

# Une réaction thérapeutique positive

**Auteur(s) :** Jean Bergeret

**Mots clés :** dénégativité narcissique - narcissique (dénégativité) - pulsion de mort - réaction thérapeutique négative - réaction thérapeutique positive

---

Danielle Kaswin-Bonnefond nous propose quelques interrogations sur le concept de « *réaction thérapeutique négative* ». Et elle le fait, à plusieurs moments de sa réflexion, en opérant de très logiques liaisons avec les notions de « *compulsion de répétition* » ou d' « *analyse interminable* ». Cependant sa référence centrale, tout au long de ce texte, demeure fixée sur « *la pulsion de mort* » et la « *destructivité* », totalisant, à elles deux, seize citations en deux pages et demi.

Mon premier préalable, avant tout échange de points de vue, est d'ordre problématique. Un tel préalable consiste à préciser, comme Freud l'a énoncé à de nombreuses reprises et plus clairement encore en 1922, que la Psychanalyse est une science. Une science particulière, certes, dans le cadre des sciences humaines mais, de façon certaine, une discipline scientifique. La Psychanalyse doit donc se soumettre aux limites du cadre de sa problématique propre et ne pas déborder (en les prenant à son compte) sur des champs qui ne sont pas siens. Par contre, la psychanalyse, comme toute science a avantage à approfondir et à étendre progressivement les champs qui lui sont propres : Dans sa façon de concevoir la problématique psychanalytique, Freud

n'entend pas séparer « *les conceptions psychologiques acquises* » du moyen de les acquérir, moyen constitué par l'expérience clinique, c'est-à-dire d'une part les soins donnés à des patients en proie à des difficultés affectives, et d'autre part les investigations qui sont liées à cette pratique clinique (Freud 1923). La problématique psychanalytique ne saurait donc se réduire à des aspects théoriques et ce surtout si nous en empruntons une partie à d'autres problématiques. Alors que nous avons déjà tant à faire dans nos propres domaines.

Mon second préalable portera sur une précaution d'ordre méthodologique. Nombre de travaux psychanalytiques, portant sur des sujets des plus sérieux, font preuve d'une surprenante tendance à la simplification des problèmes abordés. Ne serait-ce que sous la forme d'une trop rapide généralisation des concepts mis en avant. Concepts qui mériteraient un abord beaucoup plus différencié et qui, par voie de conséquence, ouvriraient un champ beaucoup plus large à nos investigations. On parle en effet trop souvent « du » névrotique ou « du » psychotique ou « *du* » dépressif ou bien encore « *de* » l'homosexuel ou « *du* » pervers ou encore de l' « *érotisme* » ou « *du* » refoulement, comme si nous postulions a priori qu'il n'y aurait qu'une seule forme de névrotique, de psychotique, de dépressif, d'homosexuel, de pervers, d'érotisme, ou de refoulement... Je crains que nous risquions de ranger, dans une seule catégorie et sans prendre en compte toutes les nuances nécessaires, toutes les formes fort différentes que pourraient prendre certains concepts. En particulier quand il s'agit de parler de « *réactions thérapeutiques négatives* » ainsi que de toutes les variétés de « pulsions dites de mort » ou de tous les mouvements bien divers dits de «

destructivité ».

Étant donné l'importance qui lui est accordée dans le texte de D. Kaswin-Bonnefond, je commencerai par proposer une réflexion portant sur la fameuse notion de « *pulsion de mort* », « *pulsion* » dont l'existence n'a pas été reconnue par tous les psychanalystes, loin de là, et déjà même du vivant de Freud.

Il paraît curieux qu'on puisse parler d'une « *pulsion de mort* » alors que Freud en a proposé trois versions fort différentes : Il en fait tantôt une incapacité d'assurer les liaisons nécessaires à l'intérieur de l'appareil psychique, tantôt une compulsion de répétition épuisant les développements souhaitables de la vie imaginaire, tantôt enfin un état d'abaissement des tensions à un niveau voisin de zéro, ce qui nous rapproche du « *principe du Nirvana* ». S'il est évident que les deux premières hypothèses demeurent d'ordre psychanalytique, il est tout aussi évident que la troisième change de problématique.

L'interruption des liaisons se rattache aux aléas de la fameuse « *Bindung* », notion des plus analytiques et constituant un des piliers de la pensée freudienne. Mais il n'y a rien de « *pulsionnel* » en soi dans les phénomènes normaux de liaison ou défensifs de déliaison. Par ailleurs, les termes de « compulsion de répétition » peuvent entraîner quelques confusions chez les francophones. Car la « *compulsion* » (« *Zwang* » pour Freud) n'a rien à voir avec une quelconque pulsion (« *Trieb* » pour les psychanalystes). Mais il n'en reste pas moins certain que la « compulsion de répétition » demeure un concept analytique important dans le lot des processus défensifs ; mais sans qu'il s'agisse, pour autant, d'une « *pulsion* ». Quant à l'allusion au « *Nirvana* », ceci nous entraîne

vers une problématique philosophique empruntée au Bouddhisme par Schopenhauer, de même que d'une façon très parallèle, l'engouement actuel pour la notion (unique) de « *négatif* », inspirée des travaux de Hegel alors que Freud nous avait fort bien précisé les variétés très différentes que pouvaient prendre, selon les cas, les mouvements défensifs bien divers et bien spécifiques de dénégativité.

Il semble qu'on puisse appliquer à la diversité des motifs invoqués par Freud pour justifier l'existence d'une « *pulsion de mort* », la conclusion qu'il tire lui-même, en 1905, de l'histoire célèbre du « *chaudron* »: Après trois versions différentes destinées à justifier ce qu'il en serait du dit chaudron, on en arrive à la conclusion que le « *chaudron* » n'aurait jamais existé...

J'ai souvent évoqué les tentations éprouvées par les psychanalystes, dès qu'ils sentent, sous la pression pertinente exercée par leur préconscient, qu'il leur faudrait en savoir plus sur les racines de difficultés cliniques ou théoriques sur lesquelles ils butent. Au lieu de chercher à approfondir et à développer davantage certaines conceptions freudiennes qu'ils ont peur de dénaturer en les réévaluant, ils n'hésitent pas, parfois, à changer tout bonnement de problématique. Et la tentation d'avoir recours à la pensée philosophique est aussi grande que la tentation de se placer dans une perspective biologique. Si un dialogue avec les autres disciplines est toujours souhaitable, une confusion méthodologique ne fait avancer aucune des disciplines concernées.

Ce qu'on appelle « *la réaction thérapeutique négative* » est facile à décrire, mais sans doute beaucoup moins aisée à comprendre et

à expliquer en tenant compte de ses diversités. Je ne pense pas que certaines des explications qui en ont été données par les uns ou les autres soient d'emblée erronées. Mais j'estime que nous n'avons aucun intérêt, dans une enquête sur les motifs profonds d'un tel comportement si souvent observé en pratique clinique, à partir de l'hypothèse première selon laquelle il n'existerait qu'une seule forme de R.T.N..

Qu'ils aient employé ou non les termes de « *réaction thérapeutique négative* » nombre d'auteurs, se référant à la diversité des situations cliniques et structurelles rencontrées, nous ont depuis longtemps montré que ce genre de résistance au progrès de la cure, ne correspond pas aux mêmes exigences économiques et pulsionnelles s'il s'agit d'un névrotique, d'un psychotique ou d'une dépression narcissique. Nous sommes bien d'accord pour reconnaître que nous sommes en présence d'une évidente résistance « *au transfert* » (ce qui pose, bien sûr, aussitôt le problème du contre-transfert) mais de quelle forme de « *transfert* » et, par incidence, de quelle forme de « *contre-transfert* » entendons-nous parler, dans chaque cas particulier ?

Si le psychanalyste se trouve en présence d'un névrotique, ma longue pratique des cures ou des supervisions m'a montré qu'il ne suffisait pas d'avoir cherché à élaborer fort correctement les conflits œdipiens, si nous avons laissé dans l'ombre des traces de blessures ou de carences narcissiques qui vont parasiter les tentatives de rétablissement d'un meilleur fonctionnement de l'imaginaire œdipien. Ces résidus prégénitaux mal élaborés empêcheront (dans un mouvement de violence narcissique défensive et non pas d'agressivité) le patient de « *rendre les armes* » aux yeux de parents accusés des blessures ou des

carences narcissiques qui n'ont pas encore été suffisamment analysées au registre transférentiel. Et du même coup c'est bien le contre-transfert qui se voit interpellé en écho. Car l'analyste risque de vivre assez mal cette forme de protestation persistante..., après tout ce qu'il a bonne conscience d'avoir fait, quant à lui, pour le « *bien* » de son patient. (Mais surtout au registre œdipien)

Si le patient est un dépressif (de nature « *limite* » par exemple) la compulsion de répétition déployée, au niveau des incessantes et apparemment incombables quémantes narcissiques, rend les efforts élaboratifs bien difficiles. Mais encore ne faut-il pas se tromper de registre quant à l'étape de la psychogenèse où se sont établies les fixations ayant entravé le développement logique de la vie affective et relationnelle du sujet. Tout en demeurant dans le cadre bien classique d'une « *cure-type* », l'essentiel du jeu transféro-contretransférentiel doit, pendant une très longue période, rester centré sur les béances narcissiques, sans prétendre pouvoir (ni surtout vouloir) les combler mais en élaborant au contraire les raisons de l'importance de la violence revendicatrice et protectrice que le patient s'emploie à déployer à l'égard des imagos parentales (et de leur substitut transférentiel). Comme pour « punir » de telles cibles d'un inintérêt affectif dont le patient estime avoir été l'objet. La violence, aussi inutilement déployée, a la prétention de constituer une réparation du narcissisme primitif blessé. Il s'agit de permettre au patient de parvenir à prendre conscience du résultat bien illusoire de cet entêtement à rendre « *l'analyse interminable* ». Dans cette forme de R.T.N., le narcissisme contre-transférentiel se voit, on le conçoit aisément, soumis à rude épreuve. Et on ne peut exclure

les cas où, du fait du peu de curiosité de l'analyste sur toute une partie du passé prégénital du patient, on parle d' « *analyse interminable* » alors que celle-ci n'a pas encore vraiment commencé...

S'il s'agit d'un patient de structure psychotique non délirant, et accepté pour cela en « *cure-type* » ou bien d'un prépsychotique (correspondant à la catégorie des « *borderline* » décrits par les auteurs américains, et différents des « *états-limites* ») la R.T.N. porte, comme l'a décrit très bien P.C. Racamier sur des conflits d'ordre non pas incestueux, ni simplement narcissiques secondaires, mais sur des relations traumatiques d'ordre « *incestuel* ». Nous sommes ici très près des descriptions kleiniennes de la phase dite « *schizoparanoïde* ». Mais en faisant remonter cette phase beaucoup plus tôt, et sans doute jusqu'à la période fœtale. Avec les traumatismes précocissimes ou les carences très graves vécues in utero en écho à des marques non pas de simple violence mais d'agressivité environnementale. Et nombre de travaux actuels semblent confirmer une telle hypothèse. On assiste donc, sous la forme d'une R.T.N., à une sorte de provocation adressée à un contre-transfert que le patient souhaiterait être sadique de manière à justifier son besoin de « *vengeance* », c'est à dire sa propre agressivité à l'égard d'imagos parentales vécues comme persécutrices. Et ceci se réfère, pour une bonne part du moins, à un registre remontant bien souvent à la vie intra-utérine. Période initiale des débuts de toute affectivité comme de toute « *objectalité* », et dont l'analyste n'avait pas été averti de l'importance, au cours de ses propres parcours trop « *classiques* » de formation.

En résumé, je me trouverais en accord avec D. Kaswin-Bonnefond

sur un point essentiel, celui qui privilégie l'analyse du contre-transfert pour essayer de comprendre d'abord, puis tenter d'élaborer ensuite, le sens qu'il est possible de donner à l'affirmation d'un échec de la cure, manifestée par un patient dont on serait porté à croire qu'on a trop vite découvert l'essentiel des conflits. Et surtout des conflits les plus anciens. Mais je pense d'une part que la notion de réaction thérapeutique négative doit se voir sélectivement démembrée en fonction des niveaux très différents de conflits dont il s'agit chez tel ou tel patient, dans un contexte clinique et épigénétique toujours bien particulier. Et j'estime d'autre part que la « *réaction thérapeutique négative* » peut aussi, et très utilement, éveiller notre attention sur des « *oublis* » que nous aurions pu commettre dans notre façon d'écouter un patient. En cela on pourrait considérer un tel comportement du patient comme constituant, en fin de compte, tout comme « *l'analyse interminable* », une sorte de signal et d'appel au réveil de l'attention du psychanalyste. Autrement dit, il pourrait s'agir d'une manifestation de protestation et de « *légitime défense* » d'un narcissisme encore déficient. Ce qui serait, somme toute, à ranger du côté des « *pulsions de vie* ». On pourrait donc parler en ce sens d'une « *réaction thérapeutique très positive* »...

vendredi 14 novembre 2003

Bibliographie :

BERGERET (J.), Une pulsion qui n'en finit pas de mourir. In : RFP 1994 n°2.

BERGERET (J.) et HOUSER (M.), L'héritage reçu du fœtus. Paris, Dunod, 2004.