



Société Française de
Psychanalyse Intégrative®

Actes colloque du 19 octobre 2013 de la SFPI

*Quelles cliniques aujourd'hui dans une société
qui fragilise le Sujet ?*

Ce document regroupe une partie des interventions qui ont eu lieu lors du colloque. Ces interventions restent la propriété de leur auteur. Ce document est disponible à l'adresse :
www.sfpsychoanalyseintegrative.org



Actes colloque du 19 octobre 2013 de la SFPI

Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet ?

ARGUMENT

Nous assistons aujourd'hui à un bouleversement de notre société sur tous les plans : économique (mondialisation), technologique (internet qui vient révolutionner tous les modes d'information, de communication et de lien social), sociologique : montée des individualismes, affaiblissement des structures (étatiques, religieuses..), évolution des places de l'homme et de la femme, du couple, de la famille... les mutations sont partout.

De nombreux référents symboliques qui fondaient les cadres sociaux se brouillent, la norme n'est plus que changement permanent, la réactivité se doit d'être instantanée... une modernité de l'excès a pris le pouvoir. L'individu qui se voulait en marche vers plus de liberté se retrouve en mal de repères et de limites.

Dans un tel contexte, qui est « je » ? Aujourd'hui ? Comment l'individu se construit-il dans ce contexte, Qu'en est-il de la séparation, de l'individuation, du narcissisme, de la dépression ?... Quelles sont les nouvelles fragilités du sujet ? Les personnalités limites dont-on parle de plus en plus sont-elles la pathologie du 21ème siècle ou doit-on parler d'ores et déjà de « personnalités limites normales » ? Ces nouvelles problématiques impliquent des changements de paradigmes qui entraînent des conséquences sur la clinique et la nécessité de développer et d'articuler des dispositifs thérapeutiques appropriés.

A l'occasion de cette journée les intervenants, chacun dans sa discipline et ouverts aux champs de leurs collègues vont explorer ces nouvelles souffrances et s'interroger en quoi la Psychanalyse Intégrative® répond à la nécessité de tenir compte de l'évolution des pathologies en relation avec les transformations diverses des sociétés contemporaines.

SFPI

La société de Psychanalyse Intégrative® est une association qui regroupe des psychanalystes partageant les mêmes convictions au plan théorique et clinique concernant la Psychanalyse Intégrative®.

Celle-ci intègre deux grands courants, les psychanalyses et les psychothérapies relationnelles (incluant les psychothérapies émotionnelles, corporelles et existentielles), ainsi que les apports des sciences qui permettent de mieux appréhender la complexité de l'être humain.

SFPI

Société Française de
Psychanalyse Intégrative®

Colloque
19 octobre 2013



QUELLES CLINIQUES AUJOURD'HUI DANS UNE SOCIÉTÉ QUI FRAGILISE LE SUJET ?

IDS, 6 rue Beauregard, 75002 Paris
9H00 - 18H30

avec

Nicole Aubert, Christine Bonnal, Pierre Canoui, Stéphanie Duchesne,
Jean-Michel Fourcade, Marie-José Lacroix, Elisabeth Le Boulch, Michael
Randolph, Catherine Rioult, Michaël Stora, Berta Vega

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

www.sfpsychanalyseintegrative.org
contact@sfpsychanalyseintegrative.org



INTERVENANTS



Nicole AUBERT

Sociologue
Psychologue
Professeur à ESCP Europe

Christine BONNAL

Psychanalyste, Psychosomaticienne
Membre praticien agréé de la SFPI

Pierre CANOUÏ

Pédopsychiatre, Psychiatre et
Psychothérapeute, Docteur en Ethique
médicale,
Président de la FF2P

Stéphanie DUCHESNE

Psychanalyste
Membre praticien agréé de la SFPI

Jean-Michel FOURCADE

Psychanalyste, Psychothérapeute,
Président de la SFPI et de l’Affop
Directeur de la Nouvelle Faculté Libre

Marie-José LACROIX

Psychothérapeute, Psychanalyste
Membre praticien agréé de la SFPI

Elisabeth LE BOULCH

Psychanalyste
Membre praticien agréé de la SFPI

Michael RANDOLPH

Psychanalyste
Membre du CA de l’Affop en charge des
affaires internationales

Catherine RIOULT

Psychologue clinicienne
Psychanalyste

Michael STORA

Psychologue clinicien
Psychanalyste

Berta VEGA

Psychologue clinicienne
Psychanalyste

Les tables ont été animées par Caroline **Ulmer- Newhouse** et **Didier Duhazé**

SFPI _____	1
ARGUMENT _____	1
INTERVENANTS _____	3
INTRODUCTION DU COLLOQUE – Jean-Michel Fourcade _____	5
LA PSYCHANALYSE INTEGRATIVE® – Jean-Michel Fourcade _____	7
L'ŒUVRE DE FELIX VALLOTTON VUE PAR LA PSYCHANALYSE INTEGRATIVE® – Jean-Michel Fourcade _____	13
HYPERMODERNITE ET PSYCHANALYSE INTEGRATIVE® – Jean-Michel Fourcade _	20
L'INDIVIDU HYPERMODERNE : VERS UNE MUTATION ANTHROPOLOGIQUE ? Nicole Aubert _____	33
PSYCHOPATHOLOGIE A L'EPREUVE DES DIFFERENTES APPROCHES THERAPEUTIQUES– Pierre Canouï _____	41
NOUVELLES SOUFFRANCES : NOUVELLE MATERNITE – Stéphanie Duchesne ____	42
« LES NOUVEAUX RAPPORTS AU CORPS : LES SCARIFICATIONS CHEZ LES ADOLESCENTS » - Catherine Rioult _____	48
ENFANT LA TYRANNIE DE L'IDEAL ADOLESCENT : INTERNET UN REVELATEUR - Michaël Stora _____	55
PROBLEMATIQUE NARCISSIQUE EN UROLOGIE – Marie-José Lacroix _____	60
PSYCHANALYSE INTEGRATIVE® ET GROUPE – Christine Bonnal _____	65
UN REVE, UN OBJET BIZARRE EN THERAPIE DE GROUPE – Berta Vega _____	76
LA RELATION PATIENT-THERAPEUTE : DE LA RELATION A LA RENCONTRE, UNE CLINIQUE DU SENSIBLE ET DE L'INVISIBLE – Elisabeth Le Boulch _____	80
DSM5 : Objet professionnellement séismique difficilement identifiable. – Michael Randolph _____	87

INTRODUCTION DU COLLOQUE – Jean-Michel Fourcade

Nous avons reçu les vœux de soutien pour la SFPI et ce premier Colloque de :

Bernadette ARMANET PAGES
Pr Jacqueline BARUS-MICHEL
Pr Vincent de GAULEJAC
Philippe GRAUER, Président du SNPPsy
Vincent LENHARDT
Pr Edmond MARC LIPIANSKI
Geneviève MATTEI
Pr Christophe NIEWIADOMSKI
Max PAGES

retenus par des engagements professionnels

ainsi que le Pr Fernando GASTAL DE CASTRO qui nous adresse ses vœux de Rio de Janeiro.

Je remercie vivement pour leur présence nos membres d'honneur :

Alain AMSELEK
Pr Christiane GIRARD , responsable du Département de Sociologie à l'Université Nationale de Brasilia
Dr Manuel BARROSO
Jacques Digneton
Marie-Claude Dupin
Pr Jean-Benjamin STORA

ainsi que les enseignants de la Nouvelle Faculté Libre et, bien sûr, plus particulièrement ceux qui participent par leur communications à ce Colloque :

Berta VEGA FERNANDEZ
Michael RANDOLPH
Catherine RIOULT
Michael STORA

Moins positif, mais à inscrire dans les risques de la mondialisation : Nicole AUBERT est empêchée par un retard d'avion d'être parmi nous et reste en escale forcée au Canada. Elle me dit dans son message qu'elle en est désolée. Sa communication figurera dans les Actes de ce Colloque.

Mes collègues sociologues, psychosociologues, sociologues cliniciens qui ont contribué au Colloque et au livre fondateur « L'homme Hypermoderne » Erès 2006 ne pouvaient prendre sa place en 24 heures.

Je connais bien cet ouvrage que j'ai considéré, dès que j'en ai eu connaissance, comme essentiel pour la coopération entre psychologues et sociologues pour la compréhension de la pathologie psychique et de son évolution dans notre société ; et pour les questions qu'il pose sur la nature et l'évolution du psychisme.

J'ai déjà pris part aux débats sur les caractéristiques de l'homme hypermoderne au Colloque interne de l'Institut International de Sociologie clinique IISC en juin 2008, et à la Journée d'étude de l'IISC du 12 octobre 2012 « Sujet limite – Société limite ». A cette journée que j'avais organisée, je suis intervenu avec Nicole AUBERT, Catherine BESSE et Vincent de GAULEJAC dont je recommande vivement l'ouvrage « *Qui est JE ?* » Seuil 2009 dans lequel il aborde aussi les questions que soulève L'homme hypermoderne.

C'est donc avec un regret encore plus vif - moi qui ai eu le plaisir d'entendre Nicole AUBERT sur ce sujet – que je me suis résigné à parler à sa place aujourd'hui. Je le ferai avec moins de brio et moins de charme qu'elle, mais pas moins de passion intellectuelle car, ainsi que je viens de vous le dire, les questions que soulève cet ouvrage me semblent fondamentales pour les psychopraticiens, psychothérapeutes et psychanalystes que nous sommes.

Paris, le 19 octobre 2013

Colloque de la SFPI

Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet ?

Jean-Michel Fourcade

Psychanalyste

Psychothérapeute

Président de la SFPI et de l'AFFOP

Directeur de la Nouvelle Faculté Libre

6, rue Beauregard

75002 Paris

nfl@wanadoo.fr

LA PSYCHANALYSE INTEGRATIVE® – Jean-Michel Fourcade

Sans doute n'est-il pas inutile de rappeler au début de cette journée ce que nous appelons « Psychanalyse intégrative » puisqu'un de nos objectifs en l'organisant – pour nous permettre de répondre à la question qui nous réunit : « *Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet* » - est aussi de servir de *défense et illustration*¹ de notre compréhension de la Complexité en psychanalyse.

Ce rappel contiendra des énoncés qui viennent aussi du travail du groupe qui a rédigé les textes qui figurent sur le site de la SFPI. Principalement : Christine Beaufrère et Christine Bonnal, mais aussi Stéphanie Duchesne, Marie Josée Lacroix, Jacqueline Marx.

La Société Française de Psychanalyse Intégrative® est par ailleurs une association qui regroupe des psychanalystes partageant les mêmes convictions au plan théorique et clinique concernant la Psychanalyse Intégrative®.

La psychanalyse intégrative intègre deux grands courants, les psychanalyses et les psychothérapies relationnelles (incluant les psychothérapies émotionnelles, corporelles et existentielles), ainsi que les apports des sciences qui permettent de mieux appréhender la complexité de l'Humain.

Ses principes en sont : reconnaissance de l'inconscient, relation thérapeutique incluant la prise en compte du transfert, adaptation de la technique et du cadre selon la personnalité du patient, sa régression et le déroulement du processus thérapeutique.

Quelles sont les origines de notre compréhension ?

Depuis les années 70 nombreux sont ceux qui ont contribué à la création de la psychothérapie intégrative, aux Etats Unis, en Europe et en France, en particuliers par leurs écrits : Max PAGES, pionnier et fondateur, Edmond MARC, Alain DELOURME, Suzanne ROBERT-OUVRAY, Vincent LENHARDT, François PAUL-CAVALLIER, mais aussi avec eux, ceux qui ont contribué à la construction de la formation des psychothérapeutes à la FLDP puis à la NFL, mais aussi au CIFP et dans les écoles agréées par le SNPPsy et l'AFFOP, ce qui représentait une des différences

¹ Cf. Joaquim Du Bellay *La Défense et Illustration de la Langue française* (1549)

avec la FFDP et l'EAP qui reconnaissaient principalement des champs « mono-théoriques » et donc des « Méthodes ».

Notre génération a redécouvert le « Sujet ». La France des années 60 était intellectuellement dominée dans les Sciences Humaines par la pensée psychanalytique - avec la relecture structuraliste que Lacan faisait de Freud - et par la psychosociologie qui opérait un dégagement de la sociologie scientifique durkheimienne ou marxiste. La redécouverte du Sujet s'est faite d'abord dans un mouvement philosophique et sociopolitique né aux USA : la « psychologie humaniste », et dans certains aspects libertaires des années post-68 liés à la psychologie existentielle.

Dans un premier temps, les « Nouvelles thérapies » ont mis en avant leurs différences et leur rejet du tout-psychanalytique et du scientisme médical de la psychiatrie classique, c'est-à-dire des théories qui isolaient les « niveau-d'être », ignoraient les interconnexions complexes tant dans les théories que dans les pratiques, affirmaient chacune détenir LA vérité ultime de la compréhension de l'Humain : le "psychanalisme", le marxisme, le "sociologisme" etc.

L'épistémologie de la Complexité a réintroduit les théories psychanalytiques dans la multiréférentialité.

L'expérience de ces trente dernières années m'a confirmé qu'il y a un écart considérable entre ceux qui ont « rencontré » l'Inconscient et les autres.

Même si l'épistémologue en moi dit que toutes les théories sont respectables – je me suis régulièrement opposé aux tentatives plus ou moins conscientes de position dominante de telle ou telle dans la vie du SNPPsy - la reconnaissance de l'Inconscient crée une différence fondamentale dans la compréhension du fonctionnement humain dans la théorie et dans la pratique des rapports avec le somatique et le psychique.

Dans la construction progressive du concept de Psychanalyse intégrative, faite avec les psychothérapeutes intégratifs, se sont dégagés trois affirmations fondamentales :

- existence de l'inconscient
- relation thérapeutique prenant en compte le transfert
- modification de la technique et du cadre selon la problématique du patient et le moment de la cure.

Ces affirmations ne signifient pas pour autant un retour au « psychanalismes » freudien ou lacanien trop fermés à la Complexité – ce qui conduit à ce que François COUDRET appelle joliment, dans sa critique de mon livre « Les patients limites » : « les angles morts de la psychanalyse ». Ouvrir des groupes de travail sur le corps, comme le font certaines sociétés de psychanalyse, ne suffit pas pour avoir une théorie et une clinique de la Complexité.

Nous devons souligner l'importance de l'articulation avec la Psychosomatique intégrative – dont Jean-Benjamin et Michael STORA sont ici les représentants éminents. Leurs travaux nourrissent les relations du système biologique avec les autres systèmes composant la Complexité humaine.

Nous devons aussi souligner l'importance de l'articulation avec la sociologie clinique qui nourrit notre réflexion théorique sur les rapports entre Sujet individuel et Sujet social, nous rapprochant sans aucun doute de la pensée Culturaliste représentée en psychanalyse par Karen Horney ou Erik Fromm et des historiens de l'Histoire des mentalités comme Denis de Rougemont ou Philippe Ariès.

Paul Valéry répétait : « Il n'est d'œuvre que de circonstance ». Vous connaissez les événements de l'Histoire récente. Nous avons créé la profession de psychothérapeute entre les années 70 et aujourd'hui. Nous avons assisté à une lutte corporatiste dominée par les combats idéologiques et économiques de la deuxième moitié du XXe siècle : le triomphe temporaire du scientisme et de la gestion financière des choix scientifiques.

Cela a abouti à une loi, un décret et des arrêtés créant le titre légal professionnel de Psychothérapeute dont les conditions d'obtention marquent la reprise en main de la psychothérapie par la médecine. Et le retrait du titre professionnel de Psychothérapeute pour ceux qui en avaient créé la légitimité théorique et pratique. Les épreuves permettent de s'affermir et de s'affirmer. Une étape importante a été le dégagement du concept de Psychothérapie relationnelle. L'étape d'aujourd'hui nous situe dans ce champ mais en reconnaissant le rôle déterminant de l'existence de l'Inconscient et ses conséquences dans la pratique psychothérapeutique.

La Psychanalyse a défini les grands fondamentaux du fonctionnement psychique en mettant l'accent sur l'importance des processus inconscients. Elle a privilégié le niveau du langage et des représentations.

De nombreux courants se sont depuis développés, notamment les nouvelles psychothérapies plus émotionnelles et corporelles, qui prennent plus en compte les liens corps/psyché et privilégient les stades de développement plus archaïques.

Chaque courant éclaire un aspect de ce qui compose la réalité d'un sujet. L'orientation intégrative évite toute tendance hégémonique d'une théorie par rapport aux autres. Elle invite à ne pas se limiter à « une pensée unique » mais à être dans une logique de l'ouverture et ce, avec quatre objectifs :

- Intégrer la complexité de l'être humain décrite par Max Pagès qui définit différents systèmes le composant : système corporel, système émotionnel, système langagier et système socio-familial. Ces systèmes, s'étaient entre eux à chaque stade du développement du psychisme. Un changement dans un système entraîne un

changement dans tous les systèmes. Au cours de la trajectoire thérapeutique, thérapeute et patient travaillent sur les interactions internes à chacun des systèmes internes et sur les interactions entre les différents systèmes pris deux à deux et entre tous pris comme un ensemble.

- Etre en mouvement pour faire évoluer la théorie et la clinique avec l'évolution des pathologies. La société occidentale patriarcale et capitaliste avec ses interdits avait favorisé certaines pathologies comme l'hystérie. La société d'aujourd'hui, avec la montée de l'individualisme et la perte des anciennes, valeurs des cadres et des repères favorise des pathologies dites borderline ou limites.
- Articuler des méthodes nées à des époques différentes et ouvrir le cadre thérapeutique pour profiter du meilleur de chaque courant en regard de la singularité de la problématique particulière de chaque patient.
- Profiter des avancées de tous les champs de recherche : psychanalyse, psychologie, sociologie, biologie, neurosciences... avec toujours le même enjeu : celui de leur articulation les uns par rapport aux autres.

La Psychanalyse Intégrative® se fonde ainsi sur une épistémologie de la complexité, à l'articulation des psychanalyses et des psychothérapies relationnelles.

Elle instaure un dialogue et un rapprochement entre les différentes démarches, et privilégie les articulations théoriques et les stratégies thérapeutiques multiples. Plus qu'un courant, elle revendique une attitude épistémologique qui prend en compte :

- L'hypercomplexité de l'être humain dans ses dimensions psychologiques, historiques, sociales, professionnelles, biologiques, neuronales.
- Le modèle du psychisme élaboré par S. Freud et enrichi par ses successeurs, ainsi que les apports de W. Reich.
- L'apport de la psychologie « humaniste » intégrant la psychothérapie existentielle

La Psychanalyse Intégrative® répond à la nécessité de tenir compte de l'évolution des troubles, en relation avec les transformations des diverses sociétés contemporaines où les personnalités limites sont en constante augmentation.

Pour aider une personne, un groupe, une organisation en souffrance, les professionnels, conscients de ces évolutions, doivent combiner, à la fois, des outils de compréhension pour décoder la part des facteurs affectifs, et celle des réalités sociologiques et physiologiques dans la construction et la reconstruction des sujets. Ils doivent aussi articuler des dispositifs thérapeutiques appropriés.

La Psychanalyse Intégrative® pose ainsi comme principe que le choix du dispositif (thérapie individuelle et/ou groupe ; face à face, divan...) permettant de créer les conditions du processus thérapeutique doit être le plus approprié à la personnalité du patient et à ses états de régression. Les techniques : travail verbal, émotionnel, corporel, médiation (expression corporelle, musique, peinture...) ne s'additionnent pas, elles s'articulent au service d'une visée thérapeutique : aider le patient à atteindre le changement qu'il souhaite et qu'il n'a pas réussi à obtenir par lui-même.

L'enjeu de la recherche d'intégration, est de pouvoir offrir au patient un cadre de travail thérapeutique adapté à sa problématique personnelle, et non d'obliger le patient à s'adapter à un cadre donné.

L'objectif est de pouvoir suivre le chemin qui mènera au point où s'origine la souffrance du patient, l'endroit ou les endroits où il y a eu – selon un schéma propre à chacun - dissociation du psychisme, inhibition de l'expression, suppression de l'affect, refoulement ou tout autre réaction de protection... C'est là où s'est élaboré pour chacun son mode de relation à lui-même, aux autres et au monde. C'est à partir de cet endroit que la « réparation » peut avoir lieu, que la remise en mouvement doit être recherchée. C'est de là que les processus de reconstruction ou de renforcement du psychisme peuvent se réenclencher.

Il y a donc à penser une trajectoire thérapeutique globale. Et à l'intérieur de cette trajectoire, il y a des moments de travail thérapeutique différents. Certains moments seront plus émotionnels, d'autres plus analytiques, voire d'autres plus cognitifs, incluant des données sociologiques.... Cela conditionne le cadre et la position du thérapeute qui ajuste la forme et le contenu de ses interventions à la nature du transfert et à la régression du patient.

La Psychanalyse Intégrative® s'inscrivant dans le champ des psychothérapies relationnelles, le psychanalyste intégratif va travailler par la relation et dans la relation.

La capacité à penser le cadre le plus approprié à son patient et la gestion de cette relation ne se fera en sécurité que si le psychanalyste a acquis une compétence théorique approfondie ; mais aussi une connaissance suffisante de lui-même, de sa personnalité, de ses propres mécanismes inconscients, pour repérer le connu, le su autant que l'inconnu en lui-même et en l'autre. Ceci le conduit à construire de nouveaux savoirs et à faire face à la part d'incompris qui reste toujours dans l'infini de la vie.

Cette exploration et connaissance de soi, essentielles au psychanalyste intégratif, articulées à une utilisation raisonnée de la théorie, lui permettront d'acquérir une position de clinicien, position d'ouverture qui interroge et met son patient au centre du dispositif thérapeutique.

Fidèle à la philosophie de la psychanalyse intégrative® la SFPI, lieu de réflexion, et de développement, est sensible à la nécessité de dialoguer régulièrement avec des professionnels de champs disciplinaires différents.

L'ambition de ce Colloque est de réunir les professionnels qui se reconnaissent dans cette approche et de les entendre nous rendre compte de leur expérience de la Psychanalyse intégrative.

Je nous souhaite des échanges à la hauteur de cette ambition !

Paris, le 19 octobre 2013

Colloque de la SFPI

Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet ?

Jean-Michel Fourcade

Psychanalyste

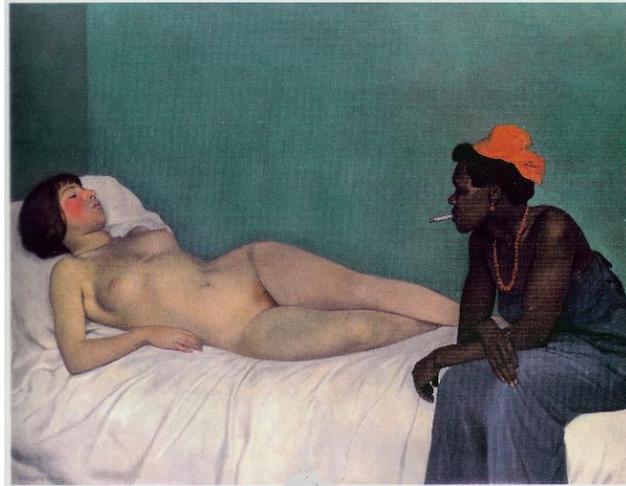
Psychothérapeute

Président de la SFPI et de l'AFFOP

Directeur de la Nouvelle Faculté Libre

6, rue Beauregard
75002 Paris

L'ŒUVRE DE FELIX VALLOTTON VUE PAR LA PSYCHANALYSE INTEGRATIVE[©] – Jean-Michel Fourcade



Je vous propose d'illustrer ces propos sur les caractéristiques de la psychanalyse intégrative, pour la différencier de la psychanalyse « non-intégrative », non par un cas clinique – car les communications de mes collègues au long de cette journée vont vous en donner de toute sorte – mais par l'application de ces caractéristiques à la compréhension d'une œuvre d'art. L'approche intégrative par une analyse complexe, intra et inter-systémique incluant – entre autre – la sociologie clinique et l'histoire des mentalités, me semble nécessaire pour une perception juste de l'œuvre d'art.

Il y a en ce moment au Grand Palais une rétrospective de l'œuvre de Félix Vallotton, et il se trouve que mon éminent confrère Juan-David Nasio publie à cette occasion un opuscule intitulé « L'inconscient de Vallotton » que vous pouvez acquérir, comme je l'ai fait, à la librairie du Grand Palais.

Comme dans tous les ouvrages qu'il a publiés, Nasio fait une nouvelle fois preuve d'ouverture.

J'avais apprécié que sa lecture de l'œuvre de Lacan l'ait conduit, entre autre, à aborder la problématique des organisations limites en étendant le concept de forclusion en « forclusion partielle » illustré par « Les yeux de Laure », donnant ainsi à cette catégorie nosographique rarement acceptée par nos confrères lacaniens – comme l'ensemble de la nosographie relevant de l'épistémologie psychodynamique génétique freudienne et post-freudienne – un statut qui peut surprendre les connaisseurs de l'univers conceptuel lacanien... et les réjouir par cette sorte de pont construit par-dessus des oppositions conceptuelles décennales.

²« La Blanche et la Noire » de Félix Vallotton, 1913, huile sur toile, 114 x 147 cm, Winterthour, Fondation Hahnloser/Jäggli, Villa Flora (Fondation Hahnloser/Jaeggli, Winterthour)

Cette nouvelle publication ne fait pas exception.

En effet, on peut lire sous la plume de Nasio des développements concernant les émotions qui évoquent ceux de Max Pagès – qui a consacré une partie importante de ses travaux à définir et à donner un statut spécifique à l'émotion dans le fonctionnement humain, avec les conséquences que l'on sait sur la théorie et la pratique psychothérapeutique – mais aussi ceux de Carl Rogers.

Tout d'abord, dans le chapitre « L'autoportrait : un saut au-dedans de soi » Nasio pose : *« Création signifie émotion. Non pas émotion provoquée par la création mais émotion source de création, capable de faire surgir ce qui n'était pas encore. L'amertume était pour Vallotton une émotion intérieure permanente, une tension, une telle exigence de création qu'elle ne pouvait se satisfaire qu'une fois l'œuvre réalisée ; c'est de cette émotion que l'artiste tire son inspiration au fur et à mesure de la composition de son ouvrage. C'est cette amertume singulière et opiniâtre qui s'exhale de la plupart de ses œuvres et qui s'exprime et par le choix des sujets, et par l'expression des figures, et par le geste et par le contraste des couleurs. Incontestablement, c'est de l'amertume que l'œuvre de Vallotton est sortie »*.

Ainsi donc, pour Nasio, l'émotion prend une place forte dans le processus créatif. La littérature psychanalytique a rarement donnée une telle place à l'émotion, entre les pulsions et la transformation des émotions en affects, dans les processus de sublimation et de mentalisation ; la création étant située plutôt du côté de l'imaginaire.

Mais il nuance immédiatement : *« Cependant, entre l'amertume et l'œuvre produite, il y a la sensibilité, l'intelligence et l'adresse du peintre.../... Comment l'amertume imprègne-t-elle la sensibilité esthétique de l'artiste »*.

Avant de passer à un deuxième aspect de la valorisation de l'émotion dans cet écrit – celui des « séquences » émotionnelles – notons que Nasio évoque l'esthétique de l'artiste d'une façon qui concerne son esthétique personnelle et non l'esthétique de son « Ecole », du Groupe auquel il appartient, de son époque, etc. Le choix de Vallotton de se vouloir « différent », de garder une place « à part », dans ses relations avec le Groupe des Nabis³, puis par rapport à la société artistique de son époque, pousse à cette réduction.

³A la charnière des XIXe et XXe siècles, les artistes du groupe des Nabis (« prophètes » ou « inspirés de Dieu » en hébreu) font partie d'une avant-garde, en réaction contre la peinture académique, qui se situe aux origines de l'art moderne. Créé en 1888, Maurice Denis, Sérusier, Bonnard, Vuillard, Ranson... en font partie. Le mouvement durera une quinzaine d'années. Leur style est reconnaissable par les couleurs posées en aplat délimités par des tons sombres avec une absence de perspective. Ces peintres s'exerceront également dans l'art de la céramique, du vitrail, du mobilier, de l'affiche, ou des décors de théâtre. Le groupe des Nabis, surnomma Vallotton « le Nabis étranger », allusion à sa nationalité suisse mais aussi à sa manière de se tenir toujours un peu à distance.

Nous montrerons que malgré cette volonté, certes due à un caractère bien « personnel », son œuvre ne peut se comprendre sans prendre en compte la dimension sociale – esthétique et culturelle – de son époque, et que la mise à l'écart de cette dimension conduit à des interprétations partielles concernant cette œuvre même.

Dans ce chapitre « L'autoportrait... », Nasio donne plusieurs de ce qu'il appelle des « séquences » émotionnelles : « *L'amertume amène au désenchantement, et le désenchantement amène à repousser tout être ou toute chose associés au charme, à la séduction, à la fascination, en un mot à l'illusion. On comprend alors que son amertume l'induit à se méfier de la beauté superficielle, illusion fautive et fugitive, et en revanche à aimer de toute ses forces la nature, aussi laide soit-elle, parce qu'elle sert une réalité abrupte...* ».

Plus tôt, dans le chapitre « Saisir l'amertume dans le regard de Vallotton », Nasio explique que Vallotton est marqué par un secret qui est à l'origine de son amertume, le regret d'une faute qu'il détaille dans « L'autoportrait » : Vallotton nous confie dans son roman autobiographique « La vie meurtrière » qu'il a souffert à l'âge de dix-douze ans, d'avoir imaginé être la cause involontaire de trois accidents à l'issue tragique, touchant des personnes qu'il aimait.

Nasio développe ensuite la « séquence » suivante : un douloureux sentiment de culpabilité à parasité Vallotton éternellement. D'où, l'amertume « *état triste et douloureux, bien que supportable, induit par la culpabilité inconsciente* » qui devient permanente parce que « *Vallotton préférant la douleur du connu à l'angoisse de l'inconnu, choisit la douleur tempérée de l'amertume qui le rend libre et désabusé contre la peur d'un avenir qu'il ne contrôlerait pas.../... L'amertume est une rassurante garantie contre deux périls imaginaires : souffrir la honte d'échouer et, le plus paradoxal, souffrir le bonheur de réussir...Aussi, l'amertume lui garantit-elle d'échapper à la honte et à la joie...D'où une attitude plutôt réservée...une pudeur...une timidité toute physique qui est plus près de l'orgueil qu'on ne le pense... penchant pour la solitude... un fond de méchanceté et de malice...un peu d'égoïsme...le pessimisme* ».

Voilà deux séquences de chaînes émotionnelles qui rappellent conceptuellement les chaînes imaginaires signifiantes auxquelles l'analyse lacanienne nous a habitués, et qui rejoignent notre expérience des rapports entre émotions et inconscient, car ces chaînes émotionnelles sont aussi le plus souvent inconscientes pour le sujet qui les vit.

Sur cette amertume, pouvons-nous interroger le texte même de Vallotton ? Il a imaginé les drames dont il est responsable à onze, douze ans. La culpabilité de cet âge nous renvoie souvent à la culpabilité du désir œdipien. Nasio lui-même interprète : « *Quand Vallotton peint un nu, il peint une mère* ». L'amertume est présente dans l'organisation psychique obsessionnelle telle que Freud la décrit comme régression/fuite par rapport à une problématique œdipienne insoutenable pour l'enfant.

Signalons deux énoncés contraires sous la plume de Nasio : dans « L'artiste et le psychanalyste » : « *Un artiste, c'est l'homme qui voit mieux que les autres, plus loin que les autres, car il regarde la réalité nue et sans voile. Il aperçoit toute les choses dans leur pureté*

originelle, aussi bien les formes les couleurs et les sons que les plus subtils mouvements de la vie affective ». En un mot : l'artiste voit plus loin que les autres, comme le psychanalyste.

Mais dans la page et dans le chapitre suivant « Saisir l'amertume... » Il écrit : « *La finalité de l'art est de saisir ce serpentement singulier...le peintre perçoit avec son inconscient...Vallotton a réussi sans s'en apercevoir à nous montrer l'émotion dominante qui l'habite depuis son enfance* ». Plus loin, dans le chapitre « quand Vallotton peint un nu... » Le texte de Nasio est encore plus clair : « *Vallotton crée les femmes telles qu'il les voit, mais il les voit non pas telles qu'elles sont réellement, ni même telles que nous spectateurs aurions aimé qu'elles soient ; il les voit et les peint selon son idée à lui, une idée préconçue, très intime, moulée par son fantasme infantile et inconscient de la femme menaçante. Il voit devant lui...ce que son inconscient lui dicte de voir au lieu de caresser du regard les courbes naturelles et gracieuses du corps réel qu'il perçoit. A vrai dire Vallotton n'est pas un peintre réaliste, parce qu'il subordonne la réalité à son fantasme inconscient*».

La suite de ce texte dans le chapitre « De l'enfant insouciant au peintre angoissé » donne, en se référant aux travaux de D.W. Winnicott, une explication plus archaïque de l'angoisse de Vallotton que celle liée à la faute imaginée à l'âge de cinq ans que la puberté réactualise : « *Nous présumons en effet, qu'avant la puberté le petit Félix vivait dans l'adoration de sa mère...C'est cet amour puissant qui fut la source de son amour de soi, mais d'un amour de soi inquiet...Devenu grand, il s'est aimé lui-même à la démesure que sa mère lui a porté. L'amour maternel a été si fusionnel qu'il lui a instillé dans l'âme et dans le corps un état d'inquiétude permanente* ». Complétant les travaux de Winnicott, ceux de Margaret Mahler décrivent les ratés de la séparation /individuation qu'évoque ici Nasio.

Nasio nous livre, selon lui, la clé de l'esthétique de Vallotton : « *Que voit l'œil de son inconscient créateur ? Il voit des mères. Quand le maître peint des nus, sans même y penser, spontanément il banalise le corps féminin, s'attarde sur ses défauts, souligne ses laideurs, le dévitalise de son charme, en un mot le maternise et le rend inoffensif. Il transforme le corps de la femme désirante en un corps de femme maternante. Et comment procède-t-il ? D'un côté, il retire au corps nu l'éclat de sa peau et, de l'autre, il retire au visage féminin l'éclat du regard, et, ce faisant, il retire à la femme tout entière son énergie intérieure, son désir de nous séduire* ».

Au sujet de la peinture « Le bain au soir d'été », 1892-1893, Nasio réaffirme la même interprétation : « *Un des œuvres du jeune Vallotton, peut-être la plus éloquente pour illustrer notre idée que lorsqu'il peint un nu, en fait il peint une mère* »... « *Vallotton peint avec les yeux d'un enfant œdipien malicieux qui épie, à travers le trou de la serrure, sa mère qui se dénude* ».

Cette interprétation de l'esthétique de Vallotton, aussi intéressante soit-elle, présente selon moi les défauts du « psychanalisme » réducteur auquel la psychanalyse intégrative s'efforce d'échapper.

En effet, ainsi que nous l'avons écrit plus haut, avec cette réduction aux seules caractéristiques de l'inconscient de Vallotton, Nasio ignore la dimension sociale de la création artistique, celle de l'œuvre de Vallotton incluse.

Vallotton se situe entre trois « mouvements » de l'histoire de l'art : celui de l'art classique qui s'efforce de représenter la nature « telle qu'elle est », jusqu'à ce que le sujet représenté trompe l'oiseau qui croira que la grappe de raisin est réelle et viendra la picorer ; celui de l'art que recrée la réalité différente selon l'interprétation de l'artiste – mouvement qui devient dominant lorsque la technique photographique remplit la fonction de représentation de la nature telle qu'elle est ; enfin, le mouvement de l'art qui raconte.

Les premiers portraits peints par Vallotton appartiennent au premier mouvement. Il maîtrise les techniques qui permettent de traiter le sujet dans cet objectif. Son dernier « autoportrait à la robe de chambre », 1914, en fait partie. Celui-ci évoque irrésistiblement les autoportraits de Chardin. La création artistique s'inscrit dans un dialogue avec les autres artistes, fussent-ils les maîtres passés !

Au milieu de ses productions de nus de femmes « aplatis » ou « désérotisés », Vallotton peint en 1913 « La blanche et la noire », toile dans laquelle le corps nu de la femme blanche est une des représentations les plus chaude, sensuelle, nuancée, subtile, « réaliste » du corps féminin dans l'histoire de la peinture – à l'égal des nus célèbres des Vénus du Titien, de la Maja de Goya, etc.

Si Vallotton nous montre sa maîtrise « classique » de la représentation du nu féminin, ne faut-il pas chercher ailleurs que dans une réduction liée à sa personnalité les caractéristiques de son esthétique pour traiter ce thème ?

Cette peinture évoque aussi la célèbre Olympia de Manet. Autre manifestation de l'importance du dialogue entre artistes – cette fois-ci de la génération d'avant la sienne - dans la création.

Autre aspect de la dimension sociale de la création de Vallotton : son appartenance au mouvement des Nabis. Ce n'est plus la représentation réaliste de la nature qui est recherchée ; le dessin est privilégié, la couleur est traitée de façon « artificielle » par des à-plats sans nuance, par des juxtapositions sans transition. C'est l'esthétique Art-déco issue de l'admiration que l'époque a pour l'art de l'estampe japonaise. C'est celle qui domine la peinture « Le bain au soir d'été », déjà citée, mais aussi « La maîtresse et la servante », 1896—1897, « La femme au bain se coiffant », vers 1897, « Femmes à leur toilette », 1897. C'est aussi cette esthétique qui triomphe avec les toiles « La chambre rouge », 1897, « Le mensonge », 1898, « La visite », 1899, « Cinq heures ou Intimité », 1898.

Cette façon de traiter le sujet pictural touche aussi les représentations de paysages : celui de la peinture « Le ballon », 1899, mais aussi « Clair de lune », 1894, « Laveuses à Etretat », 1899, « La mare », 1909, « Le crépuscule », 1900, « Coucher de soleil, mer haute gris-bleu », 1911, « Derniers rayons », 191, « La grève blanche, Vasouy », 1913, « Souvenir des Andelys », 1916, « Honfleur dans la brume », 1911, « Les Andelys, le soir », 1924, « Des sables au bord de la Loire », 1923. On est loin de la représentation « naturelle » de la nature « telle qu'elle est » perçue par Nasio dans l'œuvre de Vallotton, qu'il oppose à la peinture produite par les fantasmes du peintre. Cette esthétique touche tous les sujets traités par l'artiste ; elle s'explique plus par l'importance de son appartenance à un mouvement artistique daté et ayant une dimension sociale, que par l'effet de sa seule personnalité inconsciente.

Les intérieurs peints de cette façon, avec ou sans personnage, évoquent un autre sujet de la peinture classique fortement appréciés par les peintres et les amateurs des XVIIème et du XVIIIème : les peintures d'intérieurs flamandes. Ce n'est plus dans l'esthétique mais par le sujet traité que le dialogue entre Vallotton et d'autres peintres se poursuit.

Une façon de peindre de l'esthétique Art-déco consiste à évoquer les volumes mais en lissant les détails, donnant un effet irréel ...mais non dépourvu d'érotisme – contrairement à ce que voit Nasio - pour ce qui concerne les représentations du corps féminin, tant est vrai que la pulsion libidinale s'exprime à travers des codes esthétiques qui varient selon les époques – ce qui peut conduire à sous-estimer la puissance provocatrice érotique de l'esthétique d'une époque jugée par une autre ; celle des femmes nues du XVIIème siècle hollandais (Rubens en est l'exemple le plus parlant) ; celles de Ingres etc.

Celles de Vallotton, « Trois femmes et une petite fille jouant dans l'eau », 1907, « Le bain turc », 1907, « Nu dans la chambre rouge », 1897, « La salamandre », 1900, « Le repos des modèles », 1905, « Le nu couché au tapis rouge », 1909, « La baigneuse de face fond gris », 1908, « L'automne », 1908, « La femme aux mandarines », 1913, « La femme couchée sur fond violet », 1924, et la peinture célèbre « L'enlèvement d'Europe », 1908, avec une représentation différente des nus « japonisants », appartiennent à ce code dont l'expression la plus poussée apparaît sous le pinceau de Lempicka⁴.

L'amateur du début du XXIème siècle peut-il être certain que ces représentations étaient dépourvues d'érotisme pour celui qui les a peintes ou achetées dans la première moitié du XXème siècle ?

En tous cas, cette façon de peindre les volumes, Vallotton l'applique aussi dans la représentation des objets matériels, dans la représentation des intérieurs que nous avons évoqués plus haut. Cette esthétique domine aussi l'œuvre de Hopper que nous avons pu contempler il y a peu.

Un autre biais dans l'interprétation de l'œuvre de Vallotton, dû à l'ignorance systématique de sa dimension historique et sociale, apparaît dans l'interprétation des peintures consacrée au rapport homme- femme. Les peintures « Orphée dépecé », 1914, « L'homme poignardé », 1916, « Homme et femme, ou Le viol », 1913, et « La haine », 1908, qui peignent des scènes de violence entre homme et femme – où le résultat, pour « L'homme poignardé », selon Nasio – sont ramenées à des représentations de la relation violente entre l'homme petit garçon et sa mère : « Essuyer la colère d'une mère ». Cela pourrait être plus vrai aujourd'hui où les rapports de domination de l'homme sur la femme sont moins importants dans la société occidentale qu'ils ne l'étaient dans la société patriarcale du XIXème. Les luttes de pouvoir entre l'homme et la femme ne peuvent à l'époque de Vallotton être réduites à cet épisode de l'enfance. Cette lutte s'exprime à cette époque dans le succès du théâtre « de boulevard » sous la dimension

⁴ Tamara de Lempicka (1898-1980), la peintre d'origine polonaise est une des figures incontournables des années folles avec son style néocubiste très « Art-déco ».

« comique » des tromperies sexuelles. Vallotton, selon ses historiens, a eu de nombreuses aventures avec ses modèles, et de nombreuses querelles avec sa femme pour cette raison...

Un dernier aspect de l'œuvre de Vallotton, sur lequel je rejoins la brillante interprétation que fait Nasio, est évoqué dans le court chapitre « la réalité telle que Vallotton la voit et la peint » : « *Au lieu de chercher à représenter la beauté idéale des êtres et des choses pour la plus grande satisfaction de notre regard, Vallotton peint la réalité que nous vivons et non celle que nous rêvons* ».

« *N'oublions pas que Vallotton est un peintre doublé d'un véritable écrivain, auteur de romans, de pièces de théâtre et de nombreux écrits* ». Cela touche au troisième mouvement dans l'art que j'évoquais plus haut : celui qui raconte. Dans l'art classique, c'est celui de la peinture dite « d'Histoire ». Sur cette dimension, Vallotton est un grand créateur. Les cent vingt xylographies, celles qu'il livre à la *Revue blanche*, décrivent avec une économie éblouissante de signes, des scènes de la vie sociale intime et publique de son temps. Cette efficacité pour évoquer des histoires mettant le « spectateur » en contact avec des émotions fortes se retrouve aussi dans de nombreuses peintures déjà évoquées.

Dans cette dimension de son œuvre, Vallotton, à l'instar du Goya des estampes, est un grand communicant auquel l'art de la publicité doit beaucoup. Aussi nous ne pouvons souscrire à la formule finale de Nasio : « *En un mot, je dirai : Vallotton est un monde grouillant de vies, enfermé* [c'est moi qui souligne] *dans un homme* », ses œuvres, selon Nasio, étant des représentations des vies qu'il n'a pas vécues, comme son œuvre (portes ouvertes et nus féminins) évoque la vie sexuelle avec laquelle il entretiendrait un rapport de voyeurisme..

Cette conception de l'œuvre souffre d'une négation de la Relation dans le processus créatif. Le nu féminin est un sujet obligé de l'art européen depuis la Renaissance, les peintures d'intérieur depuis les Hollandais, les peintures de paysages en tant que sujet indépendant d'une histoire depuis la fin du XVIème. On ne peut réduire la création artistique au jaillissement des fantasmes. Elle est aussi accomplissement d'actes dans la relation de l'artiste avec les autres : femmes, famille, collègues, public, dans un mouvement esthétique auquel il appartient, à une époque historique précise avec les codes sociaux qui imprègnent son œuvre. Ne pas en tenir compte conduit à une compréhension partielle sinon partielle de l'œuvre.

Paris, le 19 octobre 2013

Colloque de la SFPI

Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet ?

Jean-Michel Fourcade

Psychanalyste

Psychothérapeute

Président de la SFPI et de l'AFFOP

Directeur de la Nouvelle Faculté Libre

6, rue Beauregard

75002 Paris

nfl@wanadoo.fr

HYPERMODERNITE ET PSYCHANALYSE INTEGRATIVE© – Jean-Michel Fourcade

Jean-Michel Fourcade

Psychanalyste
Psychothérapeute
Président de la SFPI et de l’AFFOP
Directeur de la Nouvelle Faculté Libre

J’étais été frappé en lisant le passionnant ouvrage *L’individu hypermoderne* (sous la direction de Nicole Aubert, Erès, 2006) des nombreuses références faites au narcissisme sans que ressorte dans les rapprochements plus ou moins étroits avec les concepts psychanalytiques la catégorie psychodynamique de la Personnalité limite.

Bien sûr, puisque j’ai passé plusieurs années à travailler sur cette catégorie, sur ce type de patients, je me suis demandé si, comme Blanche Neige qui voyait des nains partout, moi-même...

Pourtant vous savez que dans la *doxa* du milieu professionnel des psychanalystes et des psychothérapeutes on dit que les grandes hystériques à qui on doit la naissance de la psychanalyse ont disparu et que ce sont les personnalités limites qui font le plus gros de notre patientèle.

Les professionnels de la santé mentale le disent : il y a une évolution des pathologies en relation avec les transformations de notre société occidentale développée. Les cas de névrose ont diminué alors que **les pathologies de Personnalités limites sont en constante augmentation.**

Il n’existe pas entre les faits sociaux et les faits psychologiques individuels, perçus comme pathologiques ou pas, une causalité rigide mais des interrelations multiples. La compréhension psychanalytique du lien social avait conduit à la « réduction » des faits sociaux à des faits psychiques fonctionnant sur le modèle du psychisme individuel. A l’inverse, la compréhension des faits psychologiques que nous proposaient MARX et REICH avait conduit à la réduction des faits psychologiques comme « produits » des faits sociaux. **Une compréhension « complexe » posera plutôt que les faits biologiques, les faits psychologiques et les faits sociologiques ont leur nature spécifique, leurs lois de fonctionnement propre et qu’ils s’étayent de façon complexe dans la construction et l’évolution du sujet.**

La façon dont les sociologues décrivent les caractéristiques nouvelles des individus telles qu'elles ont évolué pendant les cinquante dernières années, celles de l'individu hypermoderne, rappelle les caractéristiques que nous avons rencontrées pour les personnalités limites. **Les patients limites sont la forme pathologique de la personnalité limite de l'homme hypermoderne.**

Examinons donc ce qu'écrivent les divers auteurs de cet ouvrage.

Après d'autres, Eugène Enriquez problématise la personnalité hypermoderne du côté de la perversion : la dynamique principale de l'Homme Hyper-moderne (HH) serait l'assouvissement de sa jouissance sans limite et la seule « loi » qu'il suivrait serait l'assujétissement de l'objet, de l'autre, à son désir. Le héros sadien est alors le modèle annonciateur de l'Homme HH.

Pour Jean Cournut la dynamique de l'HH est la défonce. Il développe les multiples aspects de cette façon d'être. C'est là un concept dynamique mais plus phénoménologique que psychodynamique au sens de la psychanalyse et lorsqu'il en arrive au niveau du dévoilement où nous l'attendons, nous lisons (p.67) : « *Prouver que l'on est fort, capable, puissant, c'est-à-dire non entamé, entier, pourvu, c'est si l'on peut dire courir après sa queue, surmonter la menace et l'angoisse d'une punition pour incapacité, d'une amputation pour faiblesse, d'une castration toujours possible...* » Voilà : l'HH relève de la névrose, sa structure est névrotique puisque son angoisse est celle de la castration.

Mais il ajoute (p.68) : « *Le climat narcissique est encore plus patent quand le motif et le but de la défonce sont de se prouver que l'on existe, que l'on est entier, vivant pas seulement performant mais à tout le moins existant etc.* » Alors là on n'est plus dans l'angoisse de castration ni dans la personnalité de structure névrotique mais bel et bien dans une **problématique du narcissisme de l'être.**

Paul-Laurent Assoun commence par nous mettre en garde (p.104) « *Il ne s'agit pas de psychologiser le concept sociohistorique d'hypermoderne en y ajoutant quelque supplément d'une pensée analytique du collectif* ». Bien. Ensuite, il pose la question, pardon, « la véritable question » : qu'est-ce qui change ou qui ne change pas, de la clause inconsciente avec le temps ? Comment repérer dans le tissu social les signes de changement voire de métamorphose ? Comment articuler un diagnostic sur la conflictualité de l'époque ?

Après un passage que je trouve particulièrement savoureux sur la neurasthénie (p.105) et la nervosité moderne (Freud, 1908 *La vie sexuelle*, PUF) dont les caractéristiques font furieusement penser à celles que l'on répertorie pour l'HH, P-L Assoun s'appuie sur un « rien de nouveau sous le soleil » pour soutenir que, comme le développe Freud, la description de la nervosité sociale comme celle de l'HH ne sont pas fausses « *mais c'est qu'elle négligent le facteur étiologique le plus important* » (p.108) « *Le tableau est correct mais le hors-scène échappe fatalement à ceux qui le brossent* » Alors en métapsychologisant – ce qui est fort différent de psychologiser – et s'appuyant sur *Malaise dans la civilisation*, P-L Assoun soutient que « le refoulé du discours » balaye la remarque que la névrose venant en partie de la

répression nocive de la vie sexuelle et la société ayant considérablement changé sur ce point, le diagnostic freudien pourrait sur ce point commencer à dater.

Le centre de sa théorie est (p.112) : « *Nous sommes confrontés au « malaise ». Lui est structurel ...Chaque époque s'excite en quelque sorte à donner sa réponse au malaise... »*. Il ajoute : « *l'économie du préjudice, de l'économie collective s'est considérablement déplacée »*.

Et donc, alors que « *Freud fait des pervers et des homosexuels les signes d'une impossibilité de renoncement qui les marginalise...tout indique que les singularités sexuelles donnent désormais le ton, qu'au-delà de la tolérance elles sont même à bien regarder sollicitées pour soutenir l'idéal social... Sur la question de la féminité, Freud fait un tableau à la fois sobre et très lourd des préjudices infligés à la vie amoureuse de la femme...D'où il ressort une croissance de l'anomie familiale et de ses recompositions...* » (p.109) malgré tout cela « *l'axe de référence névrotique demeure une vérité structurale »*.

Hors de la névrose, point de salut théorique ! Et la catégorie des patients limites est expédiée (p.114), vertement.

IL faut dire que la névrose a la vie dure. Vincent de GAULEJAC donne à son article un titre qui nous conduirait plutôt vers la problématique de limite : « Le sujet manqué » et de nombreux passages décrivent les conditions d'une étiologie de la personnalité limite. (p.131) « *Et l'on sait que l'idéal de perfection s'étaye sur un désir de toute puissance... »* et « *La société industrielle fixait les individus dans des cadres sociaux...* » et surtout : (p.132) « *Le problème aujourd'hui se présente dans une quête identitaire permanente...* », ce qui, de mon point de vue, appartient à la problématique des personnalités limites et non à celle de la névrose.

Pourtant plus loin (p.133) « *Selon la psychanalyse, une des caractéristiques majeures de la dépression est la tension entre **le moi et l'idéal du Moi**. Le moi n'étant pas à la hauteur des exigences de l'idéal, le sujet se retourne contre lui-même ; il se vit comme un bon à rien.* »

Cette forme de la dépression est bien celle du névrosé. Il existe pourtant une autre forme de dépression qui apparaît lorsque le patient limite a perdu son objet anaclitique, qui me semble aujourd'hui plus répandue et plus congruente avec les symptômes de l'HH.

Richard Durn, dont le cas est utilisé par Vincent de Gaulejac pour illustrer les paroxysmes de l'HH, avec son meurtre pensé et organisé contre les représentants d'un pouvoir qu'il reconnaît et qu'il hait, appartient bien, me semble-t-il, à une problématique de névrosé qui se punit pour sa faute. Mais nous ne sommes pas là en présence du passage à l'acte violent incontrôlé caractéristique des personnalités limites dont, par exemple, on retrouve le côté spontané dans les émeutes des jeunes réagissant à une humiliation plus qu'à une injustice.

Passer de la névrose, fût-elle de classe, à une autre catégorie nosographique représente aujourd'hui un saut épistémologique, me semble-t-il, nécessaire. Et le fil rouge de la problématique limite se déroule ainsi tout au long de *L'individu hypermoderne*.

Dans son article « L'intensité de soi » N. Aubert cite, reprenant le constat de R. Castel sur la **bipolarisation de l'homme contemporain**, l'homme par excès et l'homme par défaut : « *L'un*

est dans le trop plein dans l'excès des sollicitations, des possibilités d'investissements subjectifs... qu'il s'agisse d'un quête de réussite ou de réalisation de soi-même. L'autre est dans le manque parce qu'il n'a jamais eu les assises, les supports et les liens qui lui permettent d'exister pleinement : propriété privée ou sociale, liens professionnels, économiques, sociaux, affectifs. C'est l'individu désaffilié qui, n'ayant plus de repères se met à flotter »

J'aime cette citation de R.Castel parce qu'elle décrit à la fois certains des éléments sociaux de la problématique limite et son résultat : l'individu se met à flotter. Et c'est J. Cournut qui ajoute dans ce qu'il appelle « névroses du trop et névroses du vide » : « *Débordement affectif et trop plein d'excitations violentes, d'amour, de haine, de rage, de désespoir et d'exaltation pour les premières ; sentiment de vide psychique caractérisé par l'incapacité douloureuse d'éprouver, de penser, d'imaginer pour les secondes* » A un tel degré nous ne sommes plus dans les symptômes de l'hystérique ni ceux de l'obsessionnel. Ce sont ceux que décrit André Green dans *La folie privée*, (Gallimard, 1990) où il travaille sur la problématique des patients limites.

Plus loin, N. Aubert (p.75) donne une description de l'hyperfonctionnement de soi dans les cultures de l'urgence qu'elle attribue d'une part à l'effet des technologies modernes de l'information combinée à la logique des marchés financiers et d'autre part (p.76 et 77) comme autant de façons de conjurer la mort avec les mots qu'emploie la personne qu'elle interroge, marqués par la soudaineté et l'intensité : foudroyant, éclate, explose, jouissance, trépidante, d'un seul coup. Or, c'est ainsi que les patients limites décrivent leur vie émotionnelle.

Plus loin encore à propos des travaux de Richard Sennett (*Le travail sans qualité*, 2000, Albin Michel), N. Aubert résume pour illustrer ce que celui-ci appelle « la corrosion du caractère » : nombre de témoignages faisaient état de perturbations survenues en soi-même, tel le sentiment de devenir personnellement extrêmement nerveux et irritable ou de changements brutaux pouvant être observés dans les comportements de ceux qui sont soumis à des pressions particulièrement fortes : étaient ainsi mentionnées des réactions totalement imprévisibles, une double personnalité chez des individus se montrant tantôt très sympathiques, tantôt totalement odieux, des réactions totalement « hystériques », des phénomènes de vieillissement chez des personnes jusque-là particulièrement dynamiques, des processus de détérioration mentale et psychologique. Mon maître ès diagnostic, Jean Bergeret, dirait que tout cela signe une personnalité limite basculant dans une structuration psychotique de son psychisme.

Lorsqu'elle donne les principales caractéristiques de quelques-unes des modalités de **recherche du sens** (p.81) N. Aubert décrit un **système social extérieur qui ne permet plus l'intériorisation de règles sociales absentes**, donc la construction de l'instance Surmoi essentielle pour que le sujet atteigne le stade de la structuration psychique névrotique. L'hypothèse que je fais est que le sujet va alors prendre le groupe humain auquel il appartient comme objet anaclitique.

La description est encore plus claire lorsqu'elle décrit la quête de la forme hypermoderne de la transcendance : « toute les formes d'addiction contemporaines, tous les comportements compulsifs que l'on retrouve aussi bien chez les workaholics que chez les shootés de l'urgence ou les drogués de l'exercice physique. Tous ont en commun d'être à eux-mêmes leur propre

source de sens et de chercher dans un dépassement permanent de leurs limites une victoire sur la mort et la justification de leur propre existence. »

Enfin, à propos de la quête du sens sur le mode « marchand », N. Aubert distingue deux façons différentes : la première dans laquelle « la valeur marchande est intériorisée comme telle, on la prend à l'intérieur de soi, on y croit et elle confère un sens à la vie ;...dans la seconde, on se contente de prendre les signes de cet univers marchand et de les coller sur soi, presque comme une prothèse ». C'est en ces termes que se décrit la relation du sujet-limite avec ce que l'on appelle son « objet anaclitique ».

Jacques Rhéaume titre son article : « L'hyperactivité au travail, entre narcissisme et identité » et précise d'une façon qui apporte de l'eau à mon moulin : « *hyper est une expression qui désigne le trop, l'excès, l'au-delà d'une norme ou d'un cadre. Il entre dans le champ de signification des superlatifs avec une connotation de dépassement constant, de maximum, de situation limite.* » (p.93)

Nous sommes au cœur du débat que je veux ouvrir lorsqu'il écrit (p.98) : « *Cette poursuite de l'idéal, fondement du projet humain moderne, est en partie à la base de l'hyperactivité au travail. Mais elle peut être exacerbée ou amplifiée par les troubles de la personnalité. Dans une perspective psychanalytique, une quête narcissique de compensation peut prendre la forme d'une démonstration jamais satisfaite de sa valeur, d'un culte de l'image de soi (moi idéal), d'une recherche de confirmation sociale, d'une identification forte à des idéaux externes (idéal du moi). Mais ce narcissisme secondaire, souvent étayé sur des manques psychofamiliaux anciens peut être réalimenté par la répétition, sur d'autres scènes, notamment celle du travail, de blessures narcissiques* ».

Là, je suis bien d'accord. Et si c'était non seulement la scène du travail qui provoquait ces troubles narcissiques si bien décrits mais aussi l'ensemble des facteurs technologiques, économiques, culturels au sens anthropologique, qui créeraient une nouvelle « personnalité de base » (au sens que donnaient à ce concept R. Linton, *Culture and mental disorders*, 1956, Springfield, et Abraham Kardiner, *The individual and his society*, 1939, Columbia University Press) de type « personnalité limite » ? Est-ce seulement comme Jacques Rhéaume l'écrit plus loin : « *le rapport au travail ... [qui] dans de telles conduites hyperactives ne repose plus sur une construction identitaire structurante* », ce qui est une des caractéristiques de l'étiologie des patients-limites. Pour ma part je n'utiliserais pas « de façon métaphorique », comme le fait prudemment Jacques Rhéaume, cette formulation clinique : « *le rapport au travail serait dominé par une déviation narcissique pathogène sur fond de défaut d'une situation de travail satisfaisante* ».

Je pourrais continuer à cueillir ainsi chez tous ces auteurs les éléments qui me permettent maintenant d'avancer ma thèse : la catégorie nosographique et psychodynamique de la personnalité limite telle qu'elle a été décrite principalement par O.Kernberg (*Les troubles limites de la personnalité*, 1979, Privat), H.Kohut (*Le Soi*, 1974, P.U.F.), J.Bergeret (*Les états limites et leurs aménagements* in *Abrégé de psychologie pathologique*, 1972 Masson, et surtout, Les grandes structures de base, 4- les astructurations, in *La personnalité normale et*

pathologique, 1974, Dunod) et moi-même (*Les patients limites*, 1997, Desclée de Brouwer), me paraît plus éclairante et proche des caractéristiques de l'individu hypermoderne qu'ils ont analysé, que celle de la personnalité névrotique qui reste le référent théorique de ces sociologues.

Par exemple, le Moi idéal pré-oedipien a aussi son système de valeurs construit par ce que M. Klein appelait « le Surmoi archaïque sévère ». Ces valeurs sont encore plus exigeantes que celles du surmoi du névrosé. Dans l'adhésion de l'HH au système économique dominant, dans sa difficulté à prendre un recul critique, dans son conformisme aux musts de cette société – qu'il s'agisse du corps, de l'habillement, des consommations de vacances, de l'art, de musées – dont il est fort peu parlé dans ce livre – on peut, bien sûr, y voir la logique marchande et les comportements d'hyperconsommation. Mais l'excès peut dans certains cas outrepasser la simple logique capitaliste : on parle à juste raison du marché spéculatif de l'art ; mais les sommes colossales qui sont parfois dépensées par certains acheteurs – publics ou privés – font sortir ces actes du seul calcul économique et les situent entre le potlatch dans lequel la surenchère pour le prestige est fondatrice du pouvoir, et l'affirmation d'une transcendance de l'art qui relève du sacré.

A sa façon M. Maffessoli pose dans son article « De l'identité aux identifications » de *l'Homme Hypermoderne* la même question (p.155) : « *En quoi un idéal communautaire [celui des personnalités limites] serait-il plus nocif qu'un idéal sociétal [celui des personnalités névrotiques]? On peut, en tous cas, constater qu'il est l'occasion de chaleur humaine etc.* »

L'utilisation de la virtualité du Net, accueillie avec dédain lorsqu'on ne retient que la prodigieuse et envahissante capacité à faire voir d'abord des images – cela crée une communication moins réfléchie que le texte écrit ou parlé craignent les penseurs du livre ; J. Barus-Michel stigmatise « l'abandon de la pensée pour l'image » – offre des possibilités d'expérimentation d'autres « moi » que celui que le sujet est tenu de présenter dans le filet rigide de ses relations réelles, ainsi que le propose F. Jaurreguiberri. Comme la création cinématographique l'a permis, comme la littérature ! Voilà un nouveau champ possible d'extension du célèbre « Madame Bovary, c'est moi ».

Les changements des repères individuels dans la société hypermoderne occidentale, et cela concerne autant ses bénéficiaires que ceux qui y entrent, accompagnent les grands changements sociaux :

- La régression des religions monothéistes masculines et des institutions qui les représentent
- L'affaiblissement du rôle joué par les institutions organisatrices de la vie sociale : l'école, l'armée, l'Etat, le parti politique, le syndicat
- La mondialisation de l'économie et les bouleversements que cela provoque dans les structures économiques antérieures : économie nationale, rapport patronat/syndicat, délocalisations, disparition des patrons remplacés par des conseils lointains
- Le « triomphe » du système économique libéral qui comptait sur liberté, ouverture et progrès, et aboutit dans la logique capitaliste à une marchandisation du sens, à un mode dans lequel la consommation s'impose comme seule valeur de référence avec

comme repères l'efficacité, l'utilité, l'argent, la compétition et l'urgence, à l'inverse des valeurs d'épanouissement individuel et collectif et de resserrement du lien social

- L'évolution des places de l'homme et de la femme, biologiquement, économiquement, socialement, avec une montée du matriarcat et l'évolution des structures familiales (parent unique, homoparentalité, famille recomposée ou multiple...)
- Les transformations des technologies de l'information, avec une montée de l'image idéale : du corps, de la réussite, des hommes politiques etc.
- La perte de l'investissement symbolique positif sur le lieu de vie
- La multiculturalité

Cela conduit-il à élever des enfants – sujets – citoyens qui n'ont pas les moyens d'intérioriser les images positives du monde, de donner du sens aux messages contradictoires que leur adresse le Web et la télévision, de passer de l'émotion au raisonnement ? Le sentiment d'impuissance qui en résulte fait penser au sentiment d'impuissance de personnalité limitée.

Peut-être serait-il utile maintenant de rappeler ce qu'est la personnalité limitée. J'imagine que plusieurs d'entre vous la connaissent. Mais la décrire après avoir pris ce qui lui ressemble dans les textes qui traitent de l'HH va, je l'espère, donner du relief à ce rapprochement.

Cette catégorie nosographique comprend des patients dont les **symptômes, les comportements et même certains mécanismes profonds sont extrêmement variés**, ce qui, même au-delà du refus global de classification nosographique, conduit certains théoriciens à poser la question : cette entité nosographique existe-t-elle vraiment, n'est-elle pas un regroupement artificiel ? Ne s'agit-il pas seulement de paliers de transition entre psychose et névrose ? Leur « entre-deux » constitue-t-il un état différent de l'une ou de l'autre des deux grandes structures (structure névrotique et structure psychotique) ? Cet état a-t-il les caractéristiques d'une structure, en particulier sa stabilité, où est-il seulement un état instable ?

Notre expérience clinique nous fait suivre ici J. Bergeret (ouv.cité) : ce sont des **organisations stables** qui peuvent perdurer pendant toute l'existence d'un sujet. Mais ce sont des **organisations fragiles** qui peuvent à la suite de certains événements basculer vers l'une ou l'autre des structures. En particulier dans le cadre de la psychothérapie, ces patients peuvent très vite montrer une psychose de transfert, au moins limitée (par régression) ou rester longtemps immobile pour ne pas la vivre, cette immobilité pouvant se présenter comme l'atonie des obsessionnels aussi bien que l'agitation maniaque. La diversité des apparences s'explique par la différence et l'autonomie relative entre structures, défense, caractère et dynamique pulsionnelle.

Des patients de structure névrotique peuvent, par régression, vivre dans leur cheminement thérapeutique des moments et des positions caractéristiques des patients limites sans aller, bien sûr, jusqu'à la psychose de transfert.

Les patients limites utilisent des **modes de défense qui relèvent des périodes archaïques et qui sont utilisés par les psychotiques et des modes de défense utilisés par des patients névrotiques**. À côté du refoulement on trouve donc chez eux les modes de défense archaïques : le clivage, la projection, l'identification projective, l'introjection, l'identification primaire, l'idéalisation primitive, l'identification à l'agresseur, le déni, la condensation. Le clivage touche les images de Soi et les images d'objets plus que le moi et l'objet.

Le moi du patient limite a atteint un développement certain. Il a traversé les premiers âges comprenant la position autistique décrite par D. Marcelli (*Les états limites en psychiatrie*, 1983, P.U.F.), la position adhésive décrite par E. Bick (*L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoce*, in *Explorations dans le monde de l'autisme*, Meltzer D. et coll., 1984, Payot), la position symbiotique décrite par M.Klein (*Développements de la psychanalyse*, 1984, Payot) comme ce qui caractérise la position schizo- paranoïde. Ensuite, pour certains (O.Kernberg), la constitution de l'organisation limite se fait par :

- 1) insuffisante différenciation des images de soi et d'objets
- 2) insuffisante réfusio n des parties clivées bonnes et mauvaises des images de Soi et d'objet, travail théorisé par M.Klien comme ayant lieu au cours de la phase dépressive. Pour d'autres (J.Bergeret) le sujet a traversé les stades oral et sadique oral et le stade anal 1. C'est au cours du stade anal 2 de que le passage de la "divided-line" ne se fait pas, le patient entrant alors dans une période de latence, le stade oedipien n'étant jamais profondément abordé et franchi.

Il semble bien que nous ayons là la **bordure inférieure** (post-psychotique) et la **bordure supérieure** (pré-névrotique) de ce que A. Green (*La folie privée, psychanalyse des cas limites*, 1990, Gallimard) appelle « **l'étendue limite** ». A. Lowen (*Gagner à en mourir, une civilisation narcissique*, 1987, Hommes et groupes) aussi répertorie des causes très archaïques et des causes quasi-oedipiennes à la problématique narcissique et limite.

Les auteurs pour en décrire l'**étiologie**, combinent les explications liées aux **traumatismes** et les explications liées à **l'interaction entre la relation aux parents et/ou à la mère avec les données liées aux caractéristiques du sujet** (force constitutionnelle de l'agressivité, histoire antérieure).

Les auteurs combinent des explications liées à la **fixation due à un manque et à la fixation du à un excès de satisfaction** par comparaison aux satisfactions et aux frustrations rencontrées par le sujet dans les phases ultérieures de développement (phallique, début de l'Oedipe) ce qui - comme dans le cas de la théorisation freudienne de l'étiologie de la névrose obsessionnelle - inclut la régression dans la constitution même de l'organisation.

Les caractéristiques les plus souvent évoquées sont : faible résistance du moi à la frustration et à l'angoisse, manque de contrôle pulsionnel et émotionnel, difficulté à sublimer et à symboliser.

Ces patients font des **passages à l'acte**, en particulier de contenu agressif. Ils n'ont **pas un concept Soi clair et intégré** et sont caractérisés par une **grande de labilité émotionnelle** ce qui donne une personnalité floue et « comme si ».

L'angoisse dominante est la perte de l'objet entraînant la dépression (J.Bergeret, ouvr.cité) pour la limite supérieure, **l'angoisse de séparation et d'intrusion** (A.Green, ouvr.cité) pour la limite inférieure.

Le Surmoi est peu développé, l'idéal du moi est toujours fort. Les conflits des mois idéaux parentaux sont introjectés. La relation d'objet est soit de **forte dépendance à l'objet significatif, de type anaclitique**, et très fortement ambivalente même si une seule valence n'est qu'apparente. La relation aux autres objets est faible avec le sentiment de solitude, de manque d'intérêt pour les autres et la vie en général.

L'appareil à penser est mal construit : difficultés à symboliser, à sublimer, à relier expérience et pensée

- La relation infantile est moins étroitement rattachée à la mère en tant qu'objet que pour les psychotiques ou l'enfant au stade oral. **Les deux parents sont présents, combinés et ou clivés en bons et mauvais.** La différence sexuelle des parents n'est pas inscrite psychiquement, elle est plutôt perçue dans des **rôles** différents, dépulsiionnalisés libidinalement
- **La sexualité des patients limites n'est que faiblement inscrite** psychiquement et leur comportement ne se ne sont pas clairement marqués par la différence sexuelle, si bien que leur défense dominante pour contrôler l'objet significatif n'est qu'un pseudo-phallisme.

La forte dépendance à l'objet significatif, les **fréquents échecs** de leurs espoirs et illusions irréalistes liés à un idéal du moi puéril parfois gigantesque (à dominante narcissique), l'échec de leurs efforts pour s'assurer le monopole de l'objet anaclitique sont la source de **honte** et de **dégoût**.

Pour ce qui concerne la technique thérapeutique nous avons vu une diversité d'opinion importante chez les auteurs qui ont traité directement la problématique limite. De ceux qui ne changent rien de la technique psychanalytique classique (J.Bergeret, ouvr.cité) à ceux qui dans le cadre psychanalytique classique changent le contenu des interventions (A.Green, ouvr.cité : donner des relations tertiaires ; O.Kernberg : la psychothérapie interprétante) mais aussi ceux qui changent le cadre (O.Kernberg : établissements de limite afin d'empêcher l'acting-out du transfert dans l'analyse avec la mise en place de structures dans la vie externe du patient aussi importantes que nécessaires pour le déroulement de l'analyse, pouvant aller jusqu'à l'hospitalisation), enfin ceux qui considèrent que les modifications très importantes de la technique psychothérapeutique est indispensable (M.Balint, *Le défaut fondamental*, 1977, Payot, et M.Little, *Des états limites, l'alliance thérapeutique*, 1992, Des femmes, à la suite de D.W.Winnicott, *Le processus de maturation chez l'enfant*, 1978, Payot, et moi-même).

Beaucoup d'auteurs soulignent la part importante du **contre-transfert** dans la thérapie des patients limites, de la difficulté de ce travail pour le narcissisme du thérapeute qui doit être suffisamment analysé.

Le Moi-corps, celui du système corporel et du système émotionnel doit être le siège d'un certain nombre d'opérations, pas seulement psychiques, et qui sont le soubassement corporel

et émotionnel de la capacité du moi à ne pas **être submergé par les émotions**. Les aspects économiques du quantum d'énergie, de pulsions, d'affects et d'émotions sont importants pour les patients limites.

Ce que M. Pagès (*Trace ou sens, le système émotionnel*, 1986, Hommes et groupes) examinant les théories formulées en psychologie à ce sujet, appelle la « théorie disruptive de l'émotion » reproduit la réalité des effets de l'émotion pour les patient limites ou pour des patients névrosés régressés jusqu'à une position limite (au niveau des défenses qu'ils mettent en oeuvre dans leur régression, pas dans leur « structure »).

Pour nous la problématique des patients-limites est bien une problématique narcissique. Si on la regarde du côté de la psychose sur la bordure la plus archaïque, c'est une maladie dont les causes sont dans les traumatismes liés au **narcissisme primaire**. Si on la regarde du côté de la névrose, c'est une maladie du **narcissisme secondaire**. **En réalité c'est une maladie du passage de l'une à l'autre.**

Le narcissisme primaire doit être suffisant pour que se constitue le moi unifié, une image de soi entière, un sentiment assuré d'être et que le narcissisme secondaire se mette à fonctionner à son tour de façon normale. Le patient-limite est celui qui ne franchit pas cette zone. Le psychotique n'a pas de narcissisme secondaire, il ne peut pas vivre seul, c'est-à-dire que si l'objet est absent il ne parvient pas à faire fonctionner toutes les fonctions du moi de façon autonome. L'autre ne constitue. Dans le cas limites, le moi est constitué mais pas assez fort pour intriquer les pulsions. L'autre le complète. Le problème des patients-limites n'est pas leur « pensée » mais l'autonomie du psychisme, du mental, par rapport à leurs pulsions, de l'intellect par rapport aux émotions.

Dans son très beau livre « Qui est je ? » Vincent de GAULEJAC fait une synthèse des changements sociaux et de leurs conséquences psychiques :

« La modernité dessinait les contours d' une société stable, organisée à partir d' un pouvoir central, à l' intérieur d' un territoire délimité par des frontières identifiables, cadrées symboliquement par des référents clairs entérinés par la Loi, l' éducation, structurées autour d' institutions vénérables, fortement ancrée dans une culture ancienne, des hiérarchies fortes et respectées. Les distinctions de classe, de diplôme, de statut, d' ancienneté fondaient un ordre social sans aucun doute inégalitaire et injuste mais structurant. Autant d' éléments qui suscitaient une personnalité dominée par le surmoi, l' angoisse de castration, le sentiment de culpabilité face à la transgression, l' intériorisation de la loi, le respect de l' autorité.

« L'hypermodernité dessine les contours d'une société fluide, globale, polycentrée, déterritorialisée. Une société qui déborde les frontières, qu'elles soient administratives, nationale, géopolitiques, économiques, culturelles ou intellectuelles. Les distinctions de classe se délitent à l'aune de l'éclatement des classes sociales traditionnelles comme la bourgeoisie ou la classe ouvrière. Les référents symboliques qui fondaient les cadres sociaux se brouillent. La norme est au changement permanent, à la mobilité à la flexibilité, à la réactivité et à l'instantanéité (Aubert, 2003). Autant d'éléments qui nécessitent un fonctionnement psychique

dominé par le narcissisme et un moi flexible, volatil, adaptable, ouvert à la polysémie du monde. Il ne s'agit plus de s'attacher dans la durée, mais de flotter au gré des rencontres des péripéties affectives et professionnelles. Le sujet n'advient plus dans la maîtrise, la volonté, la force morale, mais dans le dépassement des limites, l'excès, la capacité à louvoyer dans les contradictions du monde, dans sa capacité à se dégager des injonctions paradoxales qui l'assaillent de toute part ».

Il faut faire cette hypothèse : les structures psychiques telles que les théorisent Freud et la psychanalyse, en faisant du père et du nom du père le garant de l'interdit l'inceste fondateur du lien social, ne sont-elles pas fonctionnellement identiques aux structures patriarcales venues des sociétés patriarcales anciennes ?

Les anthropologues cherchaient pendant la première moitié du XXe siècle à caractériser la « personnalité de base » dans différentes cultures. Ce que la psychanalyse décrit comme l'aboutissement « normal » des stades du développement humain, la structure psychique névrotique, n'est-il pas en train de changer avec notre société ? **La « Personnalité limite » est l'état psychique normal de l'homme hypermoderne « normal », avec, par ailleurs, ses diverses formes de pathologies.**

Si j'ai choisi de donner à mon dernier livre le titre « Les personnalités limites », Eyrolles, 2011, alors que j'avais intitulé celui que j'ai publié en 1997 « Les patients-limites », c'est parce qu'avec l'expérience et la réflexion, principalement sur la part des données d'ordre sociologique dans la construction de cette organisation psychique, l'idée s'est imposée progressivement à moi qu'il ne faut plus – ainsi que le fait tout le courant psychiatrique et psychanalytique – considérer cette organisation psychique comme un « défaut », une erreur dans le développement de l'être humain. C'est ainsi qu'elle apparaît dans les travaux de Kernberg et de Bergeret.

Par rapport au modèle freudien des stades de développement, l'état limite est celui d'un sujet qui n'accède pas au stade génital-oedipien qui est l'aboutissement « normal » du développement. Les théories psychanalytiques se sont trouvées avec un problème identique dans le débat sur la place de l'homosexualité par rapport au modèle du développement psychosexuel freudien.

Le rôle joué par les facteurs sociologiques dans la construction psychologique est traité comme si celle-ci contenait des invariants (les facteurs sociaux) et que les facteurs psychologiques avaient leur nature et leurs lois propres indépendamment, les pathologies ne venant que d'un dysfonctionnement des seuls facteurs psychologiques. A l'opposé, tout au long du XXème siècle, le mouvement « Culturaliste » (K.HORNEY, 1922,1950) a insisté sur l'importance des normes sociales dans la construction du sujet psychologique.

Lorsque j'affirme que le Personnalité limite est l'organisation psychique normale dans la société occidentale du XXIe siècle, avec ses pathologies propres, et que la personnalité de structure névrotique n'est normale que par rapport à la société patriarcale occidentale du XIXe siècle, je libère la compréhension de cette organisation psychique du modèle des stades de développement tel que Freud le décrit tout en conservant la notion de stades de développement.

Une des difficultés est de décrire cette organisation psychique en abandonnant une partie des concepts théoriques freudiens tout en en conservant certains. La théorisation systémique que PAGES et moi proposons garde la notion de stades du développement, la notion d'instances psychiques – en particulier celle d' « Idéal du moi » - mais elle rejette la notion d'autonomie quasi absolue du psychisme par rapport au somatique telle qu'elle ressort du modèle freudien et, davantage encore, lacanien. Le modèle systémique a le mérite de penser l'interrelation entre les facteurs corporels, les facteurs psychiques et les faits sociaux, interrelation qui existe de toute évidence.

La Personnalité limite n'est pas une pathologie. C'est une organisation psychique particulière avec ses caractéristiques propres. Elle est peut-être en passe de devenir la plus fréquente dans les sociétés occidentales développées. Elle a ses formes de pathologie et il est important d'apprendre à distinguer ses manifestations normales et pathologiques.

D'ailleurs, aujourd'hui, une personnalité limite normale ne peut-elle pas accéder aux plus hautes fonctions de l'Etat ?

Voici quelques-unes des questions auxquelles tout cela conduit :

- La question de mutations du psychisme : De la même façon que DARWIN a mis en évidence les mutations du biologique, y-a-t-il des mutations du psychisme ? Je pense que c'est de cela qu'Auguste COMTE avait l'intuition quand il a formulé sa loi des trois états de l'Humanité : l'animiste, le théologique et le Positif (le rationnel)
- Une illustration est le basculement de la perception intégrant les lois de la perspective à la Renaissance
- La question du modèle théorique de fonctionnement du psychisme (freudien ; post-freudien)
- La question sur la situation d'anomie (temporaire ?)
- La question du Normal et du pathologique
- La question sur l'impossibilité d'échapper à l'ethnocentrisme historique, avec les croyances sur le fonctionnement psychique éternel : cf la compréhension de l'homosexualité considérée comme une perversion et une pathologie jusqu'aux années 50.
- La question sur les Pratiques psychothérapeutiques et les modèles qui les sous-tendent, avec les conséquences sur l'accompagnement psychothérapeutique vers ce qui est considéré comme normal.
- La question sur l'articulation entre Sujet social et sujet individuel dans l'épistémologie de la Complexité

Bibliographie

- AUBERT, N., (2004), *L'Individu hypermoderne*, Toulouse, Érès (ouvrage collectif).
 BERGERET Jean., (1974) *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod
 FOURCADE, J.-M. (2010). *Les Patients Limites, Psychanalyse intégrative et psychothérapie*. Paris, Erès.

- GAULEJAC (de) Vincent., (2009) Qui est « Je » ? Sociologie clinique du sujet., Seuil, Paris
GREEN André.,(1990) La Folie privée, Folio, Paris, 2003
HORNEY K., *La personnalité névrotique de notre temps*, L'Arche, Paris, 1997
KERNBERG O., *Les troubles limites de la personnalité.*, Paris, Dunod, 1997
PAGES Max. (1993). *Psychothérapie et complexité*. Paris: Desclée de Brouwer.

Paris, le 19 octobre 2013

Colloque de la SFPI

Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet ?

Jean-Michel Fourcade

Psychanalyste

Psychothérapeute

Président de la SFPI et de l'AFFOP

Directeur de la Nouvelle Faculté Libre

6, rue Beauregard

75002 Paris

nfl@wanadoo.fr

L'INDIVIDU HYPERMODERNE : VERS UNE MUTATION ANTHROPOLOGIQUE ? Nicole Aubert

Préambule : ce texte fourni par Nicole Aubert est le texte devant servir de base à son intervention du 19 octobre.

Les mutations économiques, technologiques, sociales et culturelles de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle ont conduit à l'émergence d'un individu nouveau, dont les manières d'être, de faire, de ressentir, diffèrent profondément de celles de ses prédécesseurs. Certaines découvertes scientifiques, la mondialisation de l'économie et la flexibilité généralisée qu'elle entraîne, avec ses exigences de performance et de réactivité toujours plus grandes, de même que la révolution survenue dans les technologies de la communication jouent un rôle essentiel dans l'avènement de cet individu d'un nouveau type. Le triomphe de la logique marchande et l'éclatement de toutes les limites ayant jusque-là structuré la construction des identités individuelles contribuent aussi à définir ce qu'il est, ce qu'il éprouve et ce dont il souffre. Cet individu, nous l'avons qualifié d'hypermoderne, pour mettre l'accent sur la notion d'excès et de dépassement qui caractérise notre société de modernité exacerbée.

Il s'agit d'essayer de comprendre et d'expliquer de quelle façon les bouleversements que nous venons d'évoquer affectent l'homme dans son identité la plus profonde, dans sa manière d'éprouver des sentiments, dans son rapport au temps, au corps, aux autres, ainsi que dans les pathologies qui l'affectent. Pour tenter de répondre à cette question, plusieurs chercheurs de différentes disciplines des sciences humaines se sont réunis dans un colloque⁵, d'abord, autour d'un livre ensuite⁶. Le portrait de l'individu contemporain qui s'est ainsi dégagé présente des facettes contradictoires : centré sur la satisfaction immédiate de ses désirs et intolérant à la frustration, il poursuit cependant, dans de nouvelles formes de dépassement de soi, une quête d'Absolu, toujours d'actualité. Débordé de sollicitations, sommé d'être toujours plus performant, talonné par l'urgence, développant des comportements compulsifs visant à gorger chaque instant d'un maximum d'intensité, il peut aussi tomber dans un « excès d'inexistence », lorsque la société lui retire les supports indispensables pour être un individu au sens plein du terme.

Une question s'est posée, au cours de l'exploration de cet individu hypermoderne, que Marcel Gauchet soulève dans la conclusion de l'ouvrage : assistons-nous à une mutation anthropologique de l'individu ? Soit, en effet, résume-t-il, on considère que *fondamentalement l'humanité reste la même, qu'il demeure donc une sorte d'invariance anthropologique, mais*

⁵ *L'individu hypermoderne*, colloque organisé par l'ESCP-EAP et le laboratoire de Changement Social de l'Université Paris 9 Dauphine, 8 au 11 septembre 2003.

⁶ Nicole Aubert (sous la direction de) : *L'individu hypermoderne*, ERES, 2004

que, en revanche, l'environnement se modifie de façon tellement importante que l'expression de cet invariant diffère profondément de ses expressions antérieures. Dans ce premier cas, c'est le même individu qui se manifeste et s'exprime autrement. Soit on considère au contraire qu'il s'est produit une sorte de mutation anthropologique, c'est-à-dire une altération de la constitution même de l'invariant, ce qui suppose qu'il existe, dans une certaine mesure, des humanités successives, avec des différences profondes dans la manière de s'organiser et de se manifester du genre humain.

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons retenu cinq registres sur lesquels d'importantes mutations se sont produites : le rapport au corps, le rapport au temps, le rapport aux autres, le rapport à soi-même, le rapport à la transcendance. A travers eux, nous allons tenter d'apprécier l'ampleur des modifications qui se sont produites.

Le rapport au corps : d'un corps asservi à un corps auto-créé

Le rapport que nous entretenons à notre corps a subi une mutation profonde, étalée sur les dernières décennies. Jusqu'à il y a une soixantaine d'années environ, notre corps était asservi : à la maladie, à la douleur, à la maternité. Sur le premier point, le changement majeur s'est produit avec la découverte des sulfamides et des antibiotiques qui a révolutionné la médecine entre 1936 et 1945. Jusque-là, le médecin, même s'il comprenait bien les pathologies, les guérissait rarement. A présent, non seulement il y parvient dans un grand nombre de cas mais le retour à la santé devient un droit que le patient exige, parfois sous menace de procès. Concernant la douleur, Michel Serres raconte dans son ouvrage *Hominescence*⁷ comment il a vécu, à la fin des années 60, la crevasse qui a commencé à séparer des générations formées à la souffrance permanente de celles qui se scandalisent de la plus petite irritation. Et il montre comment les préceptes austères des sages d'autrefois, qu'elles soient stoïciennes ou chrétiennes, avaient pour but d'entraîner la volonté à faire face aux contraintes inévitables de la souffrance et de la mort précoce. Aujourd'hui, au contraire, l'homme devient responsable de la durée et de la qualité de sa vie. Il sait qu'il peut jouer un rôle dans le déclenchement des pathologies, puisque nombre de maladies – cancers, maladies cardio-vasculaires, notamment dépendent du tabac et de l'alcool, de l'alimentation et de l'exercice physique. Devenu en quelque sorte médecin de lui-même, il choisit ou refuse la mort précoce et la santé. Nous sommes ainsi entrés dans l'ère que Michel Serres appelle « thanatotechnique ». Quant à l'asservissement à la procréation, il est à peine besoin de rappeler combien les nouvelles techniques de maîtrise de la fécondité ont libéré les femmes d'un asservissement remontant à l'aube de l'humanité et ont généré, dans le même temps, un changement profond dans les comportements sexuels et un bouleversement complet des relations entre les hommes et les femmes.

Mais la mutation qui s'est produite ne se limite pas à cette libération des asservissements anciens, il s'agit aussi, maintenant, de pouvoir se créer un corps nouveau, à l'image de son désir,

⁷ Le Pommier, Paris, 2001 (rééd. Le Livre de Poche, 2003)

d'où les innombrables recours à la chirurgie esthétique pour le remodeler et le façonner à sa guise, et surtout pour rendre ce corps éternellement jeune, afin que le temps s'abolisse et que soient reculées les frontières de la mort, non seulement par rapport à la maladie mais aussi par rapport à l'apparence physique. D'un corps asservi et dominé par la nature, nous sommes donc passés à un corps auto-façonné, tant dans son fonctionnement interne que dans son apparence, et bientôt un corps auto-fabriqués, quand les techniques de clonage auront parachevé ce processus d'auto-engendrement.

Le rapport au temps : de la soumission au temps à la tyrannie du temps

Notre rapport au temps a fait l'objet d'une accélération continue, mais qui s'est singulièrement radicalisée cette dernière décennie. Au fond, nous sommes passés d'une période où nous étions soumis au temps, nous nous insérions dans les contraintes du temps - mais sans violence- à une période où nous ne cessons de violenter le temps pour en tirer le maximum de profit et de plaisir. Jadis, nous nous coulions dans les rythmes du temps, qu'ils soient scandés par les cloches du couvent, à l'époque des travaux des champs, ou par celle des beffrois, au temps du négoce et des marchands, puis, plus tard, par celle des horloges pointeuses dans les usines. Le temps des individus était rythmé par les obligations de la vie sociale et du travail, c'était un temps contraint, partiellement, mais qui ne débordait pas les individus. Nous ne tentions pas de forcer le temps. La grande mutation qui s'est produite, c'est que désormais l'individu veut dominer le temps, il veut en être maître, aboutissement ultime de la logique capitaliste pour laquelle « le temps, c'est de l'argent » et qui s'est traduite par une accélération de plus en plus forcenée. Cette volonté de dominer le temps a, bien sûr, un soubassement économique puisque la compétition a basculé dans le champ du temps, avec la dictature du temps réel qui sous-tend l'économie, et que c'est en gagnant du temps qu'on conquiert de nouveaux marchés. Mais la radicalisation extrême de cette logique d'accélération, commencée à l'aube du capitalisme, s'est produite avec l'avènement, puis la généralisation, du règne de l'urgence, une urgence en passe de devenir un mode dominant de régulation collective et qui implique de faire le maximum de choses en toujours moins de temps. Une urgence qui renvoie à « *un temps social raréfié* » qui nous presse d'agir de plus en plus vite pour en tirer avantage et qui constitue une « *violence du temps..., un temps qui aurait pris le pas sur l'homme* »⁸ et que l'on cherche plus que jamais à maîtriser.

D'un côté, donc, une urgence qui constitue une violence du temps, de l'autre, une instantanéité qui permet une illusion de maîtrise du temps. Le sentiment de pouvoir vaincre le temps s'est en effet encore accru grâce à l'instantanéité et la délocalisation permises par l'avènement des nouvelles technologies de communication : mail, téléphone mobile ou internet. Beaucoup de témoignages recueillis au cours de la recherche que nous avons menée sur *Le culte de*

⁸ LAÏDI Z., *Le Sacre du présent*, Flammarion, Paris, 2000

*l'urgence*⁹ et de celle que Francis Jauréguiberry¹⁰ a consacrée à l'impact des téléphones mobiles sur le rapport au temps montrent à quel point, grâce à ces technologies, les gens vivent le sentiment de s'approprier le temps, d'en être maîtres, d'en déjouer les pièges, de jongler avec lui. En un mot d'être (en partie au moins) affranchis des contingences de l'espace et du temps, puisqu'ils peuvent désormais être là (joignables) sans être localisables en un endroit précis, et régler une quantité de problèmes sans bouger de chez eux. D'où un sentiment d'ubiquité existentielle, une impression de pouvoir être partout à la fois en tenant la terre entière au bout de

Ainsi, d'un côté, l'individu peut avoir l'illusion de maîtriser le temps. Et il le maîtrise en partie. De l'autre, il est sans cesse rattrapé par le temps puisque la technologie qui permet le gain de temps implique, précisément, d'en faire toujours plus. Il est alors tyrannisé par l'urgence, débordé par le temps, notamment dans sa vie professionnelle, et finalement prisonnier d'un temps qu'il a essayé de forcer. Le dénominateur commun de ce double rapport au temps, c'est la volonté de maîtrise, la violence et la domination : d'un côté, l'individu (en tant qu'*homo oeconomicus*) violente le temps dont il veut être maître, qu'il veut s'approprier. De l'autre, il est tyrannisé par le temps et son dernier avatar, l'urgence, qui l'enserme de toutes parts.

Le rapport aux autres : des relations flexibles et éphémères

On peut appréhender le changement dans la relation à l'autre sous deux aspects, tous deux découlant partiellement des modifications induites par les nouvelles technologies de la communication que nous venons d'évoquer et par l'instantanéité qu'elles génèrent.

Le premier aspect concerne une sorte d'addiction à la communication. Comme le fait observer très justement Marcel Gauchet (op.cit.), avec les nouvelles technologies de communication, se développe une attitude du type « j'existe dans la mesure où je suis branché », ce qui s'accompagne d'une incapacité de se représenter autrement que « en rapport avec ». Il montre bien comment cette nouvelle attitude s'inscrit à l'encontre de toute une philosophie de l'individualité, remontant aux stoïciens, qui mettait l'accent sur la propriété de soi, l'idéal de l'humanité étant de se posséder, c'est-à-dire d'avoir la maîtrise de son rapport à l'extérieur. De cette éthique de soi découlaient la capacité de solitude, la valorisation de l'imaginaire et des activités intellectuelles. C'est donc cette autonomie du sujet de raison « où l'explication avec l'autre est subordonnée à la capacité d'explication avec soi qui est mise à mal puisque, maintenant, l'existence subjective devient dépendante de l'extérieur, elle est subordonnée à la relation avec les autres ».

Le deuxième aspect, c'est que l'individu, inséré dans cette société où l'hyperconsommation devient la règle, société flexible, sans frontières et sans limites, société fluide ou « liquide », pour reprendre l'expression de Zygmund Bauman¹¹, semble avoir du mal à éprouver de

⁹ Flammarion, Paris, 2003 (rééd. Champs Flammarion, 2004)

¹⁰ *Les branchés du portable*, PUF, Paris, 2003

¹¹ BAUMAN Z., *Liquid Modernity*, Cambridge, Polity Press, 2000

véritables sentiments. Claudine Haroche pose très bien la question lorsqu'elle demande ce qu'il advient des interactions « lorsque la flexibilité, la fluidité des systèmes économiques contemporains imposent l'immédiateté, l'instantanéité des relations, mettant à l'écart l'éventualité, voire la capacité de l'engagement dans le temps »¹² ? Pour dire les choses autrement : comment l'horizon à très court terme qui structure bon nombre des actions de l'individu contemporain se traduit-il dans sa façon d'entrer en relation avec les autres et dans les échanges qu'il peut entretenir avec eux ? Richard Sennett¹³, observant « la corrosion du caractère »¹⁰ qui affecte l'individu contemporain, souligne bien l'impossibilité de vivre des valeurs de long terme –fidélité, engagement, loyauté– dans une société qui ne s'intéresse qu'à l'immédiat et dans laquelle les exigences de flexibilité généralisée empêchent d'entretenir des relations sociales durables et d'éprouver un sentiment de continuité de soi, le tout au sein d'entreprises constamment disloquées et restructurées. Mais si le contexte économique donne le ton du changement permanent et de la flexibilité généralisée, la famille, comme le montre Christopher Lash¹⁴, prend le relais dans l'éducation qu'elle pratique désormais. Elle ne constitue plus en effet aujourd'hui le creuset qu'elle a longtemps été, dans lequel se forgeaient des personnalités stables destinées à un monde où les places étaient clairement définies. Dorénavant, dans un monde où disparaît de plus en plus tout ce qui est continu, durable et solide, l'éducation familiale met l'accent sur la capacité d'adaptation et de changement et forme des personnalités « désengagées », flexibles, capables de construire et reconstruire des identités multiples. La même remarque est faite par

Shirley Turckle¹⁵, étudiant les mutations de l'identité à l'époque Internet et observant que « ce qui est maintenant décisif, c'est la capacité d'adaptation et de changement », préférées à la stabilité, désormais considérée comme rigide. Des personnalités branchées, donc, mais

Quant aux engagements durables et attachants, Dick Pountain et David Robins dans leur étude sur *L'esprit cool*¹⁶, montrent comment ils ont été remplacés par des rencontres brèves, ordinaires, éphémères et interchangeable, « *des rencontres où les relations commencent aussi vite qu'elles cessent* ». Les liens sociaux sont plus nombreux qu'avant, plus faciles à établir plutôt, mais ils sont plus fragiles. Le bouleversement du marché amoureux par l'explosion des sites de rencontre sur Internet en est aussi une illustration : de plus en plus de connections et de rencontres possibles, sans commune mesure avec le nombre de partenaires qu'un homme ou une femme pouvait, jusqu'il y a peu, rencontrer à l'échelle de toute sa vie, mais pour quelle durabilité ? C'est cette éphémérisation des relations qui paraît profondément représentative de la relation à l'autre à l'ère hypermoderne.

¹² HAROCHE C., « Manières d'être, manières de sentir de l'individu hypermoderne », in *L'individu hypermoderne*, op. cit

¹³ SENNETT R., *Le travail sans qualités*, Paris, Albin Michel, 2000.

¹⁴ LASCH C. *Haven in a heartless world*, Basic Books, New-York, 1977 ; *La culture du narcissisme*, Climats, 2000

¹⁵ TURCKLE S., *Life on the screen. Identity in the age of Internet*, New-York, Touchstone, 1997

¹⁶ POUNTAIN D., ROBBINS D., *L'esprit cool*, Editions Autrement, Paris, 2001

Dès lors, privé du temps et de la durée qu'exigent les sentiments, l'individu hypermoderne, demande Claudine Haroche¹⁷ peut-il encore éprouver autre chose que des sensations ? Sentir, continue-t-elle, « *peut-il encore être de l'ordre du sens et du sentiment, inscrits dans la durée*¹⁸ » et ne tendrait-il pas maintenant à se confondre avec la seule sensation, celle qui est éprouvée dans le flux ininterrompu des événements et des changements dans lesquels l'individu est désormais plongé ? C'est bien la conclusion à laquelle est arrivé Michel Maffesoli¹⁹ qui observe que, chez toute une partie des individus contemporains, la jouissance du sentir, de l'émotion partagée, a clairement supplanté la recherche d'un engagement dans des sentiments durables. C'est à un processus de glissement que l'on assiste, explique-t-il, *glissement de l'individu, pourvu d'une identité stable* et « exerçant sa fonction dans des ensembles contractuels », à la personne « *aux identifications multiples* » et jouant des rôles variés dans des tribus affectuelles.

Le rapport à soi : un individu « dans l'excès »

Quand on essaie de capter ce qui caractérise le comportement de l'individu hypermoderne, produit de notre société d'hyperconsommation²⁰, sans frontières et sans limites, un des aspects qui nous a le plus frappé, c'est la notion d'excès. L'individu hypermoderne ne se contente pas de vivre dans un changement permanent, il est pris dans des situations ou développe des comportements marqués par l'excès : excès de consommation, excès de jouissance, caractérisé par un « toujours plus », une sorte de devoir de jouissance, mais aussi excès de pressions, de sollicitations, de stress. C'est un individu qui, en quête de performances toujours plus grandes, se brûle dans l'hyperactivité, tout en se débattant dans un rapport au temps toujours plus contraignant, un individu qui, parfois, se « défonce », que ce soit dans la toxicomanie, le sexe ou les sports extrêmes. Il est en cela l'envers absolu de l'honnête homme des siècles classiques, celui de la juste mesure et de l'équilibre, qui fut longtemps l'idéal moral et social et dont on ne parle plus aujourd'hui, tant il a quelque chose de désuet, voire de ringard, au regard de ce que valorise la société contemporaine.

Les différents types d'excès dont nous parlons ne signifient pas pour autant que tout un chacun vit ainsi, mais simplement que cette problématique est présente chez beaucoup d'individus, qu'ils y aspirent ou qu'ils y soient contraints et que c'est cette dimension là, dans le rapport à soi-même et à l'existence que l'on mène, qui paraît caractéristique de l'hypermodernité. Ainsi, pour ce cadre rencontré lors de notre recherche sur l'urgence et le temps, qui déclarait « je vis en permanence dans l'urgence, la pression, le débordement, la cavalcade, la fuite en avant.

¹⁷ HAROCHE C., « Discontinuité et insaisissabilité de la personnalité : le rapport au temps dans l'individualisme contemporain », dans Zawadsky P. (sous la direction de), *Malaise dans la temporalité*, Publications de la Sorbonne, 2002

¹⁸ HAROCHE C., *op. cit*

¹⁹ MAFFESOLI M., « De l'identité aux identifications », in *L'individu hypermoderne*, 2004, *op.cit*

²⁰ LIPOVETSKY G., « La société d'hyperconsommation », *Le Débat* n° 124, mars-avril 2004 ; *Les temps hypermodernes*, Grasset, Paris, 2004

Moi, je ne pourrai jamais travailler dans un groupe dans lequel je ne vivrais pas en permanence à 200 à l'heure... on n'a jamais à se poser de questions, à devoir se foutre des coups de pied aux fesses pour avancer parce qu'on est emporté par le maelström de la vie, inondé par le quotidien... Une de mes adjointes me disait l'autre jour : « *je m'éclate, je m'explode, c'est une jouissance profonde à chaque instant de ma vie* ». A la question lui demandant pourquoi il était important de vivre à 200 à l'heure, il répondait sans hésiter : « *Parce qu'on ne voit pas la mort arriver* ». D'où cette cavalcade effrénée pour éviter de se poser des questions sur le sens de la vie et refouler l'angoisse de la mort.

D'ailleurs, les pathologies hypermodernes sont aussi, souvent, marquées par l'excès : pathologies alimentaires, qu'il s'agisse de l'anorexie ou de la boulimie, pathologies de la défonce toxicomaniaque, mais aussi pathologies de l'épuisement physique ou psychique, comme dans le burn-out, qui sont des pathologies résultant de cet « hyperfonctionnement de soi » auquel l'individu est soumis, qui l'oblige à fonctionner sur sa seule dimension énergétique et dont il ne peut sortir souvent qu'en « pétant les plombs » brutalement, comme une centrale électrique ou un circuit électronique soumis à une surchauffe prolongée et dont les connexions sautent d'un seul coup, comme sous l'effet d'un gigantesque court-circuit.

Le rapport à la transcendance : le dieu intérieur

La caractéristique la plus nette de la quête de sens contemporaine –et les études de Danièle Hervieu-Léger²¹ le montrent bien-, c'est son rapatriement dans l'ici et maintenant. Ce n'est pas la vie éternelle ou le salut de son âme que l'individu hypermoderne veut acquérir ou assurer, c'est un mieux-être dans l'immédiat. Dans les multiples formes que revêtent les nouvelles expressions de la religion, ce qui apparaît dans beaucoup d'entre elles, c'est la recherche d'une amélioration ici et maintenant, qui vaut pour elle-même, sans lien avec une éventuelle vie au-delà de la mort, et une quête d'efficacité en étroite correspondance avec les impératifs de la construction de soi, dans le contexte de la société concurrentielle.

Mais il est une modalité plus originale de cette quête de sens contemporaine, qui prend la forme de ce que nous avons appelé « *la transcendance de soi* ». Ce qui caractérise cette quête, c'est qu'elle se fait au nom de soi-même et que la source de sens, c'est soi-même, en tant qu'on est capable de se porter à ses limites les plus extrêmes, à l'incandescence de soi-même, pourrait-on dire. Mais la frontière entre cette quête de soi-même et la quête de Dieu est étroite et la transcendance de soi flirte sans cesse avec la quête non d'un Dieu transcendant, mais d'un Dieu qu'on porte à l'intérieur de soi, une quête de soi-même en tant que Dieu. Un manager l'évoque très bien lorsque, soulignant la nécessité de poursuivre une exigence qui le dépasse, il décrit celle-ci comme « *un Dieu instantané, un Dieu qui fait partie de soi, qui n'est pas quelque chose de froid, d'inaccessible et de lointain* ». Ce « Dieu instantané qui fait partie de soi », c'est bien un Dieu prêt à l'emploi qui se confond avec soi-même et c'est donc

²¹ HERVIEU-LEGER D., *La religion en miettes ou la question des sectes*, Calmann-Levy, Paris, 2001

bien soi-même en tant que Dieu qui constitue la transcendance à laquelle on se réfère pour avancer et s'orienter dans l'existence.

L'exemple le plus significatif de ce mode d'investissement est celui qui s'opère dans les sports à risque, les sports de l'extrême, où le sportif se mesure non seulement à des records mais aussi à l'épreuve de la mort. Dans ce cas, le sens paraît donné par la sensation unique éprouvée par le sportif de l'extrême, sensation qu'il cherchera à renouveler pour se sentir exister. Comme l'exprime David Le Breton²² : « *la limite physique vient remplacer les limites de sens que ne donne plus l'ordre social. Ce que l'on ne peut pas faire avec son existence, on le fait avec son corps* ». On retrouve là, transposés au registre des sports extrêmes, le constat que nous faisons plus haut, concernant les sensations, de même que la quête de jouissance dans la cavalcade et le débordement permanent que nous mentionnions dans témoignage de ce cadre et qui constituait pour lui une façon de se sentir exister et de tromper l'ennui, tout en conjurant l'angoisse de la mort.

A l'issue de ce tour d'horizon, il semble bien qu'un bouleversement considérable se soit produit au coeur de l'identité contemporaine et dans la manière dont l'individu d'aujourd'hui compose avec son environnement. Le cadre de cet article est trop étroit pour trancher la question qui se posait, de savoir si nous assistions à une mutation anthropologique. Les quelques indices rassemblés dans cet article devront être approfondis pour tenter d'apporter une réponse, si tant est que l'absence du recul des siècles ne rende pas cette réponse tout simplement impossible. Tocqueville, cependant, nous fournit un point de repère, dans l'observation étrangement prémonitoire qu'il faisait de ses contemporains il y a de cela un siècle et demi : « Du moment où ils désespèrent de vivre une éternité, ils sont disposés à agir comme s'ils ne devaient exister qu'un seul jour », écrivait-il. La mutation anthropologique semblait déjà en marche...

Nicole Aubert

Sociologue et psychologue,

Professeur à ESCP Europe et membre du laboratoire de Changement Social de l'Université Paris 7.

aubert@escpeurope.eu

²² LE BRETON D., *Conduites à risque*, PUF, collection Quadrige, Paris, 2002

PSYCHOPATHOLOGIE A L'EPREUVE DES DIFFERENTES APPROCHES THERAPEUTIQUES- Pierre Canouï

TEXTE A VENIR

Pierre Canouï

Pédopsychiatre, Psychiatre et Psychothérapeute
Docteur en éthique médicale - Université Paris Descartes

NOUVELLES SOUFFRANCES : NOUVELLE MATERNITE – Stéphanie Duchesne

Stéphanie Duchesne

Psychanalyste

Membre praticien agréé de la SFPI

stephanie_duchesne@yahoo.com

Voir la stérilité comme une souffrance il n'y a là rien de nouveau. Ce qui est nouveau, dans les souffrances observées chez ces personnes, femmes le plus souvent, est plus celles liées aux échecs, parfois nombreux et répétés, là où la médecine avance des possibilités techniques toujours plus pointues et sa toute-puissance scientifique pour résoudre leur "problème". Si, malgré l'ensemble des possibles déployés, la grossesse n'arrive pas, les patientes sont renvoyées à leur difficulté dont seul l'aspect mécanique a été envisagé. C'est faire fit du fait que c'est le ventre, l'intérieur du corps qui peut être objet d'angoisse, ou menacé de destruction. Il l'est par envahissement et intrusion de l'informe, c'est en tout cas ce que semble nous montrer la clinique des femmes infertiles. Je me souviens ici d'une patiente qui fût enceinte après un long parcours de PMA et qui disait de son ventre après le passage de l'enfant : "il est venu, il a foutu le bordel et il est reparti sans ranger sa chambre !". Quel désarroi ressenti par cette mère face à ce corps envahi puis laissé en l'état, comme « irréappropriable » par elle.

On le voit, la médecine et sa technique peut parfois forcer les défenses et permettre une grossesse avec des risques psychiques pouvant être majeurs pour la mère. Selon l'histoire de vie de chacune et son organisation défensive, la crise de la maternité va aboutir à des bouleversements plus ou moins profonds qui peuvent, dans certains cas, être vécus comme trop périlleux. Si cela ne peut se vivre sur un plan psychique, le corps peut mettre en acte cette impossibilité par un arrêt du processus à une étape plus ou moins avancée : stérilité, fausses couches, morts in utero. En effet, cette déstabilisation rejoint le concept de "breakdown" de Winnicott qui parle de la crainte de l'effondrement dans la réalité présente, mais en relation avec des expériences anciennes de la vie de nourrisson, et l'incohérence de son environnement. Par effondrement (breakdown), Winnicott entend des choses impensables qui sous-tendent l'organisation défensive. En clinique de l'infertilité notamment, la crainte de l'effondrement habite souvent les femmes qui ont une infertilité idiopathique et qui finissent par découvrir que l'expérience de la maternité, la grossesse et l'accouchement leur font craindre un "breakdown" décisif. Elle préfère la stérilité que cette expérience pour ne pas mourir.

Dans ma clinique, je ne reçois qu'en individuel et suis plus souvent en face de femme que d'homme, c'est pourquoi, bien que je pense que la constitution du couple est fortement signifiante, je ne peux envisager mon propos que sur un plan intrapsychique de l'un des partenaires (ici la femme) et pas sur le plan de la systémique du couple.

Les femmes d'aujourd'hui peuvent passer des années, parfois 20 ans ou plus, avec une contraception leur garantissant la maîtrise du fonctionnement de leur corps. La pilule contraceptive, en stoppant l'ovulation, leur permet même de choisir si elles veulent ou non avoir des règles qui sont, de toute façon, factices. La généralisation des tampons ajoute à cette tendance de voir les règles, sinon disparaître, être, pour le moins, invisibles.

Après des années, donc, de cette vie organisée autour du déni du corps féminin et de son activité fonctionnelle, l'expérience clinique montre que le désir d'enfant apparaît souvent tardivement dans la vie de ces femmes et, dans les cas où il est présent tôt (j'entends par tôt à l'âge où la fertilité de la femme est encore à un taux élevé), elle se retrouve confrontée au célibat subit qui dure.

En tout état de cause, il va être attendu de ce corps bloqué, dénié, qu'il se remette à fonctionner rapidement et efficacement pour réaliser ce désir, quand il apparaît, puisqu'il a été décidé que c'était maintenant le bon moment même si l'horloge biologique, pendant ce temps, a continué son chemin sans marquer de pause.

Chez ces patientes, j'ai pu observer des corps très cuirassées, au sens reichien. "Cette cuirasse rend l'individu moins sensible au déplaisir, mais elle réduit en même temps sa mobilité libidinale et agressive, ce qui entraîne, par contrecoup, *une réduction* de sa sensibilité au plaisir et *de sa puissance créatrice*²³". Je ne pense pas qu'en écrivant ces mots W. Reich pensait spécifiquement aux personnes infertiles, mais les mots employés ne peut que me faire penser à ces patientes.

Les patientes que j'accompagne ont le plus souvent un caractère prégénital et sont souvent très clivées. Je veux dire par là qu'elles sont souvent coupées, certes de leur vie pulsionnelle mais aussi de leur corps dans son ensemble. L'expression émotionnelle, tout comme son élaboration, semble par moment totalement impossible. J'imagine aisément qu'elles aient eu à mettre en place ce mécanisme de défense, certes archaïque et coûteux mais efficace, pour pouvoir supporter les souffrances faites à leur corps et leur psychisme dans leur histoire.

Je vous propose d'illustrer ce que nous venons de dire en détaillant le cas d'Ophélie une patiente dont le positionnement prégénital ne fait pas de doute.

Je rencontre Ophélie en octobre 2010, elle va avoir 38 ans. Elle vient après avoir appris sa stérilité, elle a une endométriose très étendue et surtout une très faible réserve ovocytaire pour son âge. Elle est en pré-ménopause.

²³ Reich W., L'analyse caractérielle, page 287

C'est une belle femme fine et longiligne d'environ 1,70 mètre avec de très longs cheveux noirs, elle est habillée tout en noir.

C'est une femme qui a très bien réussi professionnellement, elle occupe un poste convoité dans l'industrie du spectacle et gagne très bien sa vie. Elle partage sa vie entre son travail, des loisirs coûteux et des voyages au bout du monde. Elle est en couple depuis 11 ans mais non mariée avec un homme d'origine australienne et qui, dit-elle "ne l'épouse pas pour ne pas devenir français". Cette homme lui aussi affiche une brillante réussite professionnelle dans le même secteur d'activité que la patiente et partage avec elle les mêmes loisirs. Leur entente est décrite comme parfaite avec beaucoup d'amour, fusionnelle avec une grande complicité et animée par le partage de nombreux goûts en commun. Après le diagnostic de la stérilité, elle dit avoir ressenti un choc énorme et vient consulter parce qu'elle ne pense pas pouvoir dépasser seule cette "détresse". Ce qui caractérise ce moment illustre ce que nous disions précédemment du clivage corps-émotion / pensée car elle parle de sa "détresse" sans aucune émotion, aucune larme ni même une quelconque inflexion de voix.

La médecine lui annonce dès le départ que sa seule possibilité d'avoir un jour un enfant est de recourir à un don d'ovocyte à l'étranger (cette pratique est légale en France pour un couple mais ce don, anonyme et gratuit, induit une pénurie qui fait monter l'attente à plusieurs années ce qui pose problème pour cette patiente de 38 ans déjà). Extrémité à laquelle elle ne peut d'emblée se résoudre.

L'anamnèse nous apprend que la patiente est la seconde née (elle a une sœur d'un an son aînée) d'un couple dysfonctionnel empreint de brutalité verbale et de souffrance psychique.

Le père est décrit comme froid, brutal et violent avec la patiente dans son enfance et son adolescence.

La mère est décrite comme fragile, dépressive et suspicieuse, elle a perdu de façon tragique sa propre mère à 18 ans et s'est occupée de sa plus jeune sœur. Elle protégera physiquement la patiente quand le père s'en prendra à elle.

Elle se vit comme l'enfant préférée de la mère dont elle fait l'admiration par ses résultats scolaires d'abord, sa réussite professionnelle ensuite et avec qui elle partage une passion pour l'art. Ophélie se souvient avoir ressenti de la colère contre cette mère à l'adolescence. Elle vivait comme particulièrement insupportable cette suspicion permanente de tout et tout le monde et une peur omniprésente de tout pour sa fille. Le rapport mère – fille apparaît, superficiellement, comme fait de protection réciproque. Puis assez vite on voit que la mère vit essentiellement à travers cette fille admirée qui réussit. Elle garde précieusement tout article de journal qui parle des réussites professionnelles de sa fille. Cette mère qui n'a eu dans sa vie « que ses filles » se comporte vis à vis de la patiente comme une « fan ». Il apparaît ici une forme de fusion de la mère dans la fille. La mère vivant une vie professionnelle riche et notoire via sa fille et la fille est chargée, via sa vie et sa réussite, de faire jouir la mère dans une forme de sexualité agit hors génitalité. L'animus massif développé par la patiente me semble, à la fois, être l'outil de la jouissance de la mère et, en même temps, une défense contre l'envahissement maternel.

Dans la relation transféro-contre-transférentielle, la patiente me pose très souvent des questions directes pour chercher à savoir ce que je pense, je le vois comme un moyen de s'introduire en moi dans une tentative de reproduire un mode relationnel connu en fusionnant avec moi. Un jour Ophélie me raconte que depuis toujours quand elle retrouve sa mère elle lui saute dans les bras et lui touche les seins. J'ai, à ce moment-là, un mouvement facial de surprise que la patiente observe. Elle me demande pourquoi je suis surprise, elle ajoute : "toutes les filles font ça, non?". J'y vois à la fois un mode de contact archaïque de l'enfant qui cherche à téter mais aussi une forme de sexualité agit dans la relation à la fois complice et envahissante et qui n'a jamais marqué de limite, dans son corps même, face à cette fille dont elle n'a pu se séparer et qui, du coup, adopte toujours ce comportement à bientôt 40 ans.

A 27 ans, elle rencontre son compagnon actuel, un homme atypique physiquement, socialement et psychologiquement. J'apprends alors que cet homme ne veut absolument pas d'enfant, elle l'a d'ailleurs quitté pour cette raison il y a quelques années avant qu'il ne revienne vers elle acceptant l'idée "pour lui faire plaisir et parce qu'il veut qu'elle soit heureuse avec lui" mais en précisant bien qu'il était par contre hors de question qu'il s'occupe de l'enfant. J'apprends aussi l'absence de sexualité dans leur couple suite à cet épisode car depuis il est dans l'impossibilité d'éjaculer en elle, les rapports sont alors longs et finissent par être désagréables voire douloureux pour elle, la vie sexuelle génitale disparaît donc de leur quotidien. Par contre elle insiste sur le fait qu'ils partagent des moments de grande tendresse fait de câlins et d'enlacement, qu'ils s'endorment dans les bras l'un de l'autre et qu'elle est très heureuse et se sent très bien dans cette relation. Je m'interroge alors sur le sens de la démarche de procréation de la patiente. Elle n'a pas de relation sexuelle génitale et attend de la médecine qu'elle la mette enceinte. Quel puissant fantasme est ici à l'œuvre pour qu'elle s'imagine pouvoir être enceinte sans fécondation sexuée ? Est-ce un déplacement sur la médecine d'un fantasme parthénogénétique présent depuis toujours et non démenti par cette relation mère fille autosuffisante ?

Elle fait plusieurs fois, au cours de cette première année, un rêve dans lequel elle se voit accoucher d'une « crotte ». Ces rêves éveillent en moi deux axes de réflexion : L'idée d'une confusion anatomique entre rectum et vagin pas si rare dans la clinique de l'infertilité. J'ai en effet déjà pu observer cette confusion chez des femmes se fantasmant sans vagin pour se protéger contre une intrusion insupportable (plus souvent de la part de la mère que du père) et dont le seul orifice, comme chez l'homme, est l'anus. La représentation génitale est comme absente de l'image inconsciente du corps dévoilée par ces rêves et ce jusque dans l'enfantement.

D'autre part, j'y vois aussi, bien sûr, la représentation d'un enfant « fécalisé », soumis à son emprise, à sa toute puissance, sur lequel elle peut exercer son contrôle. Est-ce elle cet enfant « fécalisé » par la mère ? Cet enfant objectivé comme outil de valorisation narcissique qui subit l'emprise maternelle en se devant à tout prix de réussir et que cela se voit ?

Alors qu'elle avait vivement repoussée l'option du don d'ovocyte quand les premiers médecins lui avaient annoncé qu'il était le seul moyen d'avoir un enfant, elle révoque cette possibilité mais dit qu'elle a du mal à supporter l'idée de ne pas être biologiquement liée à cet enfant. Elle

rationalise, pour apaiser la tension que cette hypothèse fait naître, en se répétant que l'enfant aura 50% de son compagnon mais garde de grosses difficultés à imaginer la part qui ne sera pas d'elle. Elle fantasme la donneuse comme étant forcément moins bien qu'elle. Elle dit souvent, en évoquant l'hypothétique enfant « et s'il est bête ? ». Le vocable "bête" m'évoque ici le monstre dont Mélanie Klein parle quand des parents combinés s'accouplent. Ils vont fantasmatiquement donner naissance à ce "monstre" qui les détruira en tant que couple. Cette peur de destruction du couple par l'arrivée de l'enfant a été souvent évoquée au début du travail.

Cette hypothèse me semble intéressante ici car la confusion dans ce couple peut s'envisager à plusieurs endroits. D'abord la confusion masculin – féminin avec une femme à l'animus dominant et un homme vécu comme tendre, doux, compréhensif, attentif, et dénué de désir sexuel (peut être peut-on dire, tout à l'inverse du père brutal, violent et agressif qu'elle a subi dans l'enfance). Le choix du partenaire semble ici guidé par la recherche à la fois d'une représentation maternelle pourvoyeuse de tendresse et porteur de sa féminité déniée et d'un double avec des désirs et des goûts trop identiques pour être le tiers séparateur. On peut se poser la question de savoir si son désir d'enfant n'est pas finalement un moyen de se révéler à elle-même sa sexualité féminine en comblant ce sexe en creux non accepté inconsciemment (d'où le besoin de porter l'enfant et donc de ne pas avoir envisagé l'adoption).

L'orientation vers un don d'ovocyte se précise, dès lors il va apparaître que sa réticence vient du fantasme qu'un enfant biologique qui serait issu d'elle et de son compagnon serait à la fois connu et parfait. Connu par une forme de déni de l'unicité de chaque être, comme s'il ne pouvait être qu'un "lui" ou qu'une "elle" selon son sexe, et parfait car forcément porteur des qualités de l'un et des qualités de l'autre.

Si un tiers est nécessaire, ici la donneuse, l'enfant court le risque d'être laid, idiot et même les deux à la fois, en tout état de cause elle imagine qu'elle n'arrivera pas à le reconnaître et donc à l'accepter. Là encore il est possible de voir le refus de l'altérité à l'œuvre, l'enfant ne s'imagine pas comme un être nouveau, unique, fruit d'un mélange de deux personnes mais comme le fruit de sa création qu'elle contrôle et connaît d'avance dans la mesure où elle connaît tous les « ingrédients » qu'elle a mis dedans. Si un « ingrédient » lui est inconnu alors toute la représentation vacille et les projections les plus négatives s'expriment.

Après deux semaines sans séances, elle arrive tout sourire en disant qu'elle a été en Belgique pour un premier rendez-vous et y retourne dans quatre jours pour le don d'ovocytes. Je l'interroge sur les raisons qui l'ont poussée à accélérer le processus alors que nous étions dans un travail d'élaboration de ses questionnements autour de cette option. Elle me raconte avoir vu sa mère, à qui elle a parlé du projet et qui lui a dit "tu as raison, fais-le, c'est bien, mais dépêche-toi, ne perds pas de temps". Je vois, face à cette autorisation maternelle à faire l'enfant, à l'œuvre le fantasme parthénogénétique congruent avec la nature du lien archaïque qui les unit.

Dans cette histoire, on peut se demander si cette patiente, engluée dans la grande mère toute puissante, ne pourrait concevoir l'enfant que par son entremise. L'enfant étant le fruit de la fécondation de cette grande mère fantasmée envahissante et toute puissante par son

compagnon et porté en son sein comme pour mettre en corps cet envahissement vécu psychiquement.

Le compagnon choisit comme père, mais extérieur au projet d'enfant, est réduit à sa fonction de porteur de sperme. Elle s'autorise alors un ton agressif vis à vis de moi me disant qu'elle me trouve "tout d'un coup froide, agressive et ne cautionnant visiblement pas le projet". Je lui demande si elle attend mon autorisation. Pour la première fois Ophélie pleure en séance et lâche un "oui, peut-être" étouffé. Je n'ai pas donné l'autorisation qu'elle attendait car recevoir de ma part cette autorisation aurait eu pour conséquence de me faire entrer, moi aussi, dans cette Grande Mère archétypale réduisant à néant le travail de séparation de la patiente et les efforts conscients et permanents mis en œuvre par l'analyste pour rester debout et différenciée face à la menace permanente de l'engloutissement. Je suis confortée dans ce choix quelques séances plus tard quand Ophélie, évoquant sa mère, me dit : "je sais qu'elle vit par *procréation* à travers moi". Lapsus qu'elle ne s'entend pas dire et qu'elle semble avoir du mal à entendre lorsque je lui répète. Lapsus qui, pour moi, donne forme à sa représentation inconsciente de cette fusion-confusion avec la mère, comme si elle était le vecteur qui permettait à sa mère (ménopausée) de procréer malgré sa ménopause précoce à elle et grâce à l'ovocyte d'une autre femme ! Nous pouvons, à la lumière de ce cas, nous demander si les possibilités techniques actuelles de l'AMP ne créent pas de nouvelles souffrances en organisant la possibilité d'un passage à l'acte de fantasmes archaïques non élaborés.

Paris, 19, octobre 2013

« LES NOUVEAUX RAPPORTS AU CORPS : LES SCARIFICATIONS CHEZ LES ADOLESCENTS » - Catherine Rioult

Catherine Rioult

Psychologue clinicienne

Psychanalyste

Tel : 06 62 70 03 03

Email : catherine.rioult@free.fr

Mon intervention porte sur les scarifications chez les adolescents, pratique en forte recrudescence depuis les années 2000.

La scarification est une incision pratiquée sur la peau, qui provoque un écoulement de sang : elle laisse une trace qui affecte le corps dans son extériorité (la peau) et dans son intériorité (le psychisme) ; elle s'inscrit ainsi de façon irréversible, à travers une cicatrice corporelle et une trace mnésique dans la psyché.

Dans le discours des adolescents qui se scarifient, les raisons le plus souvent invoquées sont « l'écoulement sanguin qui donne le sentiment d'exister et le soulagement provoqués par la coupure ».

Les scarifications touchent principalement les filles et débutent au moment de la puberté. Dans ce moment particulièrement délicat, le corps est le lieu même sur lequel les changements pubertaires s'exposent. Cela engendre une véritable révolution où le corps se sexualise ainsi que la vie psychique et ses relations aux autres. L'adolescente se trouve souvent confrontée à une certaine impuissance face à cette métamorphose pubertaire.

Il a en outre la nécessité d'appartenir à l'un des deux sexes, de s'inscrire dans une filiation et ce n'est pas sans poser de nombreuses difficultés.

Ces coupures viennent modifier l'économie libidinale du sujet et révéler ce qui ne va pas dans leur relation à leur corps, à l'autre, l'autre maternel ? Pourquoi ont-elles besoin de l'entamer ? Quelle est la fonction de cette coupure ? Pourquoi avoir choisi le corps pour y tracer ce trait qui laisse une trace irréversible ?

La pratique du marquage corporel a toujours existé, depuis les sociétés dites « primitives » jusqu'aux sociétés modernes. Dans les premières, elle présentait surtout un sens symbolique. Dans nos sociétés modernes, les scarifications chez les adolescents considérées comme un

symptôme expriment plutôt une souffrance psychique irréprésentable. Elles répondent à un besoin de réassurance sur l'existence des limites corporelles, ce qui suppose pour le sujet d'éprouver de la douleur et de voir le sang couler. L'irréversibilité de la trace sur le corps est alors prédominante. L'acte rend compte du défaut de pare-excitation et de l'absence de mots.

Si dans les sociétés dites « traditionnelles », les individus se font inscrire des marques sur le corps à l'occasion d'un rite initiatique pour déclarer une identité ou préciser leur place dans la hiérarchie sociale, comment dans notre société moderne peut-on lire ou déchiffrer ces traces qui font symptômes, exhibées sur le parchemin du corps ?

Ces différents cas que j'ai suivis sont venus confirmer cette hypothèse de « quelque chose » qui s'écrit sur le corps. Les scarifications seraient donc des formes d'écritures recourant non pas forcément à des mots mais, en revanche systématiquement à des traces inscrites directement sur le corps et adressées à d'autres. D'où la mise en évidence d'un paradoxe : l'adolescent tenterait d'écrire quelque chose mais sans résultats. Le défaut d'inscription dans le psychisme conduirait le sujet à écrire sur son corps même, pour y laisser une trace tangible, visible.

En 2006, le comportement d'une adolescente que j'ai suivie pendant plus d'un an en psychothérapie, a suscité en moi de nombreuses réflexions et interrogations qui m'ont poussée à mener une recherche, sur ce sujet.

Lauriane

Lauriane est une jolie adolescente de 16 ans d'origine moldave. Lors du premier entretien où je la vois avec ses parents, elle ne m'adresse pratiquement pas la parole. Elle laisse ses parents me parler d'elle sans jamais intervenir. D'ailleurs, quand je m'adresse à elle pour lui faire remarquer ce décalage, elle répond qu'elle ne souhaite pas parler. Ses parents, en accord avec elle, ont pris rendez-vous au CMPP où je travaille, à la demande du médecin scolaire du lycée qu'elle fréquente. En effet, elle passe beaucoup de temps à l'infirmerie pour des problèmes somatiques, (fréquentes entorses, fracture, luxation mais aussi crise de tétanie.) Les paroles qu'elle a adressées au médecin scolaire concernant ses tentatives de suicide ont inquiété cette dernière qui lui a conseillé de venir consulter une psychothérapeute.

J'ai peu à peu pris connaissance de l'histoire de Lauriane : elle a été adoptée à l'âge de trois ans. Ses parents adoptifs sont allés la chercher dans l'orphelinat roumain où elle se trouvait. D'après les parents, l'adaptation en France se passe bien. Lauriane, elle, me dit n'avoir aucun souvenir de son enfance. De ses parents biologiques, elle sait que sa mère avait une tuberculose et qu'elle est décédée quelques mois après sa naissance; de son père, elle ne sait rien. De son orphelinat, elle n'a que quelques souvenirs : le visage d'une nurse; c'est tout ce qu'elle dit.

Son enfance est, selon elle, « un terrain miné » ; tout ce qui est de l'ordre de l'affect est impossible à nommer. Elle ne peut prononcer certains mots comme aimer ou triste qu'en les épelant.

A la séance suivante, elle enlève sa veste et, dans un geste presque exhibitionniste, me montre ses avant-bras scarifiés. Elle me raconte qu'elle se fait cela, seule dans sa chambre avec un cutter, souvent le dimanche soir. Elle m'explique que les traits rouges sont ceux qu'elle a effectués la veille et les traits blancs sont ceux d'il y a quelques temps. Elle me dit ne ressentir aucune douleur.

Un jour, elle arrive et me montre sa scarification, une croix gammée. Elle me dit : « C'est le signe nazi, c'est la haine des étrangers, pour moi, c'est la haine de mes origines ».

Quelques mois après le début de la thérapie, Lauriane m'apporte les écrits qu'elle produit. Elle veut que je les lise, une sorte de journal intime qu'elle me livre.

Dans ses premiers écrits, Lauriane dit sa souffrance. Sa souffrance d'exister, ses interrogations sur la vie, la haine de son père, son attirance pour son amie. Puis Lauriane va continuer à me donner à lire les textes qu'elle écrit. Son écriture va s'affiner jusqu'à ce qu'elle écrive des textes à rimes et des paroles de chansons. Dans l'un des textes, elle parle de ses origines, de l'ADN.

Au bout de quelques mois de verbalisations plus ou moins difficiles, elle peut me parler de ses souvenirs à l'orphelinat, de sa mère biologique et de sa petite enfance. Et elle réussit alors un peu mieux à nommer ses affects. Lauriane se sent de plus en plus en confiance et s'abandonne vraiment au transfert avec moi. De séance en séance va ainsi s'instaurer un rituel de lecture de son écriture sur papier. J'ai constaté que cette phase d'écriture de la thérapie s'accompagnait d'une disparition des scarifications... Avant, les scarifications avaient ponctué l'ensemble des séances. Maintenant, Lauriane a arrêté de se scarifier. C'est dans l'écriture qu'elle déploie son angoisse. Elle est passée de la peau au papier, d'un graphisme émotionnel à une véritable écriture.

J'ai envisagé différentes pistes

Elle cherche une réponse à ses origines

Lauriane manifeste son symptôme dans son transfert avec moi. Elle me montre aussi ses interrogations quant à ses origines. « Qui suis-je ? ». Cette question est d'autant plus actuelle que l'adolescence vient réinterroger tout le processus identificatoire. Je rappelle qu'elle a été adoptée à l'âge de 3 ans, qu'elle a peu de représentations de ses figures parentales. Elle sait seulement que sa mère biologique est morte, de tuberculose, peu de temps après l'avoir mise au monde.

Elle se raccroche à son corps, au biologique, au « réel ». La réponse à la question de ses origines reposerait sur du biologique. Lauriane a utilisé son corps, de façon transitoire comme lieu de questionnement. Elle manifeste sa perplexité par rapport à sa filiation. Ce qui serait à l'origine de son acte serait le défaut de singularité subjective ou d'individuation, c'est très précisément pour toucher la profondeur de son corps qui enfermerait le trésor du code génétique qu'elle

s'entaille. En ouvrant son corps, elle tente d'ouvrir le livre de sa filiation car ce qui est à lire est le savoir du code génétique ou code ADN qu'elle évoque dans ses premiers écrits.

D'ailleurs, dans l'un de ses poèmes, elle écrit « Comme les maillons d'une chaîne, le début de la vie, l'ADN, les hommes et les femmes qui s'aiment... »

C'est comme si le savoir sur son origine, déjà écrit et inscrit dans le corps dans la chaîne d'ADN, elle voulait le faire apparaître, le faire émerger dans le réel du corps.

Si Lauriane se marquait le corps, c'est qu'il restait perplexe face à son être-même.

Ceci s'articule avec la problématique pubertaire de la métamorphose du corps et de la vacillation de l'évidence corporelle. Ai-je un corps ? Un corps étranger. L'étrangeté du corps : ceci n'est pas mon corps. Elle me dit « quand je me coupe, je ne sais pas à qui appartient ce corps, je ne sais pas mais pas à moi ».

Quel usage Lauriane fait-elle de son corps ?

La peau est le réceptacle privilégié des marques de l'intimité, la peau joue un rôle fondamental dans la dramaturgie sexuelle qui déborde l'adolescent. Elle le débusque et révèle sa vulnérabilité.

Si, dans les sociétés traditionnelles, la peau constitue une carte d'identité sur laquelle peut être lue l'histoire du sujet, elle est, plus précisément, dans nos sociétés modernes le « miroir de l'âme ». Perméable, elle laisse la transpiration s'écouler et s'exprime ce qui est de l'ordre de l'intimité affective du sujet, ce qui vient de l'inconscient. D'ailleurs, pour Paul Valéry « Ce qu'il y a de plus profond, c'est la peau »²⁴.

Expression du moi profond de l'adolescent, la peau est par conséquent une surface d'inscription pulsionnelle idéale. Lauriane a peur de son propre corps, peur « viscérale ». C'est la rencontre pubertaire avec le corps pulsionnel.

A la fois, le corps est un support extraordinaire : il appartient en propre au sujet, il est toujours accessible et la peau marque sa frontière tout en étant un trait d'union avec le psychisme. Paul-Laurent Assoun, dans une image très évocatrice, dit que ce sont des sujets « dont les limites du corps se gondolent ».

C'est une des raisons pour lesquelles les adolescents tatouent leur peau, l'habillent de façon extravagante, l'ornent de bijoux, la percent, l'attaquent, parfois jusqu'à la scarification, voilà pourquoi ils se coupent.

²⁴ VALÉRY P., *L'idée fixe*, Paris, Bibliothèque de La pléiade, tome 2, 1932.

Il vient signer le défaut d'incarnation. Cette adolescente a besoin de marquer son corps, comme s'il risquait de ne pas exister pour elle. Elle veut voir son sang couler comme sa vie.

Lauriane a subi des coupures à fortes doses, quelques jours après sa naissance, sa mère meurt, la coupure est réelle et traumatique, elle se retrouve avec des étrangers dans un orphelinat, puis avec d'autres étrangers dans un autre pays. La réalité, elle ne l'accepte qu'à petites doses.

Face à cet excès de traumatismes, de coupures, Lauriane va se scarifier, elle va écrire par un signe (nazi) sa haine pour les étrangers et c'est dans ce mouvement que le sujet va émerger.

Jeter l'ancre dans l'Autre

Il y a de la part de l'adolescent, à travers ces marques dérangeantes sur son corps, comme une invitation à s'intéresser à lui dans un comportement exhibitionniste. C'est comme s'il disait : « Regardez comme je souffre » ou « Ne me regardez pas dans les yeux, mais regardez-moi avant à travers ces marques que je fais sur mon corps. Dans mes yeux, vous lirez alors peut-être autre chose. »

Les scarifications réveillent à la fois peur et fascination chez le spectateur, tout comme peut le faire la vision d'une blessure. Les témoignages abondent de parents affolés face à ces signes de détresse « barbares » : ils sont seulement familiarisés avec des conduites à risque classiques telles que la consommation d'alcool, de toxiques ou les sports violents.

Les scarifications constituent une sorte de toile d'araignée non décodable mais inconsciemment adressée aux parents, elles constituent un douloureux « piège à regard ».

Cet appel inconscient à l'autre est souvent un appel au lien, à ce qui dans le lien avec les parents est insuffisamment soutenu. Dans cette dramaturgie du lien, se joue également celle du premier regard posé par les parents sur leur enfant dès le jour de sa naissance.

Très présent et important par la suite, ce premier regard est ce qui permet aux adolescents de se structurer comme sujet dans leur relation au monde et aux autres. Carences ou excès de regard vont nourrir plus tard les souffrances psychiques adolescentes, les réveiller, les installer, les intensifier...

Lauriane : le caché et l'exhibé

Le piège à regard est mis en place pour capter le regard de l'autre, pour qu'il ne regarde pas ailleurs, par exemple, vers les signes extérieurs de la féminité, nouvellement marquée par les seins ou la silhouette. Cherche-t-elle, en piégeant le regard, à le désérotiser ? Le regard est ainsi déplacé, porté sur une autre scène. Lauriane ne peut pas soutenir mon regard. Par contre, elle attire mon regard sur l'état de son corps, de ses scarifications, sur les marques qu'elle porte. Elle cherche à m'éblouir tout au long des séances. C'est comme si elle voulait dévier mon regard pour qu'il ne pénètre pas certains lieux de son intimité, car cela constituerait pour elle un grand risque. Ces marques sont peut-être faites pour éviter à Lauriane d'être vue comme femme, elle a peur d'être une femme.

C'est comme si elle cherchait à donner corps à sa souffrance en l'inscrivant sur la peau pour garder une trace tangible, dans le but d'être lus. Les scarifications se concentrent sur l'avant-bras ou les poignets, des parties du corps qui ont pour signification la relation à l'autre.

Dans le transfert avec moi, Lauriane va peu à peu trouver un destinataire, une lectrice de son désarroi.

Mise en écriture après lecture

Cette pratique d'écriture sur le corps a été nécessaire pour Lauriane car elle a pu évoluer vers une écriture qui n'est plus figurative, c'est désormais une écriture de mots. Cette écriture, que constituent les scarifications, est une façon de symboliser son propre langage. Ce qui n'arrive pas à se dire avec les sons ni avec les mots se dit par un trait. C'est pour cela qu'on peut parler d'un mouvement psychique, constituant un passage vers une écriture de mots.

La marque sur le corps peut être considérée comme une forme d'écriture, la trace d'un langage.

Mon postulat est que l'ensemble de ces « cica-traces » constitue un garde-mémoire, un récit, un poème émotionnel informé en attente d'être lu. A travers elles, « s'écrit » « inconsciemment » l'histoire balbutiante du sujet.

Mais qui peut lire ces cica-traces ?

Seul le psychologue dans le cadre d'une psychothérapie peut les déchiffrer en s'affranchissant des hypothèses habituelles : à savoir une pulsion suicidaire.

Découverte au cours de nombreuses psychothérapies, ma grille de lecture est donc que les scarifications sont une amorce d'écriture en attente d'être lue et tendant vers une autre écriture plus élaborée, lisible par tous et surtout au-delà du corps.

Un matériel précieux que le psychothérapeute doit apprendre à recevoir en guidant le patient et en l'aidant à organiser et structurer une véritable écriture sur papier. Derrière ces signes barbares se cache souvent en effet, un incroyable désir d'écrire, irremplaçable manière de tracer dans le « secret » de notre être...

Les scarifications constituent une forme « d'écriture en attente d'être lue ». Si le psychanalyste sait lire et déchiffrer ces marques énigmatiques, le passage de la peau au papier pourra s'effectuer grâce au transfert mais une forme de transfert qui a besoin d'un support papier.

C'est pour cela que j'ai mis en place des ateliers d'écriture pour adolescents qui se scarifient.

Paris, le 19 octobre 2013

Catherine Rioult., *Ados : Scarifications et guérison par l'écriture*, Odile Jacob, oct 2013

ENFANT LA TYRANNIE DE L'IDEAL ADOLESCENT : INTERNET UN REVELATEUR - Michaël Stora

Michaël Stora

Psychologue clinicien

Psychanalyste

michael.stora@gmail.com

Quand on aborde la question de Facebook, et de ce qu'elle révèle de notre société, la question qui se pose est : comment cela se fait-il que notre société soit devenue si narcissique ?

Je vais me permettre une hypothèse sur l'étiologie de cette dérive. Nous avons subi un traumatisme planétaire, il n'y a pas si longtemps que cela au regard du nombre de générations : la deuxième guerre mondiale. Nous en sommes à peine à trois générations. Comme le rappelle Tobie Nathan, il faut trois à quatre générations pour que le deuil du traumatisme de guerre puisse s'estomper.

Les troisièmes générations sont donc les adolescents actuels. Juste après-guerre, une génération est née : les baby-boomers. Cette génération est d'emblée idéalisée par leurs parents, celui d'un espoir mais aussi celui du déni du traumatisme. Ils ont été des images d'espoir d'une jeunesse éternelle dans une toute puissance narcissique. Nous pourrions dire que Romain Gary, avec tout son talent, en était une des illustrations la plus flagrante. « La promesse de l'aube » le témoin. Cette mère dépressive juive russe, demandant à son enfant de devenir le héros qu'elle idéalisait. Celui qui aurait pu la sauver. En fin de vie, il écrit « votre ticket n'est plus valable au-delà de cette limite », qui évoque les troubles de l'érection de son héros. Ce héros, c'est lui qui quelques années après se donna la mort. Prolongation phallique narcissique de sa mère, il ne bandait plus. Confusion entre réel et symbolique, cela devient intolérable.

Ils peuvent aller jusqu'à nier leurs origines, leurs histoires. Pris dans cette négation d'eux-mêmes, ils peuvent même avoir des discours déshumanisés à l'image caricaturale du juif antisémite !! Leurs propres parents entretenant des lourds secrets, celui du traumatisme de la guerre au quotidien. Que ce soit du côté de la collaboration ou de la persécution.

Ces individus sur-idéalisés, représentaient un espoir fou pour grand nombre de ces parents qui ont vécu ce traumatisme. Enfants Rois, ils ont de manière légitime fait de leurs crises d'adolescence parfois tardive une révolution culturelle et politique : Mai 68. Ils ont tués leurs pères. En 2013, ils ont plus de 60 ans et sont maintenant grands-parents. Ils reçoivent leurs petits-enfants qui sont eux-mêmes totalement sur-idéalisés, il y a quelque chose du transgénérationnel entre ces grands parents et ce petit enfant qui tout d'un coup représenterait un idéal, celui de la liberté de l'enfance et de la découverte de la sexualité chez l'adolescent.

Nous pouvons aussi imaginer qu'ils vampirisent leurs petits enfant, devenus adolescents qui les renvoient à l'intolérable, à savoir un corps vieillissant. Le narcissisme, tel un serpent s'est introduit dans la parentalité. Ces parents sont les enfants des baby-boomers.

Leurs enfants sont des quarantenaires et sont devenus ces parents qui « adultifient » leurs enfants. Enfants de baby-boomers, ils souffrent de ne pas être à la hauteur de leurs parents. Ils sont souvent sous leurs emprises. On peut le constater dans ces femmes qui évoquent leurs pères comme cet homme idéal dont aucuns autres hommes ne pourra combler ce manque. En effet ces pères sont des séducteurs, qui parfois vont jusqu'à flirter avec le tabou de l'inceste au nom de la liberté ou au nom de cette puissance phallique sans limite. Ces enfants de baby-boomers devenu parents sont donc en souffrance et sont sans repère de ce que serait être un parent responsable. Un parent qui comprend ce que veut dire limite et autorité. Ils veulent que leurs enfants les aiment. Ils sont dans une identification projective massive de leurs propres enfances. Celle où l'amour parental est quasi inexistant sauf pour rassurer leurs images : celle d'un bon parent.

On repère ce soucis de la parentalité actuelle, à travers des études, qui montre qu'on ne supporte plus que les bébés pleurent, que l'enfant s'ennuie, on les géolocalise, toute sorte de techniques qui ne font que révéler la peur aussi bien que notre enfant ne nous aime plus mais aussi qu'il nous échappe. La culpabilité parentale en est la cause. Dans notre société construite par les baby-boomers, pas de place pour les ratés, pour la perte...La performance devient une valeur souvent plus importante que l'éthique. Et puis, la technologie est arrivée, avec son cortège d'innovations sans cesse renouvelée. Elle vient comme marquer un faussé générationnel. Nous pourrions dire enfin, dans ce flou des limites entre parents et enfants et grand parents, les compétences numériques, deviennent un enjeu de pouvoir. Les adolescents jouent, se mettent en scène, créent, expriment leurs rages, leurs joies et pourtant, ce que l'on retient de leurs pratiques, ce sont les risques. Risque de la rencontre avec un « cyberprédateur » et autre pédophiles, risque lié à l'E-réputation, à la pornographie en ligne. Pourtant, nous savons que cette peur de la pédophilie, de la rencontre avec un inconnu est souvent une projection de la séduction parentale refoulée qui revient dans l'après coup avec d'autant plus de forces sur ce terrain vierge, ce continent noir qu'est internet. Nous savons que cet autre, c'est le proche. 90% des actes d'abus sexuels se font au sein de la cellule familiale. Puis, on veut les protéger d'eux-mêmes, en évoquant le droit à l'oubli. Le souci est qu'ils veulent tout, sauf qu'on les oublie...Pourtant sous le signe de la protection, on ne veut surtout pas qu'ils se montrent Et pourtant, elles montrent leurs corps adolescents. Une jeune femme de 18 ans évoquant avec malice que si on retrouve une photo d'elle sur la Toile à demie nue : « autant qu'elle soit jolie » !!

La parentalité s'est fragilisée car ces parents ont été des enfants eux même fragilisés par cette injonction ambivalente : « Il faut réussir dans sa vie, mais pas trop, en tout cas pas plus que moi Le contexte économique aidant ; les jeunes des années 70 n'ont pas connu le chômage, période de plein emploi, cela ne faisait que confirmer la puissance phallique. Les parents actuels d'adolescents sont nés avec l'ANPE et veulent au contraire que leurs enfants soient des vengeurs masqués, des bêtes de concours, des êtres idéaux. Cette tache aurait donc pour vocation de combler les failles narcissiques de leurs parents. Les adolescents actuels font donc

pour un grand nombre ce que j'appelle « une crise d'adolescence virtuelle ». Ils expriment leurs rages, leurs souffrances, leurs obsessions du sexuel sur la toile. Le risque étant que ce ne soit qu'un ersatz de crise d'adolescence. Et pour certains la pratique excessive d'internet devient tel un « prozac interactif » leurs permettant de continuer à se battre dans des mondes virtuels car dans la vie réelle, ils sont en échec. Echéec souvent scolaire, ils vivent la mauvaise note comme une blessure narcissique provoquant une hémorragie de la confiance et de l'image de soi. D'ailleurs, pour combler l'image défaillante de soi ils incarnent des avatars dans certains mondes qui nous font penser à quel point ils sont les héros de leurs mères, souvent en dépression. A l'image de cet adolescent que je recevais pour cyberaddiction à qui je demandais pourquoi il aimait particulièrement veiller la nuit. Il me répondit : « Il faut bien que je veille ma mère ». Le souci étant que cette maman monoparentale ne souhaite pas faire le deuil de sa position maternelle, et sans s'en rendre compte à investit déjà très tôt, trop tôt, son enfant comme le dépositaire de ses humeurs. A l'adolescence le réveil des fantasmes incestueux avec cette mère trop proche, fait qu'il ne peut que rester un phobique scolaire dont le bénéfice secondaire est de rester dans la maison mère. Eviter l'extérieur, le principe de réalité, qui renvoie à l'image du Père. Ce père absent, défaillant, infantile que l'adolescent peut rechercher dans l'illusion du virtuel. L'adolescent devenant comme le symptôme d'une société souffrant de narcissisme. A l'adolescence, nous sommes dans une fragilité narcissique « normopathique », et pourtant, la France est devenue le premier pays en termes de tentative de suicide chez les adolescents. Notre culture, catholique, liée à la mortification et à la valorisation de la position de la victime est aussi quelque chose qui vient comme mettre en avant la question de la jouissance dans la culpabilité.

La question est de savoir à quel point on peut accepter de perdre, tout notre travail de thérapeute est d'aider nos patients à perdre. Comment accepter de perdre une forme de toute puissance. Pour exemple la Procréation Médicalement Assistée (PMA) réinterroge la question du désir d'enfant. Plus e 70 % des infertilités sont non explicables par la médecine et la technologie va colmater dans une forme de déni comblé ce manque sans réinterroger la composante Œdipienne. Des études ont montré que beaucoup de ces femmes infertiles n'avaient pas reçu symboliquement l'autorisation de la génitalité par leurs propres mères. Cette technique est donc du côté du déni et flirte d'une certaine manière avec la perversion. Les pratiques de scarification, apparues il y a 10 ans, montrent qu'il y a une fragilité narcissique et que le corps dans ce qu'il a de moins symbolique reste le dernier lieu d'expression : masochisme esthétique, colmatage de l'effusion narcissique, redevenir acteur de ses traumatismes, les adolescents s'expriment avec ce qu'ils peuvent. Aussi la question se pose de savoir comment accepter l'ennui, accepter de perdre son temps et, peut-être, qu'un des seuls lieux où l'on peut commencer à accepter de perdre son temps est chez son psychanalyste, là où les techniques TCC et autres servent, à l'image de ce qui se passe dans notre société, à prendre l'individu comme un comportement, comme quelque chose de visible. La question du visible est très importante, car je fais actuellement un travail sur en quoi Facebook est « dépressiogène », et j'ai pu me rendre compte à quel point il y a un décalage entre ce que l'on donne à voir et ce qui se passe concrètement lorsque l'on rentre en discussion avec des personnes, une sorte de "party" comme disent les américains où nous ne serions que dans une position d'idéal. On observe que le Surmoi constitutif du névrosé a plus ou moins disparu, l'Idéal du moi l'a

remplacé. Les adolescents heureusement continuent à traiter leurs parents de vieux cons, la question est de savoir à quel point le parent accepte d'être un vieux, souvent c'est insupportable. Certains médias ont attaqué les adolescents avec une force étonnante, une sorte de mépris. Pas le mépris d'une certaine époque où on était dans le "arrête avec cette musique de fou" mais dans des propos extrêmement violents, au final colorés d'envie.

Dernièrement j'ai reçu un père qui avait 25 piercings, là où le fils n'en avait que 10. On voit bien que, comme je le disais en riant avec le fils, d'une certaine manière tu serais plus rebelle si tu mettais un costard-cravate. Cette confusion liée au jeunisme sociétal est terrible parce que se pose la question de comment trouver sa place. On voit à quel point l'adolescent doit trouver des stratégies beaucoup plus compliquées que nous pour trouver comment exister au dehors, comment échapper à cette angoisse parricide et incestuelle quand la proximité est si grande ? Quand la mère porte les mêmes vêtements que sa fille, va dans les soirées avec son fils ? On voit là un certain niveau de perversion lié à une fragilité narcissique, à une incapacité à supporter la mort, non pas celle bien réelle, mais celle d'une jeunesse éternelle.

Ce que j'ai pu comprendre chez beaucoup d'adolescents qui parfois jouent de manière folle, c'est qu'ils ont vécu de telles situations, qu'au fond, dans le jeu vidéo, par rapport à cette image qu'on leur a collée à la peau de réussite, de performance, ils peuvent redevenir acteur d'une image qui n'est pas la leur. On pourrait même aller plus loin en évoquant un des mécanismes essentiel dans le jeu vidéo : « C'est en perdant qu'on apprend à gagner » !

Alors, on peut se demander Comment faisons nous face au traumatisme, qui nous amène d'emblée dans une position de grande passivité ? La solution est de redevenir acteur.

Par exemple aujourd'hui les patients tapent sur Google le nom de leur maladie, ils deviennent des patients experts, ce qui est très perturbant pour le médecin habitué un rapport vertical. Tout d'un coup il arrive que certains patients en sachent presque plus. Il est très sain de changer ce rapport infantilisant, un patient n'est pas qu'un corps malade, on le sait, c'est aussi un Sujet.

Moi qui travaille aussi pour l'introduction du numérique à l'école, on est en train de voir ça aussi parce que le professeur est perturbé par la perte de ce rapport surmoïque, parfois extrêmement sadisant pour les enfants en échec scolaire. Les jeunes sont plus exigeants du sens. Les trentenaires qui arrivent sur le marché du travail ne veulent plus d'un management vertical, ils veulent être acteurs, c'est très nouveau et très sain. Il y a, derrière, de la fragilité narcissique, mais ils veulent donner du sens à ce qu'ils font. C'est très important et c'est pourquoi je valorise beaucoup cette jeunesse, cette adolescence, parce que d'une certaine manière on leur donne des outils aussi très créatifs. Je travaille depuis 4 ans pour la plateforme Skyrock sur les blogs avec des adolescents qui se scarifient et qui le montrent dans une forme d'exhibitionnisme terrible qui sidère les autres.

Un exemple, on m'envoie un texte d'un blog d'une jeune adolescence qui évoque son envie de mourir avec une force littéraire étonnante qui m'a vraiment ému, je lui envoie un mail pour tenter de l'orienter vers un thérapeute et là, elle répond 2 jours après avec des accents circonflexes qui est un signe d'ironie : "faut pas s'inquiéter plus que ça, grâce à ce blog j'ai quand même eu 3000 clics et 400 commentaires", elle avait d'ailleurs 3 autres blogs. Au fond, face à

la souffrance adolescente, la créativité reste la plus belle des défenses, Internet en fournit des outils. Ce sont des laboratoires de construction identitaire qui échappent au contrôle Parental. Plus les parents diabolisent ces modes là, plus ils aiment : ils ont un lieu de créativité pour échapper à cette tyrannie de l'Idéal du Moi.

Comme nous l'avons vu, le statut de l'image est devenu un repère incontournable. Nous pourrions dire que grâce à l'outil interactif, il est possible enfin de reprendre le pouvoir sur les images. Les manipuler, jouer avec comme une forme de réappropriation de sa propre image. Un enfant de 10ans qui sait utiliser Photoshop (logiciel de retouche d'image) à tout compris et regarde sa maman d'un air navré car elle est tyrannisée de ne pas être à l'image idéale de ces magazines.

Paris, 19 octobre 2013

Colloque de la SFPI

Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet ?

Madeleine Deny, Michael Stora., Télé et jeux vidéo : Un bon dosage pour un bon usage, Fernand Nathan, Paris, 2010

Serge Tisseron, Sylvain Missonnier et Michaël Stora., L'enfant au risque du virtuel. Editions Dunod, Paris, 2007

Michael Stora., Les écrans, ça tend accro... ? Hachette Littératures, Paris, 2007

Michaël Stora., Guérir par le virtuel : une nouvelle approche thérapeutique. Editions Presse de la Renaissance, Paris, 2005.

PROBLEMATIQUE NARCISSIQUE EN UROLOGIE – Marie-José Lacroix

Marie-José Lacroix

Psychothérapeute

Psychanalyste

mariejoselacroix@medianelv.fr

J'aurai pu appeler mon intervention narcissisme et immortalité, entre réel et fantasme, entre Éros et Thanatos.

Ce patient de 61 ans, sous prozac, atteint d'un cancer de la prostate, « surbooké » dit-il a tant tardé à se soigner en connaissant pourtant le diagnostic, qu'il n'est plus opérable. Avec un traitement hormonothérapeutique, il peut espérer vivre encore 10 à 15 ans.

Il raconte qu'il n'a « pas envie de vieillir, n'aime pas la sensation d'être malade, n'a plus de sexualité, ne veut pas être grabataire et connaître la déchéance ; qu'il préfère le suicide, c'est-à-dire ne pas se soigner, au risque d'une mort proche et très douloureuse ».

Exemple de plus en plus fréquent. Bien sûr le choix lui appartient, mais que de peurs et de mécanismes psychiques à l'œuvre !

En effet, plus largement dans le cadre de ma consultation de psychosomatique au service d'urologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, je conduis des entretiens en double avec le chef du service depuis 8 ans.

Dans ce cadre j' ai assez souvent entendu, à l'annonce d'un cancer, par exemple de la prostate ou de la vessie, des patients à l'allure encore jeune, sportive et tonique, mais néanmoins âgés de plus de 60 ans, être violemment choqués par cette annonce qui venait faire effraction dans leur fantasme d'un corps parfait, en excellente santé, donc immortel à leurs yeux, parce que particulièrement bien entretenu et soigné.

Certes, pour qui que nous soyons, il est tout à fait compréhensible de recevoir douloureusement cette information annonciatrice de la perte d'un corps idéalisé, prolongement narcissique de soi, et l'annonce d'une finitude, à plus ou moins long terme, et d'en être bouleversé, traumatisé.

Freud disait d'ailleurs en 1915 que « sa propre mort n'est pas représentable » et que chacun dans son inconscient est convaincu de son immortalité ».

La mort est non-sens, et pour certains, réel scandale.

Comment accepter d'ailleurs de sortir avec sourire et légèreté du monde, du temps, de l'amour partagé ? Comment accepter la rupture sans retour, la brisure, la fin indéfinie d'une forme, d'une existence terrestre ? Difficile de penser et d'accepter la finitude et la temporalité. De s'y préparer.

Certains, de plus en plus nombreux, dans leurs fantasmes de contrôler le cours de leur vie, voudraient cependant nier à toute force le réel définitif.

Ce phénomène humain n'est pas nouveau, mais ce qui m'apparaît comme relativement récent - et cette observation a souvent été notée par le professeur lui-même - est le fait que s'énonce de plus en plus, le déni d'une réalité inacceptable et une colère revendicatrice contre la médecine, incapable de garantir une espérance de vie au-delà de 80 ans à ces personnes. Pourtant existent des thérapeutiques qui prolongeront vraisemblablement leur vie, de 10 à 15 ans, voire 20, ce qui est tout de même appréciable face à une maladie très sévère.

Cette réalité est d'autant moins bien admise que la rationalité du professeur apparaît sans affects, lorsqu'il présente les normes statistiques et rappelle qu'un Français moyen vit jusqu'à 78 ans et demi et que le contrat de la médecine est somme toute rempli, lorsque le patient atteint, grâce au traitement, environ 80 ans.

Le principe de réalité vient durement ébranler la conviction du sujet bâtie sur son fantasme d'immortalité, et la blessure narcissique est intense.

S'effondre le fantasme de toute-puissance, l'illusion infantile d'une médecine qui serait capable de retarder toujours plus loin l'échéance de la mort, de plus en plus refoulée, inconvenante dans nos sociétés modernes.

Cela fait environ cinq à six ans que nous observons à la consultation, cette révolte et cette acrimonie accrue face à la médecine, comme si le narcissisme devenait de plus en plus intolérant à toute attaque, à toute castration, à tout renoncement ; à la mesure de l'effroi ressenti face à la décrépitude de l'âge et à la mort.

Ma réflexion m'a alors portée à réfléchir à cette actualité d'un Moi aux pulsions d'auto conservation fortes, exigeant la pérennité de son existence, face à une médecine mauvaise mère, perçue comme « abandonnante, messagère de Thanatos.

On peut concevoir que cette accentuation de la revendication à l'immortalité soit favorisée par les médias, la société de consommation, les vendeurs de rêve ; mais aussi par le progrès médical qui bouleverse nos représentations de la vie, de la longévité, du rapport au corps et à la mort, celui-ci, le corps étant survalorisé, et celle-ci, la mort, étant de plus en plus niée, tenue à distance dans nos sociétés contemporaines où les rituels de mort tendent à disparaître.

On dirait que « même la mort meurt ». Il semble bien que l'homme caresse de plus en plus le fantasme que la technique et la médecine réunies puissent vaincre sa finitude. De ce fait beaucoup de nos contemporains ne veulent plus penser l'impensable et rendre acceptable l'inacceptable.

S'ajoute à cette évolution la perte de sens de la vie et l'individualisme forcené qui renforcent la pulsion d'auto conservation.

Mais sont surtout mises à mal les espérances fantasmatiques d'un corps parfait, réparé à l'infini par la chirurgie esthétique, par les greffes et remplacements d'organes en tous genres.

De même l'acharnement thérapeutique questionne l'acceptation de la mort inéluctable.

Il est vrai que l'augmentation de l'espérance de vie du fait des conditions socio-économiques et de la médecine est réelle au niveau européen. Nous gagnons trois mois chaque année et ceci devrait s'accroître jusqu'en 2050.

Les maladies seront moins mortelles mais chroniques et la vulnérabilité du grand âge se trouvera accrue.

Mais, en contrepartie le développement de cette médecine technosciences a induit un certain degré de dénégation de la finitude de l'homme.

Qu'il s'agisse du maintien en vie post-mortem cérébrale ou des techniques de clonage, tout est fait pour alimenter la fantasmagorie de l'immortalité. Le déni de la mort s'accroît d'autant plus que la frontière du fait des techniques médicales entre vie et mort, s'estompe.

La mort serait telle une « maladie » et nous reprocherions à la médecine de mal la traiter.

Par le désir d'immortalité, le sujet nie ainsi ses limites dans l'espace et dans le temps.

Pour citer André Green dans « Narcissisme de vie et narcissisme de mort » : « L'immortalité est un état d'idéalisation du Moi que nous savons menacé de son existence ».

Pris dans ses idéaux mégalomaniques favorisés par la société et la médecine, l'homme ne connaît plus la finitude de l'être, ni l'usure de l'ici et maintenant. Pourtant la lutte est inégale entre Éros, pulsion de vie et Thanatos, pulsion de mort, car c'est toujours elle qui aura le dernier mot.

C'est d'ailleurs un défi à l'homme moderne de n'avoir plus qu'à compter sur lui quand le ciel a été déserté par les dieux.

À cela s'ajoute l'époque de la valorisation du « paraître au détriment de l'être, du corps comme enveloppe signifiante, un « parlêtre », maintenu jeune, beau par la diététique, le sport et tous les procédés qui visent à donner à voir une image d'un corps sur lequel le temps n'a pas de prise. Un corps toute en extériorité, peau parfaite, qui voudrait faire oublier que dans l'intériorité, les organes peu à peu se sont usés. Un corps qui voudrait que la mort l'oublie.

Trompe la mort ! Qui trompe qui ?

Aussi l'annonce d'un cancer fait violence dans le narcissisme exacerbé de certains de nos contemporains qui doivent accepter des remaniements psychiques de l'image dynamique de leur corps, selon la formule de Françoise Dolto dans « L'image inconsciente du corps », image correspondant au « désir d'être ».

Il s'agit d'accepter de quitter l'image de ce corps sain et vivant, et une vie semblables à une œuvre précieuse, d'accepter que la frustration mette un terme définitif.

Ainsi le désir d'immortalité, le fantasme d'immortalité se défait avec la mort qui se présente lors de l'annonce de la maladie grave par le médecin, et inscrit le sujet dans une temporalité jugée inacceptable.

Toutefois il est normal et sain que la pulsion de vie après pareil traumatisme, reprenne le dessus, car l'annonce -même si l'issue fatale est différée a priori à 10 ou 20 ans -, peut effondrer le sujet dans le désespoir, la dépression mélancolique.

C'est pourquoi dans cette consultation mon rôle est souvent de soutenir la libido, force psychique, de favoriser la mise en mouvement, un instant sidérée, de la pulsion de vie, de l'élan vital, afin que se réactive une représentation du temps de la vie, du temps des possibles.

Il s'agit que ne domine pas le ressenti d'une attente interminable, d'une traversée de temps gelés, sidérés, immobilisés par l'effroi de l'échéance inconnue et redoutée.

Il s'agit aussi de favoriser le deuil du corps parfait, de la virilité idéale, afin que se mette en place un nouvel investissement du corps accepté, aimé malgré et avec ses imperfections et vulnérabilités ; que la sexualité, reprenne sa place autrement, rejaillisse.

D'ailleurs, tous ne sont pas atteints magistralement par cette détresse de l'image spéculaire et on peut penser que ce sont ceux dont le narcissisme est le plus puissant qui se manifeste ainsi :

Disons quelques mots du **narcissisme**, fondement et énergie psychique, qui trouve son origine dans l'état prénatal du nourrisson, de la naissance à la mort, et qui nourrit l'existence humaine de son sentiment de complétude et de toute-puissance.

Narcissisme qui peut fixer le sujet à une image fascinante et aliénante de lui-même, acquise au stade du miroir, dans une certaine méconnaissance de lui, et qui se veut autonome.

Le sujet s'est identifié à une image, la « gestalt » visuelle de son propre corps, selon les mots de Jacques Lacan en 1937, et récuse l'écroulement de son univers narcissique quand surgit le réel de la déchéance à venir, la loi implacable de la nature à laquelle nul ne peut se soustraire... Toutefois c'est grâce à l'idéalisation des représentations qui le définissent dans son identité que le sujet accède à un sentiment de maîtrise unifiante, garantissant unité et cohérence de lui-même et du monde, même si ce sentiment est en partie illusion.

Aussi les fonctions d'auto conservation du moi sont majeures dans le processus du vivant, simplement le Moi se trahit dans sa revendication d'invulnérabilité.

Ainsi que le dit Freud, en 1908, c'est « Sa Majesté le Moi, héros de tous les rêves diurnes ». C'est le narcissisme perdu de son enfance qui se projette dans son idéal présent.

Or, pour certains, le Moi peut connaître une forte surestimation de ses fonctions et activités, être dans la toute-puissance, exagérément investi de libido, au point de perdre de vue la réalité qui ne donne pas satisfaction.

Ces personnalités au narcissisme illimité - l'ennemi du narcissisme étant la réalité de l'objet - se sont identifiées à leur propre corps, objet d'amour phallique idéal, comblé et comblant. Elles ne supportent pas l'effraction de la réalité menaçant d'endommager l'idéal d'intégrité corporelle et se trouvent contraintes à réduire leurs prétentions au plaisir, à se heurter aux limites alors que leurs idéaux débordent leurs désirs. « Il y a une vraie crainte du Moi, écrit Freud en 1919, à être endommagé. ».

Défaillance de l'imaginaire, du réel et du symbolique intolérable.

Notre société a mal au narcissisme individuellement et collectivement.

Paris, le 19 octobre 2013

PSYCHANALYSE INTEGRATIVE[©] ET GROUPE – Christine Bonnal

Christine Bonnal

Psychanalyste
Psychosomaticienne

12, rue Saint Joseph
75002 Paris
chbonnal@ipsygroupe.fr
01 80 06 47 25

« On se prend souvent pour quelqu'un, alors qu'au fond, on est plusieurs²⁵. »

« Le groupe n'est pas la vie, c'est une répétition en costume de la vie²⁶ »

En préparant mon exposé je me suis dit que traiter le sujet : « Psychanalyse intégrative et groupe » en 15 à 20' semblait bien présomptueux. Je me propose de partager avec vous juste quelques réflexions qui permettront de nourrir le débat que nous aurons tout à l'heure. Au travers d'une très courte vignette clinique je vais tenter d'illustrer que ce peut être le travail d'un analyste intégratif de groupe. Ensuite je tenterai de resituer les filiations et les soubassements de la psychanalyse intégrative[©] de groupe. Et je terminerai sur quelques questions.

²⁵ Raymond Devos

²⁶ Irvin Yalom.,(2005) *La Méthode Schopenhauer*, Points, paris, 2008 p.410

Talia²⁷ et le difficile travail du féminin

« Cette étonnante patience qui leur permet d'attendre leur moment d'amour vrai, pendant des années, leur sexe restant à la fois prêt et silencieux.²⁸ »

Scène 1

Talia est une belle femme de presque 50 ans, élancée et énergique, qui dégage ce qu'on pourrait qualifier d'un charme discret. Le travail se déroule en face à face devant le reste du groupe. Nous sommes donc dans une modalité de *travail en groupe*²⁹. Quand elle commence à s'exprimer, elle montre une forme de distance polie, et prend particulièrement soin de choisir chaque mot qu'elle prononce. Elle évoque son angoisse de voir arriver ses cinquante ans, son ressenti de se « *sentir exposée, vulnérable.* » « *Je sens l'angoisse monter, [dit-elle] la tristesse, le désespoir. Je ne me supporte plus, je suis en colère, je me sens impuissante. Je n'y arriverais jamais. Je n'arrive pas à renoncer à la jeunesse, c'est une question de vie ou de mort. J'ai honte de moi, en dehors de l'apparence pour moi il n'y a rien.* »

Le thérapeute lui demande si elle a peur de perdre votre unité, peur de se diluer

« *Que ça éclate, de retourner dans le néant* » répond-t-elle. Elle ajoute « *qu'être une femme c'est épouvantable* ». Ces paroles sont accompagnées de larmes. A ce moment-là le thérapeute lui demande si elle a des figures protectrices à l'intérieur d'elle-même et l'encourage à associer et c'est l'image de son grand-père maternel qui émerge. Elle évoque également l'absence dans son enfance d'une femme qui se disait « *être heureuse d'être une femme* ».

Le thérapeute lui propose alors de s'allonger sur le matelas. Il y a en effet un matelas au milieu de la pièce ce qui est fréquent en psychothérapie intégrative de groupe. Talia s'allonge et le

²⁷ Talia est le nom de l'héroïne du divertissement intitulé « *le soleil, la lune et Talia* » du *Pentamerone* de Basile Giambattista écrit aux alentours de 1625, ancêtre du conte de la Belle au bois dormant.

²⁸ Emmanuel Berl., Méditations sur un amour défunt, cité dans *Le refus du féminin*, Jacqueline Schaeffer, PUF, Paris, 2003, p.135

²⁹ En thérapie de groupe, on peut se centrer sur les individus en situation de groupe sans prendre en compte des phénomènes groupaux (du moins en n'en faisant pas la priorité) (*thérapie en groupe*). A l'inverse on peut centrer son attention sur le groupe, reconnu comme une réalité psychologique spécifique développant son propre processus et participant par sa dynamique à l'évolution de chaque participant au groupe (*thérapie par le groupe*). On peut également prendre en compte la dynamique groupale et considérer que les effets de groupe peuvent renforcer les effets thérapeutiques individuels l'attention se portant sur les mouvements affectifs de l'individu à l'égard du groupe et des autres participants (*thérapie de groupe*).

thérapeute propose aux femmes du groupe qui l'acceptent de venir autour d'elle. Le thérapeute est placé derrière elle permettant de maintenir un contact par le regard.

Arrêt sur image

Nous pouvons faire l'hypothèse que le thérapeute utilise le contenu des paroles, les émotions, les angoisses d'effondrement qu'exprime Talia, en interprétant à l'intérieur de lui selon des repères psychanalytiques, ce qui le conduit entre autre à proposer à Talia d'explorer par association libre autour des figures protectrices et de souligner la forme de ses angoisses.

On peut citer quelques repères : les travaux de Joyce Mc Dougall sur l'intégration des liens homoérotiques³⁰ à la mère, ceux de Winnicott³¹ sur les angoisses primitives, ceux de Mélanie Klein (bon/mauvais objet ; élaboration de la position dépressive) ceux d'Anzieu avec la notion de Moi-peau³² ...

Le thérapeute est aussi attentif à la communication non verbale de Talia, à sa posture, la qualité de ses pleurs, à celle de sa respiration. Il a également comme repère l'approche corporelle et énergétique de W. Reich et la typologie caractérielle³³ de Lowen.

Comment l'articulation de ces concepts et des techniques qui en découlent peuvent permettre au thérapeute d'aider à répondre la question non formulée de Talia : « aidez-moi à remplir cette enveloppe qui ne tient pas et se fragilise en vieillissant, apprenez moi à être une femme comme ma mère aurait dû me l'apprendre ; aidez-moi à m'en rapprocher et à lutter contre mon désir de la repousser ». On pourrait le dire autrement : comment permettre à Talia de vivre une expérience de satisfaction favorisant l'intériorisation d'un bon objet lui permettant de se sentir unifiée corporellement et psychiquement ?

Scène 2

³⁰ Joyce Mc Dougall., *Eros aux milles et un visage*, Gallimard, 1996, p.37. « [...] la petite fille a besoin de se faire un cadeau d'une part de l'amour et de l'estime qu'elle a eu pour la personne et le corps de sa mère, cela afin d'avoir pour sa féminité et ses organes sexuels les mêmes affections et reconnaissance. »

³² Nous pourrions ajouter les développements de Jacqueline Schaeffer dans « Le refus du féminin » (1997)

³³ La typologie caractérielle d'A.Lowen théorise cinq types de base (schizoïde, oral, psychopathe, masochiste, rigide). Elle permet de repérer des structures psychosomatiques et d'établir une liaison entre fonctionnement énergétique, émotionnel, cuirasse musculaire, traits caractériels et stades infantile des conflits.

Retrouvons Talia, alors qu'elle est allongée, elle sanglote ; le thérapeute l'encourage à respirer et lui demande si lui viennent des pensées ou des images. Tout en évoquant qu'elle ressent une « *colère et une souffrance insupportable* » d'avoir toutes ces femmes autour d'elles, ses mains se tendent et tâtonnent comme pour chercher quelque chose ou quelqu'un.

Sur les encouragements du thérapeute ses mains viennent se poser sur celles d'une des femmes. Elle dit : « *je ne veux plus être toute seule ... comme si je cherchais quelqu'un qui m'aime.* »

A ce moment seul le haut du corps semble animé alors que le bas du corps est immobile, comme figé. Le thérapeute propose alors à Talia un travail plus corporel lui permettant de mobiliser le bas de son corps tout en maintenant le contact avec les femmes autour d'elle. Après ce travail, Voici quelques-unes de ses paroles. « *C'est bizarre, on dirait des paquets d'énergie qui passent dans tout mon corps. Il m'arrive souvent de ne pas savoir quoi faire d'une partie de mon corps. En ce moment j'ai conscience de tout mon corps. Je ressens une sensation d'unité, de bien-être, de force, de libération.* »

A la fin de son « travail », Talia sur les encouragements du thérapeute reprendra contact avec tous les membres du groupe par le regard.

Lors de sa séance individuelle suivant le groupe (nous sommes donc dans une modalité thérapie individuelle et en groupe), Talia s'exprime sur sa difficulté à vivre son désir tant dans sa vie personnelle que professionnelle. Elle évoque qu'elle a conscience d'avoir comme organisé inconsciemment ses échecs successifs, comme si elle continuait à confirmer qu'elle n'y « arriverait jamais ».

Qu'est-ce que cette séance peut illustrer ?

L'utilisation de la théorie de la régression et du transfert. (Transfert latéral maternel envers une des patientes du groupe) ;

La référence à la théorie gestaltiste des « relations achevées ³⁴ » lorsque Talia se sent unifiée, soulagée, libérée après son travail ;

Les apports reichiens et loweniens ainsi que ceux de Max Pagès sur l'importance de l'expression corporelle et émotionnelle³⁵.

³⁴ Lorsqu'un besoin est satisfait on dit que la gestalt est achevée. Quand un besoin n'a pas été satisfait, une émotion non exprimée, une énergie bloquée représentent ce que les gestaltistes appellent des situations inachevées.

³⁵ Dans ce travail l'accent n'est pas mis sur la décharge mais sur la levée des inhibitions et des défenses émotionnelles. Il s'agit d'aider la patiente à entrer dans ses émotions et à les éprouver, en les exprimant corporellement, en lien et avec le soutien des femmes du groupe.

La séance individuelle illustre la théorie psychanalytique de compulsion de répétition articulée avec la notion de scénario³⁶ de vie de l'Analyse transactionnelle³⁷.

Les échos

A la fin de la séance, un espace de parole permet à chaque patient du groupe qui le souhaite d'exprimer en quoi le travail de Talia fait écho dans leur histoire et ressenti. Plusieurs femmes s'expriment sur leur crainte de vieillir, certaines partagent sur la crise existentielle qu'elles ont traversé au moment de la ménopause ; d'autres évoquent qu'elles ont éprouvé de la jalousie envers Talia d'avoir été au centre de l'attention du groupe.

Le thérapeute a dans son for intérieur les développements théoriques d'Anzieu sur le concept d'« inconscient de groupe³⁸ » et de R. Kaës sur celui de « complexe fraternel ³⁹», ceux de W. Bion et de M. Pagès sur l'affectivité groupale. Cet espace des échos pourrait être le lieu de renvoyer aux membres du groupe une interprétation concernant le groupe dans son ensemble et souligner à la fois les similitudes et les différences sur ce qu'ils ont exprimées.

Il ne s'agissait pas de faire le récit d'une vignette clinique mais de donner quelques éléments d'une séance pour illustrer un peu schématiquement comment s'opèrent différents niveaux d'intégration (techniques et théories) et comment s'articulent travail émotionnel et travail verbal et analytique.

³⁶ En Analyse transactionnelle, Le scénario peut être regardé comme la structuration dans le temps de l'organisation de base d'une personnalité et le scénario enferme la personne dans une compulsion de répétition.

³⁷ Fourcade J.M., *L'approche intégrative de la supervision.*, in La supervision en psychanalyse et en psychothérapie, Alain Delourme, Edmond Marc., Paris, Dunod, 2007. Peuvent s'articuler également la théorie des « scénarios » et celle des « bioscénarios ». (FOURCADE, J.-M., & LENHARDT, V. (2006). *Les bio-scénarios, clés énergétique du corps et de l'esprit: une synthèse de l'Analyse Transactionnelle et de la Bio-énergie*. Paris, Interéditions)

³⁸ R. Kaës avance que certains des contenus de l'inconscient ont pour caractéristique d'être partagés ou communs avec d'autres sujets. D'autre part, les sujets produisent en groupe des formations, et notamment des alliances inconscientes. Le groupe existe donc en tant que réalité psychique et possède un « appareil psychique groupal » qui régule l'ensemble grâce à des organisateurs fantasmatiques inconscients. René Kaës., *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod, 1976

³⁹ La dynamique de groupe réactive la rivalité fraternelle. Le « complexe fraternel se confronte au complexe d'œdipe et se heurte aux fantasmes incestueux et au mouvement d'ambivalence vis-à-vis des parents. Il se heurte au fratricide et à l'angoisse de sevrage et de l'abandon. ». René Kaës., *Le complexe fraternel*, Dunod, Paris, 2008. P.218

Par rapport au travail de groupe, différentes questions peuvent se poser au psychanalyste intégratif de groupe

Quelles règles de sécurité, de responsabilité et de fonctionnement du groupe ?

S'il y a co-thérapie, comment le style de la relation entre les co-thérapeutes influence les interactions des participants au groupe ?

Comment articuler une pluralité de cadre (individuel et groupe) et assurer un processus thérapeutique (ou par exemple lorsque le thérapeute individuel est différent du thérapeute de groupe) ?

Quels sont les impacts de l'articulation des techniques et des cadres (thérapie de groupe / individuelle/co-thérapie...) sur le transfert (dimension archaïque, œdipienne, sociale) ?

A quel moment et pour quel patient proposer une thérapie de groupe ?

Comme préparer un patient à rentrer dans un groupe pour permettre de diminuer le risque de non-intégration ou d'abandons précoces ?

Quel choix de techniques selon le stade de régression ou de progression du patient ?

Qu'est ce qui justifie le changement de technique au cours d'une séance, passage de l'association libre à un travail émotionnel et corporel par exemple ou au cours des différentes phases de la psychothérapie ?

Quel équilibre entre centration sur l'individu, sur le groupe, sur le groupe et l'individu ?

A quel moment interpréter et quoi interpréter des processus de groupe et ce qui concerne le groupe dans son ensemble ?

...

Intégration

Intégration n'est pas toute puissance : en effet fort de toutes ses références, le thérapeute pourrait être tenté de renoncer à aucune et multiplier l'utilisation de techniques. Multiplier les dispositifs et les interprétations. Faire du « trop » comme un « thérapeute hypermoderne ».

De la même façon que le thérapeute ne peut pas répondre à toutes les demandes qui lui sont adressées ; chaque dispositif thérapeutique, divan, face à face, groupe va mobiliser prioritairement des pans spécifiques du psychisme⁴⁰. Même si la démarche intégrative et

⁴⁰ « On n'analyse pas la même chose en face à face, ou côte à côte et dans la position divan-fauteuil, pas la même chose dans un dispositif familial ou groupal que dans un dispositif individuel, et la fréquence des séances, pas la même chose selon les âges de la vie ». René Roussillon., *Carnet Psy.*, N° 109, juin 2006

l'articulation des dispositifs, individuel et groupe, par exemple permet d'aborder différents aspects de la vie psychique, aucun dispositif ne peut prétendre les aborder tous.

Intégration n'est pas syncrétisme

Pour le psychanalyste intégratif, il va s'agir de faire coexister et de mettre en relation dans son espace psychique et méthodologique interne des systèmes thérapeutiques qui peuvent être complémentaires mais également contradictoires. (C'est ce que développe JM Fourcade à la suite de M. Pagès)

En sachant que chaque orientation engage des conceptions de l'homme, du lien social et de la science. Est-ce qu'une approche analytique sensible à la dimension conflictuelle de l'existence humaine et à l'inconscient peut s'articuler avec des techniques cognitivo-comportementales ou psychocorporelles ? C'est selon nous, l'articulation épistémologique qui permet d'éviter que le choix d'utiliser différentes techniques ne soit qu'un syncrétisme ou une synthèse. (Une mise en tension, nous retrouvons ici la notion de dialogique⁴¹ d'Edgar Morin).

Je vais terminer mon exposé en essayant de synthétiser les filiations et les soubassements de la psychanalyse intégrative de groupe et poser la question en quoi le groupe peut être une manière de contribuer à traiter les « nouvelles » souffrances de nos contemporains et aider au processus de subjectivation ?

Filiations et soubassements

Les réflexions sur le groupe au lendemain de la seconde guerre mondiale se nourrissent des théories de Marx, celles de Freud et les théories gestaltistes (psychologie de la forme). Elles concernent plusieurs disciplines : la psychologie sociale et la dynamique de groupe (avec Lewin), la sociométrie et le psychodrame avec Moreno. Ces réflexions cherchent à concilier l'individualisme grandissant et le sens de la communauté. **Tous s'accordent** sur le fait qu'il y a des phénomènes spécifiques aux groupes ; qu'on ne peut le réduire à la somme des individualités. Le groupe a donc une réalité propre, c'est un système complexe, un « tout dynamique » vivant, qui obéit à des mécanismes spécifiques.

C'est à Max Pagès⁴² que nous devons le développement d'une approche intégrative sur le fonctionnement de groupe. Il va :

⁴¹ Possibilité de relier des notions sans nier leur opposition. Edgar Morin définit la dialogique comme « l'association complexe (complémentaire/concurrente/antagoniste) d'instances, nécessaires ensemble à l'existence, au fonctionnement et au développement d'un phénomène organisé. » Edgar Morin., *La méthode : la connaissance de la connaissance*, t.3, Paris, Seuil, coll Points Essais, 1992, p.98

⁴² Max Pagès., (1968), *La vie affective des groupes*, Paris, Dunod, 2002

- intégrer les apports de la psychanalyse et de la psychologie humaniste aux problématiques des « collectifs »,
- articuler les théories de l'inconscient aux dynamiques groupales et institutionnelles, en développant l'idée de système socio-mental⁴³ et de système émotionnel⁴⁴, ainsi que la façon dont ils sont susceptibles de s'articuler, éventuellement dans leur « conflictualité créatrice ».

Son approche intégrative repose à la fois sur les apports de :

- Carl Rogers avec les groupes de rencontre basés sur la non-directivité et la capacité thérapeutique du groupe. (Rogers va mettre l'accent sur la dimension affective des relations)
- L'approche psychanalytique avec Freud, Foulkes, Bion et Anzieu et ses successeurs qui ont mis en lumière les dimensions imaginaires et inconscientes dans le fonctionnement des groupes
- Les développements de Reich et ses successeurs sur les aspects énergétiques et corporels

A ceux-ci nous pouvons ajouter :

- L'influence de Perls, le créateur de la gestalt-thérapie. (A la gestalt est emprunté l'intérêt pour l'aspect relationnel, le contact, l'expression corporelle et l'attention sur l'ici et maintenant).
- Enfin, à la suite de Ferenczi, Winnicott et Balint nous devons à Jean-Michel Fourcade les développements théoriques et cliniques de l'utilisation, particulièrement pour les patients limites, de la Régression comme levier thérapeutique et « troisième voie de connaissance de l'inconscient ⁴⁵»

Si nous ajoutons le courant de la sociologie clinique⁴⁶ nous avons les soubassements de ce que nous pouvons qualifier de psychanalyse intégrative de groupe.

Cette approche complexe qui sous-tend l'approche intégrative et qui articule travail émotionnel, régression et travail analytique amènera le psychanalyste intégratif à aménager

⁴³ Le système socio-mental est une hypothèse selon laquelle est posé que les stratégies de pouvoir s'articulent avec des systèmes de défense psychologiques. Les processus d'identification, d'idéalisation, d'auto-persuasion viennent alimenter le rapport de l'individu à l'organisation, formant un système socio-mental qui fonctionne sur les registres du plaisir et de l'angoisse du côté psychique les registres du profit et de l'exploitation du côté de l'entreprise.

⁴⁴ « Le *Système émotionnel* est conçu comme un mode d'expérience et de communication à part entière, propre à l'infans, et non seulement satisfaction pulsionnel. Il lie ensemble des formes primitives de l'affect (colère, rage, joie, peur, terreur...), et de la représentation (images concrètes) à l'expression émotive (mimiques, postures, gestes, voix...) » Max Pagès., *L'implication dans les sciences humaines, une clinique de la complexité*, L'Harmattan, Paris, 2007

⁴⁵ Jean-Michel Fourcade., *Les patients limites*, Desclée de Brouwer, 1997, p.282

⁴⁶ La sociologie clinique cherche à démêler les nœuds complexes entre les déterminismes sociaux et les déterminismes psychiques, dans les conduites des individus ou des groupes. "*L'individu est le produit d'une histoire dont il cherche à devenir le sujet.*" Vincent de GAULEJAC

l'interdit du toucher lui préférant « une limitation du toucher » permettant d'élaborer les traumatismes corporels et psychiques ainsi que la remise en mouvement du système émotionnel.

Nous voilà presque à la fin de mon intervention et je vous propose d'anticiper un peu sur le débat en nous demandant :

Réflexions

Dans une société où le lien est en crise, à la fois le lien entre l'individu et la société dans ses composantes sociales et culturelles et le lien entre les individus entre eux, comment la psychanalyse intégrative de groupe peut-elle être une manière de contribuer à traiter les souffrances de nos contemporains ?

Dans un groupe il y a une certaine socialisation des troubles propres à chaque personne. Les patients découvrent très vite que chacun a des difficultés des modes de réactions et des défenses semblables ou différentes des siennes. Au lieu d'être vécu dans la honte et l'isolement les symptômes pathologiques sont partagés. Ce simple aspect de la situation groupale a un effet thérapeutique.

Chacun des membres du groupe va se trouver dans des relations d'accordage, d'écho, de miroir, ou de conflit. Le groupe va aider chacun à s'exprimer, s'affirmer, se confronter et se construire par la mise en place de liens ni aliénants, ni indifférents.

Ce travail en psychanalyse intégrative va s'effectuer dans les différents registres, corporel, sensoriel, émotionnel, et psychique.

Pour les pathologies narcissiques que nous reconnaissons les plus nombreuses dans notre clinique aujourd'hui, le groupe permet au patient de s'apercevoir graduellement par lui-même de la nécessité par exemple de considérer la présence et les droits des autres dans le groupe.

Voici ce que dit Alexandre : « *Je ne pense pas aux autres, je pense à moi, j'ai du mal à rentrer dans le travail de groupe. Je voudrais parler que de moi, je n'arrive pas à rentrer en contact avec vous, vous êtes plus gênants qu'autre chose, cela m'empêche d'avoir un lien privilégié [avec les thérapeutes] ; je ne sais pas quoi faire de vous ; je me sens tout seul.* » Ce patient est toujours en thérapie.

Le groupe est ainsi un lieu où le sujet peut reconnaître ses propres désirs face aux autres, non pour les imposer mais pour les composer dans la mesure où l'affirmation de soi et la reconnaissance de l'altérité se conjuguent l'une avec l'autre⁴⁷.

Pour ces patients, la difficulté à partager l'intimité fait qu'il sera plus facile d'élaborer leur difficulté en s'identifiant aux autres membres du groupe.

⁴⁷ Vincent de Gaulejac., *Qui est « je » ? Sociologie clinique du sujet*, Paris, Éditions du Seuil, 2009

Les transferts négatifs exprimés par les membres du groupe leur permettront de découvrir que la colère ne conduit pas toujours à la destruction du lien.

Enfin le groupe étant à la fois un lieu d'émergence de l'archaïque et un lieu de symbolisation, offre un meilleur contrôle de la régression, un meilleur contenant (maternel) de l'expression émotionnelle et fonctionne comme pare-excitation.

Comme nous l'avons entendu précédemment la psychothérapie aujourd'hui ne consiste plus majoritairement à se libérer des contraintes normatives vécus comme aliénantes mais plutôt de se dégager des injonctions : d'autonomie qui rentre en conflit avec nos besoins de solidarité et d'intimité ; de performance; de visibilité ; d'injonction à agir sans prendre le temps de l'élaboration psychique et intellectuelle ; d'injonction à être exceptionnel (sinon on n'est rien).

Dans ce contexte le travail groupal nous semble particulièrement adapté aux pathologies auxquelles nous sommes confrontés aujourd'hui, en facilitant le travail d'individuation/subjectivation c'est-à-dire accepter de se construire avec ce qui vient de l'autre.

Conclusion

En conclusion, je ne résiste pas à partager avec vous une parole d'un de nos aînés qui est parmi nous aujourd'hui, le Dr Manuel Barroso, psychiatre et psychanalyste, qui a une longue expérience de la thérapie tant individuelle que de groupe et qui me disait il y a quelques années quand je l'interrogeais sur sa clinique : « *Attention à ne pas trop figer, acceptez le provisoire de vos diagnostics, faites des liens avant de vous aventurer à des interprétations, il faut être ouvert pour percevoir les nouveautés, sentez que le processus est toujours en mouvement, qu'il y a toujours des surprises possibles.* »

Je vous remercie.

Christine Bonnal
Psychanalyste
Psychosomaticienne

12, rue Saint Joseph
75002 Paris
chbonnal@ipsygroupe.fr
01 80 06 47 25

Paris, le 19 octobre 2013

Colloque de la SFPI

Quelles cliniques aujourd'hui dans une société qui fragilise le Sujet ?

Bibliographie

ANZIEU, D., (1985) *Le Moi-peau.*, Dunod, Paris, 1995

- AUBERT N, H. C. (2011). *Les tyrannies de la visibilité : Être visible pour exister ?* Paris, Eres.
- AUBERT, N., (2004), *L'Individu hypermoderne*, Toulouse, Érès (ouvrage collectif).
- BERGERET-AMSELEK, C., *La Femme en crise*, Desclée de Brouwer, Paris, 2008
- FOULKES S.H., (. (2004). *Le groupe-analyse, Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris, Payot.
- FOURCADE, J.-M. (2010). *Les Patients Limites, Psychanalyse intégrative et psychothérapie*. Paris, Erès.
- FOURCADE, J.-M., & LENHARDT, V. (2006). *Les bio-scénarios, clés énergétique du corps et de l'esprit: une synthèse de l'Analyse Transactionnelle et de la Bio-énergie*. Paris: Interéditions.
- FOURCADE J.M., l'approche intégrative de la supervision., in *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, Alain Delourme, Edmond Marc., Paris, Dunod, 2007
- FREUD, S. (s.d.). "Psychologie collective et analyse du moi" in *Essais de Psychanalyse (1923)*. Paris: Payot.
- KAES, R. (1976). *l'appareil psychique groupal*. Paris Dunod
- KAES, R., (2012), *Le Malêtre*, Paris, Dunod
- LOWEN, A. (1976). *La Bioénergie*. Paris: Tchou.
- MARC, E. (2005). *Psychologie de l'identité - Soi et le groupe: Soi et le groupe*. Paris: Dunod.
- MORENO, J.-L. (1965). *Psychothérapie de groupe et psychodrame*. Paris: PUF.
- PAGES Max. (1993). *Psychothérapie et complexité*. Paris: Desclée de Brouwer.
- PAGES, M. (1968). *La Vie affective des groupe, esquisse d'une théorie de la relation humaine*. Paris: Dunod.
- REICH, W. (1973). *L'analyse caractérielle*. Paris: Payot.
- ROGERS, C. (1973 (pour la trad. fr.)). *Les groupes de rencontre*. Paris: Dunod.
- RONDEAU, R., *Les groupes en crise ?* Pierre Mardaga, éditeur, Liège, 1980
- WINNICOTT, DW., *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, (1989), Gallimard, Paris, 2000
- YALOM, I., (1980), *Thérapie existentielle*. Gallade Editions, paris, 2008

UN REVE, UN OBJET BIZARRE EN THERAPIE DE GROUPE – Berta Vega

Berta Vega

Psychologue clinicienne
Psychanalyste

17-21 avenue Gabriel Péri
94300 VINCENNES
01 48 08 18 33
berta.vega@wanadoo.fr

Le titre de cette présentation évoque le rêve qui va être notre support pour situer l'enjeu thérapeutique face à un élément indescriptible de la production onirique et créative de notre inconscient.

Ce travail se réfère à un rêve comportant la présence importante d'un objet qu'une de mes patientes a apporté au cours d'une séance individuelle. Elle avait des difficultés à décrire cet objet et à faire des associations librement. Devant cette difficulté je lui ai proposé d'amener en groupe cet objet bizarre de son rêve.

Avant de développer le travail thérapeutique réalisé en groupe j'aimerais d'abord vous parler succinctement de notre dispositif c'est à dire le groupe et quelle est sa composition, nos appuis théoriques et les diverses techniques que nous utilisons dans notre travail de groupe.

LE GROUPE

Notre groupe composé d'une vingtaine de personnes est comme un oignon composé de plusieurs couches et chaque couche est réunie à la matrice centrale.

- un collaborateur thérapeute et moi-même, responsable du groupe.

Ensuite, une autre couche composée de trois semi couches jouant des rôles bien spécifiques:

- Dans la couche plus proche de la matrice se trouvent les assistants qui travaillent avec moi et mon collaborateur en lien directement avec les patients. Ces personnes sont des étudiants en fin de parcours de formation, et également des collègues souhaitant se spécialiser dans ce type de travail. (5 personnes)
- Dans la seconde couche il y a les observateurs qui ne participent pas directement avec les patients. Ils prennent des notes sur l'expérience groupale et ils sont un véritable aide-mémoire dans la re-mémorisation des vécus du groupe (3 personnes).

- Dans la dernière couche se trouvent les patients. Actuellement ils sont au nombre de 14. La moitié est constituée de femmes entre 37 et 60 ans et l'autre moitié d'hommes entre 35 et 62 ans.

Si j'adhère à l'hypothèse que des théoriciens affirment que : " le groupe est une unité et qu'il a aussi une identité ». Je pourrais ajouter, pour ma part que ce groupe a une certaine maturité.

Je fonctionne depuis longtemps avec quasiment les mêmes personnes et c'est depuis environ une dizaine d'années qu'il y a quelques nouveaux qui ont été très vite adoptés par les autres participants avec une grande implication dans leur propre travail mais aussi dans le travail des autres.

C'est un groupe doté d'une grande créativité et d'une force d'engagement. Il nous emmène dans les profondeurs de l'âme et nous suivons cette invitation avec présence et détermination.

LE TRAVAIL THERAPEUTIQUE

Notre façon de travailler en thérapie de groupe s'appuie essentiellement sur la dynamique que le groupe construit tout au long du week-end de travail. Nous travaillons environ 14 heures, sans compter les heures de préparation du groupe par l'équipe.

Dans le groupe il y a différentes manières de travailler. Soit un patient propose un travail et nous l'aidons avec le groupe, ou bien nous invitons un patient à faire sa demande de travail en utilisant les membres du groupe comme support, comme par exemple lors d'un psychodrame ou la mise en jeu d'une situation. Il arrive que dans la dynamique groupale, nous utilisons des thèmes qui surgissent, faisant travailler tout le groupe. Cela est en partie dû au fait que notre façon de procéder ne s'appuie pas que sur la parole, mais également sur des mises en mouvement, où le corps est sollicité. A certains moments la participation est quasi globale à l'exception des observateurs qui eux, ne participent pas. Les assistants et patients occupent " *le champ multipersonnel* ". Ce concept qui démontre bien sur le plan physique et psychique la façon dont les patients, les membres de l'équipe, collaborateur, thérapeute et assistants contribuent à alimenter le champ du groupe en étant à leur tour conditionnés par lui.

CONTEXTE DE LA SEANCE INDIVIDUELLE

Je vais vous parler d'une de mes patientes que j'appellerai Céline qui me raconte son rêve la laissant perplexe et mal à l'aise. Son rêve parle d'une rencontre érotique et sexuelle entre deux femmes. Le sexe de la plus jeune femme se transforme en prenant l'apparence d'un objet bizarre et indescriptible. Je l'ai invitée à me parler de son état émotionnel, à la sortie de son rêve. Elle m'a dit qu'elle était perturbée, incapable de faire des associations ou de penser. Elle

était tellement déconcertée de son incapacité à élaborer, qu'elle ne savait même pas si elle allait rapporter ou non ce rêve en séance individuelle.

Je dois vous dire que la problématique identitaire reste au centre de son travail thérapeutique depuis un certain temps. Le fait de travailler ce rêve en groupe a permis à Céline d'avancer dans son travail thérapeutique. Les séances individuelles qui ont suivi son travail groupal ont mis en lumière et révélé que cet objet bizarre faisait référence à sa confusion identitaire.

Dans l'incapacité de penser, d'élaborer et d'associer pendant la séance individuelle, je lui ai suggéré de travailler son rêve où des parties du rêve dans le Groupe du week-end. Ma proposition l'a effrayée. Céline a exprimé de la honte et de la peur d'exposer son rêve au grand jour dans le Groupe.

Je lui ai chuchoté à l'oreille avant la fin de la séance qu'elle pourrait travailler ce qui la bloque sans dévoiler explicitement aux autres son rêve. Je lui ai dit qu'elle pourrait mobiliser le groupe en lui permettant de réagir. Je lui ai donné des exemples comme faire un dessin, créer une scène de théâtre, une sculpture qu'elle pourrait réaliser et qui serait en lien avec l'objet innommable du rêve.

DESCRIPTION DU TRAVAIL EN GROUPE

Le dimanche matin, vingt minutes avant la pause-déjeuner, Céline s'est positionnée pour travailler. Elle a dit au groupe qu'elle allait réaliser une sculpture et elle demandait à celles et ceux qui le voudraient, de leur dire à voix haute l'association qui leur viendraient spontanément à l'esprit à la vue de sa sculpture.

Tous les participants du groupe étaient conviés (sauf les observatrices/observateurs, qui ont comme consigne de ne participer à aucun travail thérapeutique).

Céline a mis en scène une évocation de son rêve en utilisant divers objets qui se trouvaient dans notre salle de travail, comme par exemple deux coussins recouverts d'un drap jaune, d'où émergeait un ballon blanc sur lequel elle a tracé un trait noir en zigzag. Dans le cadre de cette mise en scène un peu mystérieuse, Céline a demandé au groupe de réagir sur sa « création artistique » qu'elle a faite, sans poser la question du pourquoi ni du comment. Le groupe s'est pris au jeu avec docilité et enthousiasme. Il s'est retrouvé pendant une vingtaine de minutes dans une galerie d'art où une artiste exposait une de ses œuvres. Chaque participant, y compris les assistants et thérapeutes, exprimait ce que lui évoquait cette œuvre. Ayant connaissance de son rêve, j'ai décidé de ne pas y participer.

Céline, en réalisant l'OBJET-SCULPTURE (une œuvre d'art) a produit une METAPHORE de son rêve.

Pour Céline, les éléments de cet objet créé sont chargés d'une portée affective que nous ne trouvons pas chez les membres du groupe, car ils ne connaissent pas le rêve, la source de son inspiration. En mettant en scène cette sculpture, Céline ne sait pas encore que les éléments

qu'elle a utilisés, comme les deux coussins sous le drap jaune, partageant ensemble le même ballon, représentent deux corps sous le même drap et que le ballon avec le trait noir en zigzag fait référence autant au sexe masculin que féminin, chose qui ressortait des interprétations des participants.

En écoutant des commentaires et réactions des membres du groupe sur sa « sculpture », Céline aurait pu se laisser aller à penser que le groupe savait le contenu de son expression artistique.

La chaîne associative groupale qui s'est développé dans le travail de Céline à permis à chaque participant et au groupe dans son ensemble d'exprimer des *fantasmes partagés*, comme l'explique bien Claudio Néri dans son livre sur le groupe. Ces chaînes sont l'expression, non seulement d'une pluralité d'individus, mais aussi du groupe comme un tout communautaire.

Le fait que le groupe s'est mis à penser et à élaborer sur l'objet-sculpture, a donné à Céline la possibilité de métaboliser son anxiété et son angoisse pour continuer son travail.

À la fin du week-end évoquant son travail de groupe, la patiente dira qu'elle est satisfaite de son travail, qu'elle en retient surtout le fait que personne ne l'a jugée en se moquant d'elle et que personne n'essayé de penser à sa place. Elle dira clairement : « Vous m'avez donné de la matière à penser, une autorisation à penser, vous n'avez pas dit qu'il y avait une seule interprétation. C'est multiple ça m'autorise à penser par moi et pas comme les autres ».

Il y aurait bien sûr beaucoup à dire sur cette séquence de travail ; je voudrais juste vous dire, en guise de conclusion, que :

- En proposant à ma patiente une nouvelle perspective de travail avec le groupe, nous sortons du risque d'impasse thérapeutique qui s'installait dans la séance individuelle.
- Le rôle de *Holding* du groupe permet la remise en route de sa capacité de penser.
- Le fait que les patients se soient mobilisés dans leur noyau archaïque pour créer une matrice commune du groupe, a permis à ma patiente de métaboliser des éléments difficilement analysables (éléments beta comme a pu le penser Bion).

Je dirai que la difficulté à penser, par moments, de Céline renvoie probablement à une carence de la capacité de rêverie de sa propre mère.

La capacité d'un sujet à se penser, se sentir, s'investir dans la relation n'est-elle pas liée à la manière dont il a été investi, pensé, senti par l'autre, à commencer par la mère ?

La reprise de l'élaboration de ce pulsionnel médusant chez Céline s'est faite avec une restauration de la capacité de jouer dont on sait, avec Winnicott, qu'elle est importante dans les stades de développement.

Je vous remercie de votre attention et de votre écoute.

LA RELATION PATIENT-THERAPEUTE : DE LA RELATION A LA RENCONTRE, UNE CLINIQUE DU SENSIBLE ET DE L'INVISIBLE – Elisabeth Le Boulch

Elisabeth Le Boulch

Psychanalyste intégratif

06 33 02 96 11

elis.leboulch@orange.fr

PREAMBULE

Comment la relation de co-création entre patient et thérapeute favorise-t-elle l'émergence de l'inconnu et le déploiement du processus thérapeutique ?

Le récit clinique de 4 temps forts du chemin thérapeutique de Béatrice mettra en lumière les 7 ingrédients qui me semblent essentiels à l'art de la relation et à l'approche de la complexité en psychanalyse intégrative.

RECIT CLINIQUE : BÉATRICE ET LES BÉBÉS [Non disponible en ligne]

LES INGREDIENTS ESSENTIELS A L'ALCHIMIE DU PROCESSUS THERAPEUTIQUE PAR LA RELATION ET DANS LA RELATION

Étymologie : relation, du latin relatio : récit, narration ; rencontre, du mot encontre : venir en face.

De la Relation à la Rencontre, une clinique du sensible et de l'invisible

La relation patient-thérapeute est-elle suffisante pour le déploiement du processus thérapeutique ? En l'absence d'une véritable rencontre dans le champ dynamique de l'espace transitionnel, la relation risque d'ignorer les forces de l'inconscient et de laisser dans l'ombre ce qui mériterait d'apparaître au grand jour. Elle est cependant incontournable, car la rencontre ne peut advenir que par la relation et dans la relation. Autrement dit, c'est la rencontre naissant de la relation qui a le pouvoir de mettre en mouvement le dialogue des inconscients.

Comment patient et thérapeute favorisent-ils la rencontre dans le champ thérapeutique ?

Voici une proposition de 7 ingrédients qui s'entrecroisent dans l'alchimie de la rencontre.

- 1) L'engagement mutuel comme fondement de l'alliance thérapeutique
- 2) Le cadre en soutien des mouvements d'ouverture à la vie
- 3) Une utilisation tempérée de l'interprétation
- 4) Le jeu au sein de la relation, l'attention aux mouvements transférentiels et contre-transférentiels
- 5) L'écoute des affects et du ressenti en contrepoint des limites du langage conceptuel
- 6) L'ouverture aux processus inconscients, à l'inconnu, à la surprise et au mystère
- 7) La posture du thérapeute, invitation à la rencontre dans le sensible et l'invisible

1) L'engagement mutuel comme fondement de l'alliance thérapeutique

Béatrice fait preuve d'un réel engagement, vecteur puissant de l'alliance thérapeutique. A mon tour, dans les turbulences d'une réaction thérapeutique négative, me vient la résolution suivante : *je ne laisserai pas tomber ce bébé, je le soutiendrai coûte que coûte.*

Michael Balint qualifiait la relation analytique de « *compagnonnage d'investissement mutuel* ».

Serge Tisseron parle d'édification mutuelle à travers une relation forte, mutuelle et réciproque qui n'a nul besoin d'être symétrique. Cit. « *L'idée même de sujet passe au second plan. Il n'y a plus que du relationnel, du travail psychique partagé, de la co-symbolisation.* »

2) Le cadre en soutien des mouvements d'ouverture à la vie

Pour soutenir les mouvements d'ouverture à la vie, j'adapte le cadre en fonction de l'évolution psychique de ma patiente et des événements marquants de sa réalité tels que la grossesse.

Alain Amselek considère qu'en définitive le cadre réel de l'analyse correspondrait à l'atmosphère ressentie à la fois par le patient et l'analyste, lorsque le raccord à l'inconscient a eu lieu.

Béatrice m'amène à articuler les interventions winnicottiennes et les interventions plus frustrantes destinées à symboliser la perte. L'optimisation du dosage entre soutien et frustration représente un défi auquel je me heurte régulièrement dans le feu de la relation.

Alain Amselek met cette difficulté en perspective : cit. « *Ce qui contribue à la complexité de la clinique, c'est le balancement entre la jouissance et la castration (...). (...) le thérapeute est amené à se tenir dans le maternel, qui est toujours incestueux (...) mais en même temps pour maintenir un « espace de thérapie », il a à tenir conjointement une position de père symbolique et séparateur, il doit être garant de la loi (tout n'est pas permis). »*

3) Une utilisation tempérée de l'interprétation

Il m'arrive de parler les fantasmes que Béatrice ne peut mettre en mots, mais en général, je privilégie le respect de son cheminement et j'attends que le fruit soit mûr pour une découverte qui pourrait s'avérer différente de mes hypothèses. Je sens aussi qu'il est important de respecter les silences de Béatrice au lieu de chercher systématiquement à les interpréter. Ainsi va la gamme des silences : silence vide et désespéré, silence chargé d'angoisse, silence du blocage et de l'inhibition, silence rebelle de l'attaque ou de la résistance, silence de repréailles après la séparation estivale, silence grave de la maturation, jusqu'au silence plein annonciateur du jaillissement de la conscience.

Bion n'adhère pas à la méthode kleinienne d'interprétation intensive, il privilégie la confiance en « *l'inconnu, l'inconnaissable, l'infini informe* ».

Alain Amselek souligne : cit. « *La position de l'analyste qui se contente d'interpréter en faisant des liens est une position intellectuelle. Plus que faire des liens c'est faire du liant qui est le plus important, c'est contenir l'inconnu.* »

Serge Tisseron note d'une part, qu'un transfert négatif bien interprété permet de transformer la menace qui pèse sur la relation en levier essentiel de changement, et d'autre part que toute interprétation est vécue comme une intrusion dangereuse, si le patient n'est pas prêt à la recevoir. Il rend hommage à l'esprit de co-création qui animait Didier Anzieu : cit. « *Il avançait ses interprétations comme les éléments d'un puzzle que nous aurions eu à construire ensemble. Et dans ces moments-là, il ne disait pas « je », ni « vous », il disait « nous ».*

4) Le jeu au sein de la relation, l'attention aux mouvements transférentiels et contre-transférentiels

Le rêve du bébé perdu et mon rêve du jeu de cache-cache se répondent par inconscients interposés. Cela résonne avec la notion de « *créé-trouvé* » conçue par Winnicott pour décrire la relation du nourrisson au sein maternel. Cit. : « *Le sein est créé et sans cesse recréé par l'enfant (...).* » « *Se cacher est un plaisir, mais ne pas être trouvé est une catastrophe.* » Gageons que le bébé Béatrice a créé l'objet thérapeute qui lui a permis d'être trouvé et de se rencontrer. Et si tel est le cas, le thérapeute a fait office de simple passeur.

Tout n'est pas transfert dans la relation, mais le transfert y occupe une place centrale. C'est au cœur de l'interrelation sujet-objet que se forge la rencontre dans les intrications invisibles qui se trament au sein du « *champ dynamique bipersonnel* » (cf. Madeleine et Willy Baranger). Mon contre-transfert positif est convoqué par Béatrice, le plus souvent dans une position maternelle. Les manifestations de transfert négatif stimulent le lien et aident ma patiente à grandir, ainsi qu'elle en a fait la demande. J'écoute mes réactions émotionnelles, verbales, physiques, énergétiques pour repérer mon contre-transfert ; où suis-je dans la relation ?

Paula Heimann fut la première à considérer le contre-transfert de l'analyste non seulement comme une partie de la relation analytique mais aussi comme la « création » du patient. Elle reconnaissait ainsi le concept d'identification projective introduit par Mélanie Klein.

Avec Heinrich Racker, le mythe d'un processus unipersonnel entre un patient malade et un analyste sain s'effondre pour donner place à un processus bipersonnel. Le transfert positif du patient induit le contre-transfert positif de l'analyste, il en va de même pour le transfert négatif. Le contre-transfert devient l'outil thérapeutique essentiel qui va nécessiter une auto-analyse permanente de toutes les réactions de l'analyste.

5) L'écoute des affects et du ressenti en contrepoint des limites du langage conceptuel

Le corps est une porte d'entrée intéressante pour Béatrice, pour contourner l'obstacle de la parole difficile et aborder les fixations préverbaux. Je veille à favoriser le retour au corps et au ressenti, grâce à la relaxation et à la respiration.

Cette approche œuvre aux retrouvailles avec soi (retrouver sa maison), à l'approvisionnement des émotions et des tensions, à l'ancrage des ressources qui permettent d'étayer la sécurité et le courage nécessaires au patient pour s'aventurer dans ses zones d'ombres. Elle peut développer l'imagerie mentale et ouvrir la voie qui mène à la vulnérabilité sous-jacente aux mécanismes de défense.

Au cœur de l'interrelation corps-esprit, ce travail donne de la chair au processus de symbolisation, facilite le dégel des fixations et atténue le risque d'un processus tournant à vide dans le conceptuel. En effet, le conceptuel seul est par nature inapte à l'accès direct au réel et à la transformation. L'écoute des affects et du ressenti sert de catalyseur à une rencontre, une résonance, au plus près du réel.

Alain Amselek s'inscrit en ardent défenseur du corps et de l'affect : cit. « *je tiens à réhabiliter la place réelle du corps et de l'affectivité dans la pratique psychanalytique en y montrant l'importance d'une « présence charnelle » (...).* » « *Sans conscience du corps pas de chair, pas de sentiment d'être, pas de présence-soi !* » « *Quand l'analyse fonctionne à un niveau intellectuel, (...) il y a fusion « incestuelle », il n'y a pas réelle rencontre.* »

6) *L'ouverture aux processus inconscients, à l'inconnu, à la surprise et au mystère*

Béatrice se révèle réceptive au dialogue des inconscients malgré ses défenses très rationnelles.

Pour ma part, je tente de lâcher la proie pour l'ombre, en m'affranchissant du savoir et de mes hypothèses pour me laisser surprendre, sans chercher à comprendre, par ce qui émerge dans l'ici et maintenant du champ de la rencontre. La parole de Béatrice crée alors la surprise par le sens qui s'en dégage et par le processus qui s'y déploie.

Winnicott : cit. « Ce qui importe, ce n'est pas tant le savoir du thérapeute que le fait qu'il puisse cacher son savoir ou se retenir de proclamer ce qu'il sait. »

Pour Alain Amselek, la « position de psychanalyste » correspond précisément à un « accordage à l'in-connu ». Cit. « Ecouter, c'est inviter l'imprévisible. » « (...) se laisser affecter avant de savoir par quoi et même sans chercher à savoir pourquoi. » « Dans les zones archaïques, le psychisme du patient (...) fait l'analyste comme l'enfant fait sa mère. (...) L'analyste peut alors apporter la qualité de son accompagnement sans comprendre ce qui se passe. »

John Welwood : cit. « Le dialogue thérapeutique, comme toute rencontre intime entre deux êtres humains, est plein de mystère, de surprise et de revirements imprévisibles. Pour cette raison, les grands thérapeutes ont plutôt tendance à être plus intéressés par ce qu'ils ignorent de leurs clients que par ce qu'ils connaissent. »

La posture du thérapeute, invitation à la rencontre dans le sensible et l'invisible

Les silences de Béatrice m'incitent à une présence méditative qui emplît l'espace thérapeutique d'une passerelle quasi charnelle, affine mon intuition et libère sa parole.

Cette qualité de présence exige un entraînement car elle chahute nos habitudes. Du fait de l'interdépendance, elle permet un accordage plus subtil avec le patient. Dans ces moments de grâce, le patient est au centre, le thérapeute est centré et la rencontre a lieu au plus près de ce que vit le patient, ce qui atténue le risque de tâche aveugle.

Freud invite à une « *écoute avec attention également flottante* ».

Winnicott recommande « *d'être là sans but* », capable d'accepter le chaos et l'informe, attendant le moment juste où le patient trouvera seul et de manière créatrice ce qu'il a à découvrir pour lui-même.

Bion conseille « *d'être sans mémoire, sans savoir, sans projet* » pour se laisser aller à la « *rêverie* » telle la rêverie maternelle, contenant régulateur de l'expérience émotionnelle.

Alain Amselek rappelle que l'analyste n'est pas maître du jeu, car le patient avance non pas par lui, mais à travers la relation avec lui. Il prône : cit. « un contact direct immédiat avec l'invisible, pure présence et réceptivité, à la limite de l'in-connaissable ». « une éprouvance avec contact profond (...) une sorte de résonance ensemble ».

John Welwood préconise la méditation car elle donne plus de chances aux thérapeutes d'incarner une présence authentique, un calme et une attention plus profonde.

POUR CONCLURE

La rencontre patient-thérapeute met en jeu l'intime, le sensible et l'invisible via l'action souterraine des processus inconscients. Ce qui advient dans l'alchimie de la rencontre est par conséquent intransmissible ; le récit clinique, la narration en reflètent seulement une saveur, une atmosphère, à défaut d'essence et de quintessence.

La rencontre par la relation et dans la relation est indispensable au déploiement du processus thérapeutique. Cela concerne aussi la phase délicate de la fin de thérapie, et comme le souligne Jean-Michel Quinodoz, pour pouvoir se séparer d'un objet sans angoisse excessive, il faut l'avoir véritablement rencontré.

La rencontre nécessite un minimum d'altérité, sans quoi elle n'a pas lieu. Selon les personnalités, les pathologies et les situations en présence, elle sera plus ou moins accessible et la relation fluctuera entre chaos et harmonie, quand elle ne sera pas soumise à la rupture.

Alain Amssek place l'altérité au cœur du chemin psychanalytique : cit. « *La rencontre naît du choc de la différence.* » « *La psychanalyse est l'artisanat du tissage d'un lien de présence à présence (...) la relation psychanalytique me semble fondée, surtout en tant qu'analyste, sur la passion de l'autre, de l'altérité, et sur une éthique d'hospitalité.* ».

Et pour finir, citons les 3 points que John Welwood estime essentiels à la psychothérapie :

« *La Relation,*

L'investigation

Et la présence dans une Rencontre de cœur à cœur. »

Je vous remercie.

Paris, Octobre 2013

Sources d'inspiration : références bibliographiques

Alain Amssek , *Écoute de l'intime et de l'invisible* - CERP 2006

L'ouverture à la vie - *La psychanalyse au XXIe siècle* - Desclée de Brouwer 2010

Madeleine & Willy Baranger *La situation analytique comme champ dynamique* - P.U.F. Revue française de Psychanalyse 1985/6 Vol.49 p1543-1571

Angela Goyenna, *Heinrich Racker ou le contre-transfert comme un nouveau départ de la technique psychanalytique* - P.U.F. Revue française de psychanalyse 2006/2 Vol.70 p351-370

Jean-Michel Quinodoz, *La solitude apprivoisée* - P.U.F 1991

Serge Tisseron, *Fragments d'une psychanalyse empathique* - Albin Michel 2013

John Welwood, *Pour une psychologie de l'éveil* - La Table Ronde 2003 (Trad.)

Donald Winnicott, *Jeu et réalité* - Gallimard 1975 (Trad.). *De la pédiatrie à la psychanalyse* - Payot 1969 (Trad.). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* - Gallimard 2000 (Trad.)

DSM5 : Objet professionnellement séismique difficilement identifiable. – Michael Randolph

Michael Randolph

Psychothérapeute

Vice-Président du SNPpsy

Membre du CA de l’AFFOP en charge des relations internationales

micrandolph@gmail.com

Ce que l'on a vu et entendu tout le long de cette journée a été tour à tour élégant, dense, profond, drôle, synthétique : l'univers de discours de la psychanalyse et la psychothérapie relationnelle. Or ils existent d'autres univers de discours en contradiction partielle ou définitive avec la nôtre. Je veux vous parler d'un d'entre eux qui a fait couler beaucoup d'encre sans pour autant être appréhendé à sa juste valeur. Bien sur le désormais fameux DSM5. Manuel de diagnostic et statistique numéro 5.

D'abord ce qui est choquant dans cette nouvelle mouture du manuel est que plusieurs des membres les plus éminents de la commission de rédaction de l'Association américaine de psychiatrie du numéro 4 du même DSM ont été tellement choqués qu'ils ont publié de grands diatribes dans la presse spécialisée ainsi que généraliste aux Etats-Unis pour dire tout le mal qu'ils en pensaient et toutes les craintes qu'ils ressentaient vis à vis d'une « pathologisation » et d'une médicalisation forcenée de la vie dite "normale". Alors si eux en tremblent...

Nous avons tendance à imaginer que les univers de discours peuvent se croiser sans se parasiter, se cannibaliser, voire s'anéantir. Nous pensons de manière qualitative. Nous imaginons un certain respect pour les autres systèmes d'observation et de synthèse. Or nous avons mal mesuré la taille de cette déferlante systématisante. Entre 1994, lors de sa première apparition, jusque l'an 2000, il s'était vendu quasi un million de copies du DSM4 partout dans le monde. Ça veut dire sans doute 2 millions de copies jusqu'à l'arrivée du 5 cette année. C'est un volume de ventes « Harrypotteresque », quasi inimaginable pour une œuvre de médecine spécialisée. Il y a, donc, un Godzilla dans la maison et nous avons à décider quoi faire.

En effet, nous sommes face à un phénomène de société plus qu'un simple remue-ménage au sein du monde psychiatrique. D'abord parce que ce phénomène est loin d'être seulement américain. Cette nouvelle systématisation s'est rapidement globalisée et même si d'autres catégorisations psychiatriques existent, elles n'auront de facto pas de place pour respirer face

au DSM. Ensuite, la fascination avec la pathologie mentale et sa catégorisation, voulue définitive, démontre un bien curieux mélange entre un distancement qu'il faut appeler pseudo-scientifique inhérent à cette tâche volontairement titanesque de référencement et en même temps une envie d'arrêter, une fois pour toutes, les complexités de la souffrance psychologique, le dysfonctionnement cérébral, la mentalisation inadéquate, le comportement socialement problématique, les phénomènes de groupe et de culture, le développement de la personnalité normal et pathologique et ainsi de suite. Or, on n'arrête pas une réalité qui court. L'angle de vision du DSM réduit de façon fort discutable les dynamismes mentaux et psychologiques qui fondent nos réalités individuelles et groupales.

Le psychiatre Jean Broustra dit - "L'expression (exprimer c'est sortir hors de soi ce qui est ressenti intérieurement) est ce qui manque le plus à l'institution psychiatrique centrée sur le repérage du symptôme et sur le comportement." Qu'est-ce qu'on a pu, de façon assez déloyale à mon avis, souligner combien nous n'étions pas intéressés aux symptômes ces cinq dernières décennies, mais je veux ici surtout souligner le piège que représente l'importance quasi-exclusive accordée à la notion de repérage.

En effet et tout au moins dans l'esprit de l'utilisateur lambda du DSM, l'idée est bien entrée dans sa tête qu'il s'agit d'une sorte de GPS sur le terrain de la difficulté de vivre comme être humain. Il est simpliste certes de s'y référer de cette manière, mais il est fort à parier que les axes psychologiques et comportementaux autour desquels ce système est construit donnent et continueront à donner une idée du repérage comme un but en soi, donnent une notion de libeller l'autre en tant que réponse aussi bien nécessaire qu'adéquate aux demandes qui se présentent aux représentants des professions, largement vues, de la relation d'aide. Là où les deux axes se croisent, nous trouverons, à partir de cette logique, l'essentiel du demandeur.

Ce qui pose problème ici, bien sûr, sont deux petites paroles : "et ensuite?"

Je veux partager avec vous une citation d'un poète anglais dont j'ai perdu le nom.

"La licorne," écrivait-il, "n'existait pas parce qu'elle avait plus important à faire."

La complexité de notre imaginaire ainsi que de l'être qui se construit de façon importante sur cet imaginaire s'enracine dans un sol symbolique et symbolisant. Ils créent ces articulations profondes qui permettent que nous nous animons humainement. Les fils croisés de la lunette DSM ignorent sciemment et inconsciemment ces autres dimensions, dimensions qui contiennent une partie vaste et centrale de notre propre existence ainsi que de notre univers de discours.

Depuis plus de trente ans le monde médical s'est mis à se gargariser d'un sobriquet se voulant pragmatique et simple: L' "Evidence-Based Medicine", ou en meilleur français, "la médecine fondée sur la preuve". Non pas que les médecins d'autrefois ignoraient l'efficacité en faveur d'attendre que la théorie rattrape la réalité, mais, ainsi va le mythe, ça les gênait

considérablement. Le monde, moins brave et moins nouveau qu'à l'affiche, a tout de même intégré la notion de "nous ne faisons que ce qui marche" ou "nous ne nous rendons qu'à l'évidence." Or chez nous l'évidence n'est pas si évident, voire parfois pas évident du tout.

Le résultat est que l'on finit par tailler la réalité au gabarit de notre propre espace conceptuel. "Lorsque l'on a pour seul outil un marteau," dit un proverbe de la Terre Neuve, "tous ses problèmes ressemblent à des clous."

Bien sur les clous se présentent très régulièrement sous formes de médicaments, dont l'efficacité, selon les recherches les plus récentes, semble de façon difficilement compréhensible se réduire de décennie en décennie, la toxicité à long terme rester un inconnu et la régularité et la taille du dosage échapper, dans le monde réel du cabinet médical, aux normes imposées par les fabricants ainsi que par le ministère de la santé. Déroulements et articulations type à revoir donc.

A partir de ce bel engrenage l'on se retrouve face à certains effets pervers proprement stupéfiants. Déjà le diagnostic du syndrome de l'hyperactivité avec déficit d'attention concerne autour de 15% des enfants aux Etats-Unis avec une très grande majorité qui prennent des médicaments. Le gouvernement fédéral offre à bien des familles pauvres un soutien financier important dès lors que la famille a un enfant malade de la "bonne" manière -- autour de \$32000 annuel. Bien sûr ceci fait la différence pour beaucoup de familles entre une voiture qui marche/pas de voiture qui marche, une assurance maladie pour la famille/pas d'assurance maladie, vacances/pas de vacances. La vraie perversion devient claire lorsque l'on réfléchit à la position économique de l'enfant "malade" dans sa famille. D'abord l'existence de "coachs" pour aider le petit/la petite à acquérir crédiblement le comportement qui permet le diagnostic voulu lors de sa visite psychiatrique qui ouvre la porte à une vie plus digne pour tout la famille, ensuite la nécessité de rester malade en dépit du traitement, ce qui veut dire en général apprendre mal et emmerder les autres. Nous avons ici tous les ingrédients pour une enfance sacrifiée aux besoins économiques familiaux ainsi qu'une vie adulte bien compromise par la pression d'être un mauvais élève à l'école! Je vous laisse imaginer l'ambiance familiale.

Pour ce qui est de la scientificité de ces manuels, il faut insister qu'il y a une différence fondamentale entre l'entreprise de la science qui a tout intérêt à douter de soi pour faire avancer les choses (le fameux impératif de la falsification empirique selon Karl Popper) et la « technologisation » d'une démarche empirique, qui cherche surtout des certitudes, l'on pourrait dire, "jouables". Un petit exemple servira à illustrer la difficulté d'adhérer clairement à un cadre qui respect l'importance d'une éventuelle falsification.

En 1993, la base génétique de la maladie de Huntington, une maladie neuro-dégénérative est découverte. L'on savait déjà qu'il s'agissait d'un seul gène et on a compris qu'une répétition d'une des paires de bases était responsable pour une malformation dans une protéine qui assure la communication neuronale. Le problème est simple. Si un gène fut responsable pour

une maladie tellement complexe et dévastatrice, où étaient les autres simples gènes responsables pour d'autres désordres ou comportements complexes, la homosexualité, par exemple, le patinage artistique, que sais-je ? Pendant un certain temps on en trouvait un gène apparemment fondamental pour la schizophrénie, la cleptomanie etc... et le monde attendait bouche bée l'explication oh combien directe et satisfaisante de tous les grands énigmes de l'existence humaine. Or, avec le temps la congruence simple, un gène - un comportement, s'est révélé un leurre. Presque tout est le fruit d'interactions complexes entre gènes différentes et, bien sûr, entre prédisposition génétique et l'environnement. Nous voyons donc comment des mouvements conceptuels, souvent poussés par des médias friands d'explications simples, passent à travers le monde scientifique et, a fortiori, pseudo- ou crypto-scientifique ainsi que le monde médical bien évidemment, balayant régulièrement la complexité chère à Max Pages en faveur de toute une panoplie d'explications réductrices et en général passagères.

Pour terminer je veux vous raconter ce qui s'est passé lorsqu'Albert Einstein et Charlie Chaplin se sont rencontrés. Einstein a dit à Chaplin, "ce que j'admire le plus est ton universalité. Tu ne dis rien et le monde entier te comprend."

Chaplin a répondu, "c'est vrai, mais ta gloire est encore plus grande. Le monde entier t'admire alors que personne ne te comprend."

Il nous faut sauvegarder notre espace psychanalytique et psychothérapeutique, ce qui veut dire refuser une liturgie assez incantatoire selon laquelle nous sommes avec nos patients afin de les comprendre. Cet aspect-là fait partie de notre travail, une partie d'un ensemble qui n'est pas nécessairement construit autour de la compréhension de façon prépondérante. Et même lorsque c'est le cas, la compréhension, encore une fois selon Freud, est un phénomène du "nachhinein", de l'après-coup et n'est que rarement transposable de façon nette sur d'autres situations thérapeutiques. Il se peut même que le cœur de l'engagement thérapeutique se résumera toujours par ce simplissime "et ensuite?.."

Société Française de Psychanalyse Intégrative (SFPI)

*6, rue Beauregard
75002 Paris*

www.sfpsychanalyseintegrative.org
contact@sfpsychanalyseintegrative.org