'est le sexe anatomique.

D'un autre côté si l'on considère les « Principes de Yogyakarta », présentés devant le Conseil des droits de l'homme des Nations unies[2], prescrivant l'application des droits de l'homme aux personnes LGBT et intersexuées, on lit ceci qui vise à la « *protection contre les abus médicaux* » : « *Nul ne peut être forcé de subir une quelconque forme de traitement, de protocole ou de test médical ou psychologique, ou d'être enfermé dans un établissement médical, en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. En dépit de toute classification allant dans le sens contraire, l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne ne sont pas en soi des maladies et ne doivent pas être traitées, soignées ou supprimées.* » Fort juste interdiction de ne pas imposer d'injonction thérapeutique ou un traitement médical à qui que ce soit en fonction de son orientation sexuelle *mais aussi de son identité de genre*. Selon ces prescriptions il ne faut appliquer aucun traitement médical ni protocole à qui que ce soit en raison de son identité de genre. Le protocole de transition avec ses prescriptions d'hormones et avec sa série d'interventions chirurgicales en perspective sont manifestement en contradiction avec la prescription du Conseil des droits de l'homme, et constituerait donc un « abus médical ».

Pourquoi faudrait-il éviter d'envisager

« la dysphorie de genre » sous l'angle psychopathologique ?

Départir le normal du pathologique n'est pas simple ; le recours au médecin, est, selon Georges Canguilhem, ce qui finalement définit le mieux la pathologie ; une autre définition est statistique : toute particularité dont l'incidence dans la population est inférieure à tel pourcentage est pathologique. De ce point de vue statistique il n'est pas douteux que la dysphorie de genre ne soit une pathologie, et la consultation pour cette raison, et en raison du malaise de la famille correspondante, confirme que l'on peut considérer qu'il s'agit d'une pathologie, bénigne ou grave. Déclarer qu'il s'agit d'une « souffrance clinique » et nier toute idée de pathologie est étrange : pourquoi faudrait-il alors la traiter par des moyens « médicaux » — voire chirurgicaux — s'il ne s'agit pas de pathologie et pourquoi « non psychiatriques » ?

Le refus de considérer que la dysphorie de genre puisse ressortir de la psychiatrie infantile est en phase avec la tendance qui, au nom de la science, vise à assimiler le fait psychiatrique à un fait médical somatique. En effet, avatars de la démarche médicale, les diagnostics proposés par les différentes versions du DSM[3] ont été pensées pour « faire entrer la psychiatrie dans le champ de la médecine scientifique en élaborant une neuropathologie liant causalement des dysfonctionnements neurobiologiques à des troubles mentaux »[4]. Ce faisant les psychiatres sont invités à abandonner toute réflexion psychopathologique, toute compréhension de la personne qui souffre, toute approche relationnelle, pour inventorier des symptômes qui conduiront à des « protocoles » de soins, sur le modèle médical.

Ainsi en va-t-il de la dysphorie de genre. On voit se mettre en place très rapidement pour ces enfants et adolescents réputés « dysphoriques de genre » un programme de transformation, avec en perspective une réassignation anatomique par la chirurgie. Peut-on avancer le moindre argument scientifiquement établi pour défendre ces « traitements » ? Non. Sur quelle démarche médicale *evidence based* est-elle fondée ? Aucune, et les « protocoles » proposés relèvent de l'expérimentation — illégale — et non de l'application de traitements éprouvés. Leur assiette intellectuelle n'est pas plus assurée que celle de l'excision — qui nous révolte — dans les pays où elle est pratiquée.

Il n'existe aucun traitement chirurgical possible en matière de psychopathologie. Un corollaire en découle : il faut proscrire toutes les interventions hormonales ou chirurgicales — car irréversibles — en cas de « dysphorie de genre ».

Promettre l'impossible

L'anatomie est le destin disait Freud, autrement dit : la génétique est le destin. On naît caucasien ou non caucasien — pas de choix possible — on naît de sexe mâle ou de sexe femelle. Toutes les cellules de l'organisme d'une fille sont chromosomiquement indexée xx, et toutes celles d'un garçon xy, avec les conséquences biologiques qui en découlent. Conséquences biologiques qui ne sont pas seulement celles qui touchent aux organes de la procréation — lesquels sont aussi ceux de l'exercice de la sexualité — mais jouent à tous les niveaux, hormonaux bien sûr mais aussi dans la détermination de la stature, du poids, des masses osseuses et musculaires et d'autres... Comme l'indique Claudine Junien[5] : « *Quoi qu'en disent les théories, de toutes*

sortes, sur le genre, notre véritable nature porte d'abord, à sa base et dès l'instant de notre conception, sur les marques biologiques indélébiles de notre génétique. Et ces différences biologiques vont se maintenir et s'orchestrer tout au long de la vie, via des marques épigénétiques spécifiques du sexe ». Spécifiques du sexe et non du « genre » insistons nous. Ajoutons que Claudine Junien précise que « si la ressemblance , en termes de séquence d'ADN, entre deux hommes et deux femmes est de 99,9 % , la ressemblance entre un homme et une femme n'est que de 98,5 % , du même ordre de grandeur qu'entre un humain et un chimpanzé de même sexe... »

Le caractère féminin ou masculin ne se réduit pas à la possession d'un pénis ou à son absence, conception infantile de la différence des sexes.

Il va sans dire que procéder à l'ablation des testicules et de la verge d'un garçon ne changera rien à ses bases génétiques et qu'il restera génétiquement et biologiquement mâle. Et qu'une fille à laquelle on aura administré des hormones mâles et ôté l'utérus et les seins restera biologiquement femelle.

Nous sommes obligés d'admettre que la différence des sexes est incontournable. Cette différence n'a rien de symbolique : c'est une réalité. Le sexe ne résulte pas d'une « assignation » émanant d'un médecin mais relève du « constat » d'une réalité sur laquelle nous n'avons aucun pouvoir.

Sur le plan psychique, dans l'évolution de l'enfant, cette différence fondamentale va faire l'objet d'une reconnaissance progressive : perceptive, cognitive, érotique, émotionnelle, et donner lieu à un développement fantasmatique et intellectuel

considérable. La construction de l'identité s'appuie sur cette reconnaissance et ses développements. La direction de ceux-ci conduit invariablement vers une bisexualité psychique dont le destin dépend de multiples choix et expériences vécues et qui s'exprime dans le choix d'une vie plus ou moins hétérosexuelle ou plus ou moins homosexuelle, et dans « le genre » qui est une qualité de l'identité et ne s'exprime pas de façon univoque. Il est des hommes efféminés et des femmes masculines. Le sexe s'affirme de lui-même, c'est un fait de nature, tandis que le genre est un fait de culture. Quant à l'orientation des préférences sexuelles elle résulte de l'évolution du psychisme, de différents faits de culture et d'un « choix » en grande partie inconscient.

Alors pourquoi promettre la possibilité d'un changement de sexe ? Pourquoi laisser croire à un enfant — et à ses parents — que la transformation est possible ? Pourquoi défendre un « droit à l'autodétermination » sexuelle de l'enfant ? Ce qui est juste sur le plan des choix amoureux et érotiques, sur le plan de la vie sexuelle, ne peut être transposé sur le plan anatomique pour une simple raison : l'impossibilité. L'enfant qui se réclame d'un genre différent de son sexe ne mesure pas que sa revendication risque d'aboutir, grâce à la complicité des médecins, à une mutilation, à une castration bien réelle, et ne constitue, *in fine*, qu'une demande d'automutilation assistée.

Pourquoi priver un garçon de son pénis, zone érogène précieuse, pourquoi priver une fillette de son utérus et de son clitoris, zone érogène non moins précieuse ? Pourquoi lui fabriquer une pseudo verge à l'aide d'une côte flottante, fétiche, *sex toy* chirurgical qui n'aura jamais les capacités d'un pénis ? Pourquoi amputer ces enfants et adolescents d'organes non seulement sains mais par

lesquels s'accomplissent l'expérience et les satisfactions de la sexualité, mais aussi leurs capacités de procréation ? On leur promet bien d'en préserver quelque chose par un prélèvement des gamètes, mais *quid* de l'expérience de la grossesse, de l'allaitement ? Nulle n'est tenue à ces expériences et chacune peut les refuser, mais pourquoi en interdire définitivement la possibilité par la virilisation hormonale et la chirurgie ? Indique-t-on à ces enfants et adolescents et à leurs parents le parcours du combattant médico-chirurgical auquel on les promet ? Leur explique-t-on que leurs capacités masturbatoires seront abolies, qu'ils ne connaîtront d'expériences sexuelles que limitées, sans orgasmes ? Si le genre est indépendant de l'anatomie pourquoi vouloir modifier celle-ci ? Pourquoi ne pas laisser à ces enfants leurs capacités érogènes génétiquement programmées — et leur potentiel de procréation — et les laisser développer ultérieurement la vie sexuelle, et la vie de genre sociale qu'ils voudront, masculine, féminine, homosexuelle, hétérosexuelle ou *queer*, ou « non binaire » ? Pourquoi faudrait-il pour soutenir leur « genre » amputer leur anatomie au nom d'une liberté fallacieuse. Il est des domaines où le vouloir ne peut s'appliquer, où l'idée de choix n'a pas de sens, où nous sommes soumis à une réalité sur laquelle nous n'avons pas de prise. Nos fantasmes de toute puissance doivent-ils aboutir à accepter de créer des castrats de l'autodétermination ?