

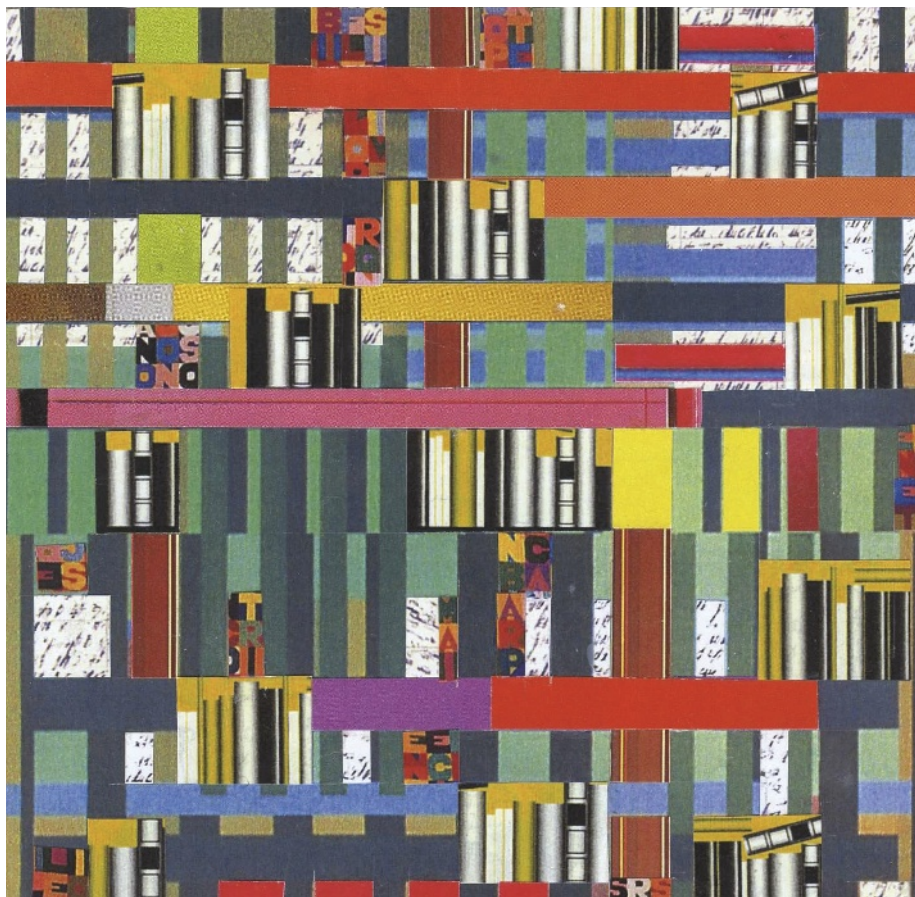
Le Monde Des des Ph@rmaciens

Site : <http://www.lemondedespharmaciens.com/> Facebook : <http://www.facebook.com/Le.Monde.Des.Pharmaciens>

Le Monde
des
Pharmaciens

Sous la direction de
François Marty

Les grands concepts de la psychologie clinique



DUNOD

P S Y C H O S U P

Les grands concepts de la psychologie clinique

Sous la direction de
François Marty

DUNOD

Illustration de couverture :
Franco Novati

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements		d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
--	---	--

© Dunod, Paris, 2008

ISBN 978-2-10-053512-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Ouvrage réalisé sous la direction de :

François MARTY	Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, directeur de l'Institut de Psychologie, université Paris Descartes, psychologue et psychanalyste.
----------------	--

Avec la collaboration de :

Catherine AZOULAY	Maître de conférences en psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychologue et psychanalyste.
Annie BIRRAUX	Professeur de psychologie clinique à l'université Paris Diderot, psychiatre et psychanalyste.
Thierry BOKANOWSKI	Psychiatre et psychanalyste SPP.
Bernard BRUSSET	Professeur émérite de psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychiatre et psychanalyste SPP.
Jean-Yves CHAGNON	Maître de conférences en psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychologue et psychanalyste.
Aline COHEN DE LARA	Maître de conférences en psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychologue et psychanalyste.
Paul DENIS	Psychiatre et psychanalyste SPP.

Florence GUIGNARD	Psychanalyste SPP.
Alberto KONICHECKIS	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Nîmes, psychologue et psychanalyste.
Françoise NEAU	Maître de conférences en psychopathologie à l'université Paris Diderot, psychologue et psychanalyste.
René ROUSSILLON	Professeur de psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2, psychanalyste SPP.
Pierre SULLIVAN	Maître de conférences en psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychiatre et psychanalyste SPP.
Benoît VERDON	Maître de conférences en psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychologue.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION (FRANÇOIS MARTY)	1
CHAPITRE 1 L'INCONSCIENT (BERNARD BRUSSET)	5
Introduction	7
1 La théorie de l'appareil psychique et la métapsychologie	9
2 La théorie freudienne de l'inconscient	11
3 L'inconscient selon M. Klein : l'archaïque de l'amour et de la haine	15
4 Les trois inconscients	16
Lectures conseillées	18
CHAPITRE 2 LES PULSIONS (PAUL DENIS)	21
Introduction	23
1 L'évolution de la théorie des pulsions chez Freud	24
1.1 Les pulsions libidinales	26
1.2 La pulsion d'emprise	27
1.3 Les pulsions du moi et les pulsions d'auto-conservation	28
1.4 L'opposition entre les pulsions et le narcissisme	29
1.5 Le principe de plaisir-déplaisir et le principe de réalité	30
1.6 Pulsions de vie et pulsion de mort	30

2	Pulsions, représentations et constitution du moi	32
3	La représentation	33
4	Les dysfonctionnements pulsionnels	35
5	Pulsion et relation d'objet	36
	Lectures conseillées	37
CHAPITRE 3	LE RÊVE DANS LA PRATIQUE DES CLINICIENS (ALBERTO KONICHECKIS)	39
	Introduction	41
	Prédestination	42
1	L'interprétation des rêves	43
1.1	Une méthode	43
1.2	Accomplissement d'un souhait	44
1.3	Le travail du rêve	45
1.4	Une psychologie	47
2	Les suites	49
2.1	Accomplissement hallucinatoire du souhait et compulsion de répétition	50
2.2	Le négatif du souhait	51
3	Clinique et technique, écran du rêve, transfert-contre-transfert	52
3.1	Écran du rêve et situation psychanalytique	53
3.2	Transfert-contre-transfert, nouvelle voie royale vers l'inconscient	54
4	Créations de sens	55
4.1	Rêve : création de significations	55
4.2	Narcissisation et subjectivation	57
	Conclusion : l'élaboration psychique	58
	Lectures conseillées	59
CHAPITRE 4	LA PROJECTION (ANNIE BIRRAUX)	63
	Introduction	65
	Quelques notes sur la notion de « défense »	65
1	Espace de définition	66
1.1	Existe-t-il une projection « normale » ?	67
1.2	Recherche de sens, projection ou créativité ?	68
1.3	De l'ignorance au déni de savoir	69

1.4	Des tests projectifs et du mot « projeter » en psychologie	70
2	La projection chez Freud	71
2.1	Quelques repères	71
3	La projection à l'adolescence	73
3.1	Un préalable	73
3.2	Projection et adolescence	73
	Lectures conseillées	75
CHAPITRE 5	L'IDENTIFICATION (JEAN-YVES CHAGNON)	77
	Introduction	79
1	Définitions	80
2	Revue de la littérature	81
2.1	L'identification chez Freud	81
2.2	La notion d'identification chez les post-freudiens	88
2.2.1	<i>L'identification à l'agresseur</i>	89
2.2.2	<i>L'identification projective</i>	89
2.2.3	<i>L'identification adhésive</i>	90
2.2.4	<i>La notion d'identification primaire</i>	91
	Conclusion	92
	Lectures conseillées	93
CHAPITRE 6	LES FANTASMES (THIERRY BOKANOWSKI)	97
	Introduction	99
1	Le fantasme, objet de la psychanalyse	100
2	Bref historique de la naissance du concept de « fantasme inconscient »	101
3	Fantasmes et rêves	103
4	La question du désir	105
5	L'action du refoulement	106
6	Fantasme et ordre pulsionnel	107
7	Théories sexuelles infantiles	109
8	Organisation et structure fantasmatique	110
9	Les fantasmes originaires	111

10	La cure analytique	113
	Conclusion	114
	Lectures conseillées	115
CHAPITRE 7	LES MÉCANISMES DE DÉFENSE (ALINE COHEN DE LARA, JEAN-YVES CHAGNON)	117
	Introduction : les concepts de défense et de mécanismes	119
1	Les mécanismes de défense névrotiques	122
1.1	Le refoulement	122
1.2	L'annulation rétroactive	124
1.3	L'isolation	124
2	Les formations réactionnelles	126
3	Renversement dans le contraire et retournement sur soi	128
4	Identification à l'agresseur	128
5	La régression, la sublimation, l'identification	129
6	Les mécanismes de défense primitifs	129
6.1	Le déni de réalité, le clivage du moi et la projection chez Freud	130
6.1.1	<i>Déni et clivage du moi</i>	130
6.1.2	<i>Projection</i>	135
6.2	Les mécanismes de défense chez M. Klein	136
6.3	Les mécanismes primitifs chez les auteurs contemporains	138
	Lectures conseillées	139
CHAPITRE 8	LE CONCEPT D'INFANTILE DANS LA CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE (FLORENCE GUIGNARD)	143
1	La part inconsciente du fonctionnement psychique dans la rencontre analytique	145
2	Les deux logiques de la vie psychique	146
3	L'infantile	147
3.1	Qualification des diverses utilisations du terme d'infantile	148
3.2	De la nécessité théorico-technique de créer un concept qui élargisse le champ considéré	148
3.3	Des caractéristiques de ce concept : définition et situation de la structure considérée	149
4	L'impact de l'infantile du patient sur l'infantile du psychanalyste	150

4.1	Statut de l'infantile et de son refoulement chez l'analyste en exercice	151
4.2	L'infantile, l'omniscience et l'omnipotence du psychanalyste	151
4.3	L'analyse du psychanalyste : avec ou sans fin ?	152
5	Fonctionnalité et fonctionnement du concept d'infantile dans le travail clinique quotidien du psychanalyste	153
5.1	L'infantile pervers/polymorphe	154
5.2	Les taches aveugles	154
5.3	Le travail sur les taches aveugles : un travail en après coup	156
5.4	Les interprétations-bouchons	157
	Conclusion	159
	Lectures conseillées	159
CHAPITRE 9	LE NARCISSISME (FRANÇOISE NEAU)	161
	Introduction	163
1	Le narcissisme dans l'œuvre de Freud	164
1.1	Avant 1914	164
1.2	Les caractéristiques du narcissisme dans l'article de 1914	164
1.2.1	<i>Le narcissisme normal</i>	164
1.2.2	<i>Libido du moi et libido d'objet</i>	165
1.2.3	<i>Narcissisme primaire, auto-érotisme, narcissisme secondaire</i>	165
1.2.4	<i>Choix d'objet narcissique</i>	166
1.2.5	<i>Le moi idéal, héritier de la libido narcissique</i>	166
1.3	Le narcissisme de 1915 à 1920	167
1.4	Le narcissisme après l'introduction de la pulsion de mort en 1920	167
1.4.1	<i>Narcissisme et destructivité</i>	168
1.4.2	<i>Un autre narcissisme primaire : l'état anobjectal</i>	168
1.4.3	<i>Résumé</i>	169
2	Destins post-freudiens du narcissisme	169
2.1	Heinz Kohut	170
2.2	Jacques Lacan	170
3	L'axe du narcissisme dans la clinique	171
3.1	L'axe narcissique dans la psychopathologie	172
3.1.1	<i>Les névroses</i>	172
3.1.2	<i>Les psychoses</i>	173
3.1.3	<i>Les perversions</i>	173

3.1.4	<i>Les états limites</i>	173
3.2	Organisations narcissiques et troubles narcissiques graves de la personnalité et du comportement	174
	Conclusion	174
	Lectures conseillées	175
CHAPITRE 10	LE COMPLEXE D'ŒDIPÉ OU LA QUESTION DES ORIGINES (FRANÇOIS MARTY)	177
	Introduction	179
1	Œdipe dans la mythologie	180
2	L'œdipe dans la théorie freudienne	181
2.1	Le complexe nucléaire des névroses	184
2.2	Le déclin du complexe d'Œdipe	185
2.3	Deuxième théorie de l'œdipe	187
3	Après Freud	188
3.1	La question des origines n'est pas mythique mais fantasmatique	191
3.2	Le complexe et le mythe d'Œdipe	191
	Conclusion	192
	Lectures conseillées	192
CHAPITRE 11	LA NÉVROSE (ALINE COHEN DE LARA)	195
1	Rappel historique	197
2	Débats actuels	198
3	La névrose et la psychanalyse	199
3.1	L'unité structurale des névroses de transfert	200
3.2	Sexualité infantile et reconstruction après-coup	201
3.3	Le conflit intra-psychique	202
3.4	Symptôme et angoisse	203
4	Les formes cliniques de la névrose	204
4.1	La névrose hystérique	204
4.2	La névrose obsessionnelle ou névrose de contrainte	206
4.3	La névrose phobique ou hystérie d'angoisse	208
5	La thérapeutique	209
	Lectures conseillées	209

CHAPITRE 12	LES PSYCHOSES (PIERRE SULLIVAN)	211
1	Devenir psychotique	213
1.1	La réalité	214
1.2	La sexualité	217
1.3	Les fantasmes originaires	219
2	Les psychoses	222
2.1	Schizophrénie et paranoïa	222
2.2	Autisme, manie et mélancolie	224
2.3	Narcisse	225
3	Thérapeutique	227
	Lectures conseillées	228
CHAPITRE 13	LES ÉTATS LIMITES (CATHERINE AZOULAY)	229
	Introduction	231
1	Historique du concept d'état limite	231
2	Premières pierres théoriques freudiennes à l'édification du concept	232
2.1	La théorie freudienne du narcissisme (1914)	232
2.2	L'élaboration du concept de clivage du moi (1917-1938)	233
3	Les conceptions des principaux courants psychanalytiques contemporains	234
3.1	Apports de la psychanalyse américaine	234
3.2	Apports de la psychanalyse anglo-saxonne	234
3.3	Contributions de la psychanalyse française	235
4	Spécificités cliniques des états limites	236
4.1	Pathologie de l'intériorité	236
4.2	Porosité des limites	237
4.3	Angoisse dépressive	238
4.4	Mécanismes de défense primaires	238
4.4.1	<i>Le clivage</i>	239
4.4.2	<i>L'identification projective</i>	239
5	Principales expressions psychopathologiques	240
5.1	La violence et l'agir	240
5.2	Les conduites de dépendance	241
5.3	La régression somatique	241

Conclusion	242
Lectures conseillées	242
CHAPITRE 14 LA DÉPRESSION (BENOÎT VERDON)	245
Introduction	247
1 Clinique de la dépression	249
1.1 Une saisie psychopathologique et nosographique	250
1.2 Une problématique des causalités	252
2 Métapsychologie de la dépression	253
2.1 Deuil et mélancolie	253
2.2 Les positions schizo-paranoïde et dépressive	254
2.3 Dépression et dépressivité	255
3 Dégagements psychopathologiques	255
3.1 Les troubles bipolaires	256
3.2 Les organisations limites, narcissiques et perverses	256
3.3 La névrose	257
4 Compréhension, évaluation	258
Lectures conseillées	259
CHAPITRE 15 COMPLEXITÉ ET PARADOXES DU TRANSFERT (RENÉ ROUSSILLON)	261
Introduction	263
1 Transfert et associativité	263
2 Transfert, refoulement et histoire	265
3 Les processus de transformations et le transfert	267
4 Spécificité du transfert dans l'analyse	268
5 L'analysabilité de la configuration transférentielle	269
5.1 Paradoxe du transfert induit-spontané	270
5.2 Analyser, symboliser	270
5.3 Transfert historique, transfert structural	271
5.4 Un autre paradoxe dans l'interprétation du transfert	272
6 Formes et enjeux du transfert en analyse	273
6.1 Transfert sur le cadre	273
6.2 Transfert paternel, transfert maternel : transfert selon l'objet	274

TABLE DES MATIÈRES	XIII
6.3 Transfert positif, transfert négatif	275
6.4 Transfert selon le temps de référence de la « situation historique »	276
7 Complexité du transfert : la constellation transférentielle	277
Lectures conseillées	279
INDEX DES NOTIONS	281
INDEX DES AUTEURS	289

INTRODUCTION¹

Pourquoi un tel recueil ? Ni traité (de psychopathologie), ni dictionnaire (des idées), ni vocabulaire (de psychanalyse), ni manuel (de psychologie), ces *Concepts fondamentaux de la psychologie clinique* associent le style propre à chacun de ces genres : à la fois explicitations terminologiques, approches cliniques et psychopathologiques, revues de la littérature, points de vue personnels des auteurs. Finalement, en s'inscrivant dans l'histoire des idées, l'ouvrage montre le chemin parcouru et ouvre de nouvelles perspectives sur des notions fondamentales dans le champ de la psychologie clinique. Utile pour l'étudiant comme pour le professionnel – clinicien, universitaire et chercheur –, cet ouvrage intéressera aussi bien les psychiatres que les psychologues, les travailleurs sociaux (assistants sociaux et éducateurs, notamment) que les enseignants des collèges et lycées. Bien des psychanalystes trouveront également dans ces pages des rappels certes, mais aussi des points de vue originaux et novateurs qui aideront ces lecteurs exigeants à renouveler leur approche des thèmes qui ont été sélectionnés ici.

Les *Concepts fondamentaux* répondent à une attente forte d'une définition à la fois rigoureuse et vivante, théorique et clinique des principaux concepts qui sont à l'œuvre dans la pratique. Il s'agit moins d'une somme que d'une sélection de concepts qui, par leur importance même, s'imposent comme des repères fondamentaux qui aident le lecteur à penser la réalité clinique. Si tous les concepts ne sont pas rassemblés ici, les plus importants y sont abordés. La cohérence épistémologique des références développées dans cet ouvrage ne s'inscrit pas dans un courant de pensée qui verrait s'amalgamer tous les horizons, tous les points de vue, comme s'il était possible et même souhaitable que le lecteur fasse son marché aux idées, prenant tel point, rejetant tel autre, comme si tout était équivalent et interchangeable. Ici, le parti pris est inverse : c'est la cohérence interne, propre à une théorie bien déterminée, qui préside à l'organisation de l'ensemble de l'ouvrage. Le choix des items s'inscrit dans cette logique-là. En approfondissant une notion, chaque

1. Par F. Marty.

auteur développe sa pensée et s'inscrit en même temps dans un ensemble théorique plus vaste qui couvre la plupart des territoires que le clinicien est amené à rencontrer dans sa pratique. Il s'agit d'apporter un point de vue documenté et approfondi, bien situé au plan théorique et bien articulé aux réalités cliniques.

Qu'est-ce que la psychologie clinique ? Au-delà de la diversité des définitions possibles, la psychologie clinique postule l'existence de la réalité psychique. Elle tente de comprendre la diversité des modes de fonctionnement des personnes, comme elle tente d'appréhender les différentes façons que ces personnes utilisent pour se penser comme sujets de leurs actions et de leur vie. Elle est donc bien plus qu'une phénoménologie, bien plus qu'une simple description de l'action, des conduites et des comportements humains. Elle prétend donner sens à ce qu'elle observe pour l'organiser dans un ensemble cohérent où le sujet – notion difficile à appréhender – serait au centre de ce dispositif, avec son caractère unique, ce qui fait dire que la clinique est l'art du singulier et qu'elle procède au cas par cas. L'objectivité de la méthode clinique s'appuie essentiellement sur la subjectivité du clinicien, sur sa capacité à rendre compte de ce qu'il éprouve en situation clinique avec un patient. Moins un sujet communique, plus le clinicien doit faire appel à sa capacité à expliciter ce qu'il ressent lui-même dans cette situation, plus il doit faire appel à l'analyse de sa position contre-transférentielle. La compréhension passe dans ces cas par l'analyse de la subjectivité du clinicien, comme si elle lui servait de guide dans l'exploration d'un territoire inconnu.

La singularité de ce dispositif repose sur l'idée que plus l'analyse de la situation clinique (celle d'un cas) est approfondie, plus ses conclusions sont applicables, généralisables à l'ensemble des cas ; plus elle est singulière, plus elle est universelle. Contrairement à la méthode expérimentale qui, elle, tire sa validité de l'accumulation de données (méthode quantitative), la méthode clinique tire la sienne de la qualité et de la profondeur de l'observation et donc de la qualité de la formation de l'observateur et de l'excellence de ses outils d'observation ainsi que celle de la méthode utilisée pour le recueil des données. Cependant, la méthode clinique ne néglige pas l'aspect quantitatif, dans la mesure où ses observations et les conclusions qu'elles permettent reposent en réalité sur des centaines, voire sur des milliers d'heures passées à écouter des patients, comme le rappelle fort justement D.W. Winnicott. Sans parler de la nécessité de confronter sa pratique et les interrogations qu'elle comporte avec un tiers expérimenté. La multiplicité des observations et celle des séances de supervision, que toute bonne formation clinique suppose, représentent au final une accumulation de données considérable dont il faut tenir compte pour évaluer ces pratiques. La qualité de l'observation dépend aussi de la pertinence de la théorie que l'observateur utilise. Pour ce qui concerne la psychologie clinique, telle que nous venons de la définir, seule la théorie psychanalytique permet au clinicien de disposer d'un cadre de pensée suffisamment pertinent, structuré et cohérent. Elle

offre, en effet, un ensemble de repères permettant à celui qui s'y réfère d'appréhender et de « lire » un vaste champ clinique. Son avantage décisif sur les autres théories tient au fait qu'elle nous introduit à l'hypothèse de l'Inconscient, telle que Freud l'a définie, avec ses lois et ses règles de fonctionnement. Non seulement les conduites humaines ont un sens, mais ce sens est à chercher – au-delà (ou en deçà) de la manifestation de ces conduites – dans l'activité pulsionnelle du sujet (sa sexualité infantile) telle qu'elle se déploie tout au long de la vie dans son interaction avec l'environnement.

Au moment où certains courants de pensée exhortent les cliniciens à ne se référer à aucune théorie (*cf.* le DSM IV R) – comme s'il pouvait y avoir des observations naïves – nous proposons au contraire d'engager fermement le lecteur dans une réflexion structurée, organisée par la référence à une théorie qui donne toute sa cohérence aux faits observés. La théorie donne l'intelligence des faits, même si, comme le disait J.-M. Charcot, « La théorie, ça n'empêche pas d'exister ». Car au final, la théorie est toujours à reconsidérer parce que ce sont les faits qui ont toujours raison. La théorie n'a pourtant pas réponse à tout. Elle n'est qu'une approximation de la réalité dont elle est censée rendre compte. Elle donne la mesure de notre incapacité (provisoire) à proposer une explication (exacte) aux choses. L'histoire des idées témoigne de la vanité des théories qui ne durent parfois que l'espace de la vie de leur créateur. Mais, avec cette imperfection même, la théorie est indispensable au clinicien, comme au physicien, pour penser la réalité sur laquelle il s'interroge. Elle le guide et l'aide à organiser sa pensée. Pour trouver sa validité, la psychologie clinique doit être armée ; elle doit pouvoir compter sur une réflexion qui envisage l'ensemble de la vie psychique, réflexion qui donne au clinicien des repères pour entendre et comprendre ce qu'il perçoit. De cette théorie dépendent, en psychologie clinique, les modalités thérapeutiques qui seront proposées au patient. Le sujet n'est pas réductible à l'ensemble de ses fonctions. Il est aux prises avec son histoire, en quête d'un sens à donner à son existence. Mais cette activité de repérage de soi est inlassablement menacée par la vie pulsionnelle qui, elle, ne connaît que la quête de sa propre satisfaction.

C'est ce cadre de pensée que nous exposons ici à partir de notions qui nous paraissent incontournables parce qu'elles sont au fondement même de l'activité psychique et de la clinique. Le choix des concepts fondamentaux retenus dans l'ouvrage s'organise ainsi autour de quatre axes :

- 1) les notions clés qui permettent de penser le fonctionnement psychique : l'inconscient, la pulsion, le rêve, la projection, l'identification, le fantasme, les mécanismes de défense ;
- 2) les principes d'organisation dynamique de la psyché : l'infantile, le narcissisme et le complexe d'Œdipe ;
- 3) les modalités d'organisation de la vie psychique dans la diversité des situations cliniques rencontrées, ses différents registres de fonctionne-

ment au plan psychopathologique : névroses, psychoses, états limites, dépression ;

4) la répétition et le levier du changement : le transfert.

Tous les auteurs de l'ouvrage ont une authentique orientation psychanalytique et exercent la psychanalyse, la plupart sont universitaires, enseignants et chercheurs. Ils prolongent par cet ouvrage leurs activités de passeurs, de transmetteurs d'une théorie vivante parce que quotidiennement mise à l'épreuve, interrogée dans la pratique.

Chapitre 1

L'INCONSCIENT

INTRODUCTION¹

La définition négative de l'inconscient comme non-conscient lui donne un sens très large. Historiquement, les limites de la conscience et de la volonté ont conduit les philosophes du sujet à faire place à la notion d'inconscient, de préconscient ou de subconscient. Dans la problématique classique des rapports du corps et du psychique trois catégories sont généralement distinguées : la représentation (la connaissance), le vouloir (l'action volontaire) et la passion (l'affection) : toutes impliquent la dimension inconsciente.

L'intérêt pour les forces obscures en jeu dans les passions humaines, le rêve et la folie, prit une grande place au XIX^e siècle, notamment dans le romantisme allemand, dans la philosophie et la littérature. La pratique et la théorie du magnétisme animal, illustrée par le médecin autrichien F.A. Mesmer (1734-1815), suscita un grand intérêt, de même que, sur le plan scientifique, la psychophysiologie expérimentale et la clinique des automatismes et des dissociations de la conscience. Avec le baquet de Mesmer, il s'agissait de capter, en vue de la guérison, les forces du « magnétisme animal ». Les traitements par l'hypnose en ont été l'héritage. Les effets spectaculaires de la suggestion hypnotique, notamment de la suggestion post-hypnotique qui induit l'hypnotisé à faire ensuite, en donnant de fausses raisons (la rationalisation), ce qui lui a été ordonné, illustrent l'existence de l'inconscient, son pouvoir d'abolition de la conscience et de la volonté dans la dépendance à l'autorité de l'hypnotiseur.

C'est dans ce contexte et avec ces références initiales que Freud établit la théorie psychanalytique de l'inconscient à partir du traitement des hystériques.

1. Par Bernard Brusset.

En 1917, Freud écrivait à Groddeck : « L'inconscient est la médiation correcte entre le corporel et le spirituel, peut-être le “*missing link*” qui a manqué si longtemps. »

À La Salpêtrière, J.-M. Charcot, célèbre neurologue spécialiste de l'hypnose des hystériques, accueillit Freud et l'incita à poursuivre ses travaux du côté de l'étiologie de l'hystérie. Les thèses de l'époque sur la dégénérescence et l'hérédosyphilis n'excluaient pas le rôle de « la chose génitale » et l'étiologie traumatique. Cette dernière conception fonda la méthode hypno-cathartique décrite par Freud et Breuer en 1895 (*Études sur l'hystérie*). Le cas d'une jeune fille hystérique (Anna O.), traitée en 1880 et 1881 par Breuer, suscita un grand intérêt chez Freud et ils publièrent ensemble la *Communication préliminaire* (1893, rééditée en 1895 dans *Études sur l'hystérie*). Des représentations liées à des traumatismes sexuels anciens, à défaut d'issues dans la vie psychique consciente, déterminaient de nombreux symptômes que les auteurs expliquèrent par des « réminiscences » non liquidées. La disparition des symptômes était attribuée à la catharsis par l'hypnose.

Devant l'effet thérapeutique souvent inconstant, partiel et provisoire de l'hypnose, Freud abandonna cette forme de traitement des hystériques, mais il continua à s'interroger sur le phénomène qui devait le conduire à la théorie du transfert, et d'abord à celle de la dynamique de l'inconscient pulsionnel. Surtout, il découvrit l'efficacité, dans la remémoration des traumatismes refoulés, d'une nouvelle méthode : la libre association des idées qui devint la règle fondamentale de la psychanalyse. Acceptant la demande d'une de ses patientes de la laisser parler, Freud renonça à l'activisme thérapeutique qui jusqu'alors multipliait les moyens supposés thérapeutiques : outre l'hypnose, les massages, les bains, les médicaments, les manipulations et les chantages. C'est à partir de là que la psychanalyse, comme pratique thérapeutique de l'interprétation, fut découverte et instituée : « Il s'agissait maintenant de concevoir le matériel que les idées incidentes des patients fournissaient, comme s'il renvoyait à un sens caché, de deviner ce sens à partir de lui. L'expérience montra bientôt que le médecin analysant se comporte ici de la façon la plus appropriée s'il s'abandonne lui-même, dans un état d'attention en égal suspens, à sa propre activité d'esprit inconsciente, évite le plus possible la réflexion et la formation d'attentes conscientes, ne veut, de ce qu'il a entendu, rien fixer de façon particulière dans sa mémoire, et capte de la sorte l'inconscient du patient avec son propre inconscient. » (Freud, 1923*b*). Cette phrase qui définit la méthode par le fonctionnement psychique attendu du patient, et aussi celui de l'analyste, est fondatrice. Elle a donné lieu à de nombreux commentaires. Elle situe clairement la pratique de la psychanalyse dans un mode de relation particulier qui suppose l'effacement de l'analyste comme personne au service de l'écoute métapsychologique de la parole du patient. En découlent logiquement l'importance de la formation de l'analyste et ce qui deviendra la deuxième règle fondamentale de la

psychanalyse : l'analyse personnelle du futur analyste (règle définie par Ferenczi).

La théorisation ouverte et sans cesse remaniée de l'inconscient psychanalytique chez Freud et chez ses héritiers est directement liée à l'expérience de la pratique psychanalytique, de ses échecs, de ses difficultés et de ses succès. Elle est d'abord une théorie de cette pratique, mais elle utilise de nombreuses sources de connaissance de l'âme humaine dans les sciences, la culture, les mythes, les arts.

La découverte initiale de l'inconscient par Freud a eu trois sources principales : le traitement des hystériques, son auto-analyse et l'interprétation des rêves, y compris celle de ses propres rêves. La structure biface des symptômes névrotiques se retrouve dans la psychopathologie de la vie quotidienne de sorte que l'interprétation des actes manqués, des lapsus, des oublis, des mots d'esprit, obéit aux mêmes règles de l'interprétation. Ainsi s'est trouvée constituée une clinique psychanalytique des manifestations de l'inconscient.

1 LA THÉORIE DE L'APPAREIL PSYCHIQUE ET LA MÉTAPSYCHOLOGIE

Sa formation scientifique de chercheur en neuro-anatomie et en neurophysiologie, et son désir que la psychanalyse soit scientifique au sens du positivisme des sciences naturelles, incita Freud à chercher des modèles d'explication dans la psychophysiologie de son époque qui renouvelait profondément la question de « l'inconscient cérébral ». Comme l'a montré M. Gauchet (1992), le modèle du réflexe et de l'organisation hiérarchique du Système Nerveux Central, les recherches sur l'aphasie (dont celles de Freud) et sur les localisations cérébrales, ouvraient de larges perspectives pour l'explication scientifique des phénomènes d'automatisme et de contrainte. Dans le même temps, la découverte des lois de la transformation de l'énergie d'une part, et la théorie de l'Évolution de Darwin d'autre part, offraient des modèles transposables au cerveau, et, par extrapolation, au psychisme.

« L'esquisse d'une psychologie scientifique à l'usage des neurologues » (1895), texte que Freud adressa à son ami Fliess et dont il refusa la publication, constitue en référence à ces modèles une première élaboration de ce qui deviendra « l'appareil psychique ». Cette construction sera reprise autrement dans le chapitre VII de *L'Interprétation du rêve* (1900) et surtout dans le texte de 1911 sur « les deux principes du cours des événements psychiques ». Ce texte fondateur élargit la référence au modèle du réflexe aux implications

psychogénétiques, cliniques et anthropologiques de la théorie de l'inconscient pulsionnel.

Le texte de 1895, qui comporte en germe bien des aspects du développement ultérieur de la théorie freudienne, a donné lieu à des évaluations contemporaines contradictoires. Selon Pribram (Pribram et Gill, 1986), la neuropsychologie de Freud est un exemple privilégié de recherches scientifiques conduites dans l'interface des disciplines biologiques et psychologiques, alors que pour Gill la métapsychologie freudienne reconduit implicitement la neuropsychologie du Projet (« l'Esquisse ») et doit être rejetée car la psychanalyse n'appartient pas aux sciences naturelles.

Ce débat se poursuit sous divers aspects. Les spéculations de Freud et de Ferenczi sur « l'inconscient biologique », la transmission des caractères acquis, la répétition de la phylogenèse dans l'ontogenèse, appartiennent depuis longtemps à l'histoire des idées. Cependant, certains voient dans les progrès des neurosciences une voie à suivre pour donner à la psychanalyse un fondement scientifique (O. Kernberg par exemple), d'autres préconisent la rupture avec les sciences naturelles dans l'affirmation de sa spécificité épistémologique (M. Gill par exemple). D'autres encore (comme J.-D. Nasio), dans une position extrême, préconisent la réduction de la psychanalyse à la théorie d'une pratique, à une métapsychologie qui ne saurait fonder un nouveau savoir anthropologique, ni même une interprétation convaincante des productions artistiques et de la culture. À la limite, l'inconscient psychanalytique, co-construit par le patient et par l'analyste, n'existerait que dans la cure. Ce point de vue constructiviste, radicalement réducteur, fait disparaître la psychopathologie psychanalytique et l'apport de la psychanalyse à la culture et à l'anthropologie. Il en est de même dans certaines dérives contemporaines de la psychanalyse : personnaliste, phénoménologique, narrative, herméneutique.

À l'opposé, certains psychanalystes, tout en récusant tout syncrétisme et tout parallélisme, attendent des sciences un enrichissement des modèles du changement psychique et de la métapsychologie des traces mnésiques (les mémoires inconscientes), des représentations et des affects, donc de la théorie de l'inconscient qui ne saurait être réduit à la cure (G. Pragier et S. Faure-Pragier, 2007).

Les psychologies cognitives contemporaines, s'affranchissant des réductions du béhaviorisme, prennent en compte la richesse et la complexité de la conscience dans les divers modes de traitement de l'information venue des organes des sens, de la perception, de la mémoire et des émotions. Les recherches sur la perception, sur la mémoire, sur les localisations cérébrales, notamment par l'imagerie cérébrale fonctionnelle chez des patients cérébro-lésés, montrent bien que l'activité cognitive consciente est accompagnée d'une grande activité cognitive subconsciente de niveau élevé. Le rapprochement avec certaines formulations initiales de Freud peut sembler accréditer

l'idée que Freud n'a pas découvert l'inconscient mais la conscience dans ses niveaux inapparents (L. Naccache, 2006). Plus radicale était la thèse de Changeux de réduction du psychique au neuronal. Les niveaux différents de la conscience et de l'attention peuvent être mis en rapport avec l'activation des zones correspondantes du cerveau et ces auteurs y voient l'origine de l'activité psychique – et jamais ses effets. Dans le même sens, la réduction de l'étiologie de la pathologie mentale aux facteurs biologiques et sociaux, conscients et inconscients, fait disparaître le psychisme individuel inconscient, la causalité psychique inconsciente qui est au fondement de la psychanalyse.

À l'inconscient des passions et des pulsions, en rapport avec le cerveau des neuromédiateurs, est opposé un inconscient intellectuel, calculateur conçu par la psychologie cognitive de l'intelligence artificielle et de l'informatique sur les mêmes principes de fonctionnement que l'ordinateur. Mais d'autres types de traitement de l'information (par exemple connexionnistes) ont été mis en évidence et la question actuelle est plutôt de concevoir des ordinateurs sur le modèle du cerveau.

La biologie de la conscience et la neuropsychologie modernes distinguent des niveaux de fonctionnement différents dans des modèles de la causalité plus complexes. Les débats sont vifs entre psychologies cognitives et neurosciences (*cf.* G. Edelman, 1992).

Les thèses de J. Fodor (1983) illustrent bien la solution par le dualisme de fonctionnement : les systèmes modulaires, périphériques, automatiques, obligatoires, rapides, câblés, syntaxiques, procéduraux sont l'objet électif de la neuropsychologie. Ils sont opposés à un système global, « holistique », sémantique, celui des significations, de l'activité de penser, de la réflexion (penser la pensée), posant la question fondamentale, celle du « fantôme dans la machine », de l'agent, du sujet. Quoi qu'il en soit, dans les psychologies cognitives, les notions freudiennes de pulsionnel et de conflictualité intrapsychique disparaissent au profit de l'idée de la concurrence entre les modes de traitement de l'information et entre les programmes d'action.

2 LA THÉORIE FREUDIENNE DE L'INCONSCIENT

Le grand apport de Freud est d'avoir établi que, sous la négativité manifeste des symptômes névrotiques (crise et conversion hystériques, phobies, obsessions, déficit fonctionnel, souffrance, angoisse), il y a une positivité cachée, celle de la réalisation déguisée d'un fantasme inconscient sous couvert de symbolisation et des mécanismes de défense, dont essentiellement le

refoulement. Loin de n'être qu'une dimension, un postulat opératoire, une référence dans la psychologie, la psychopathologie et la culture, l'inconscient freudien implique fondamentalement le conflit et la défense. Il rend compte de la conflictualité intra-psychique que manifestent les « formations de l'inconscient » et, à partir des données de la cure, de nombreuses formes de la psychopathologie, mais aussi à partir du développement libidinal (fixations et régressions) et de la sexualité infantile (dont le complexe d'Œdipe).

Comme le montre l'insistance de Freud sur la métaphore de l'investigation archéologique, il y a un réalisme de l'inconscient et l'on a pu dire que les représentations de chose sont des représentations-choses qui sont des sources d'excitation. Freud a souvent insisté sur la « réalité psychique », contestant par anticipation les nombreuses tentatives ultérieures de réduire la psychanalyse à la phénoménologie existentielle et l'inconscient à une simple dimension de la personne ou de l'interrelation entre les personnes.

Le chapitre sur l'inconscient, dans la métapsychologie de 1915, explicite clairement le fondement méthodologique et les paramètres organisateurs de la conception freudienne : « Comment parvenir à la connaissance de l'inconscient ? Nous ne le connaissons naturellement que comme du conscient, après qu'il a subi une transposition ou traduction en du conscient. Le travail psychanalytique nous fait quotidiennement faire l'expérience qu'une telle traduction est possible. Pour ce faire, il est exigé que l'analysé surmonte certaines résistances, celles-là mêmes qui, de cela, ont fait jadis un refoulé, en l'écartant du conscient. » Après ce préambule méthodologique, l'exposé de Freud aboutit à fonder les trois paramètres de la métapsychologie :

- le point de vue dynamique : la poussée exercée sur la conscience par les actes psychiques inconscients, c'est-à-dire par les représentations de traces mnésiques et de pulsions finalisées par des buts, détermine des « formations de l'inconscient » : symptômes névrotiques, lapsus, actes manqués, oublis, mais aussi idées incidentes, résultats de pensée dont l'élaboration n'est pas consciente ;
- le point de vue topique : il s'agit de systèmes de fonctionnement différents et même inverses. Le refoulement (première censure) sépare l'inconscient (Ics) du conscient (Cs) et du préconscient (Pcs), eux-mêmes séparés par une seconde censure. Le refoulement agit par le retrait d'investissement des représentations tandis que l'affect libéré se transforme en angoisse. Le « retour du refoulé » se fait sous forme de « rejets de l'inconscient », par exemple sous couvert d'une formation substitutive comme la phobie. Les contenus de l'Ics sont les représentations de choses (et d'objets) pulsionnellement investies qui correspondent à des traces mnésiques en rapport avec la sexualité infantile (génitale et pré-génitale). Il y a plusieurs mémoires et des traductions ou transformations entre les différents registres. Les contenus du Pcs sont à la fois des représentations de choses et des représentations

de mots, d'où les transformations possibles par la psychanalyse comme « cure de parole » ;

- le point économique : il rend compte des investissements, des rapports de force et du travail de transformation. Le refoulement des représentations inconscientes est maintenu par les contre-investissements. Selon l'avantage pris par le pulsionnel ou par les défenses, on distingue les formations substitutives (la phobie), les formations de compromis (la conversion hystérique), et les formations réactionnelles dont, par exemple, les traits de caractère.

Les grandes caractéristiques du système Ics s'opposent à celles des systèmes Cs et Pcs dont « le contenu est issu, pour une partie, de la vie pulsionnelle (par l'intermédiaire de l'Ics), pour une autre partie de la perception ». Dans le système Pcs règne le processus secondaire par lequel s'articulent les représentations de mots et les représentations de choses (et d'objets).

Dans le noyau de l'inconscient, les « motions pulsionnelles sont coordonnées les unes aux autres, existent sans être influencées les unes à côté des autres, ne se contredisent pas les unes les autres : il n'y a, dans ce système, pas de négation, pas de doute, pas de degrés de certitude. Tout cela ne sera mis en place que par le travail de la censure entre Ics et Pcs... Dans l'inconscient, il n'y a que des contenus plus ou moins fortement investis ». Et plus loin : « Résumons : absence de contradiction, processus primaires (mobilité des investissements), atemporalité et remplacement de la réalité extérieure par la réalité psychique sont les caractères que nous pouvons nous attendre à trouver dans les processus appartenant au système Ics. » (Freud, 1915, p. 228).

Dans la métapsychologie freudienne, les « représentations de choses » de niveaux hétérogènes sont porteuses d'intentionnalités, elles sont définies par leur investissement pulsionnel et leur pouvoir de déterminer l'action, la perception, la pensée consciente et sa subversion par les émergences de l'inconscient pulsionnel. À la logique commune conforme au principe de réalité (le temps, l'espace, le principe de non-contradiction) correspondent les processus secondaires. Ils sont dialectiquement articulés, dans le fonctionnement normal, avec les processus primaires de condensation et de déplacement régis par le principe de plaisir, caractérisés par la mobilité. Dans les processus primaires, l'énergie libre vise à la réalisation hallucinatoire du désir selon le principe de plaisir. Ils tendent à subvertir les processus secondaires régis par le principe de réalité et trouvent leur expression privilégiée dans le rêve, rendu possible par la déconnexion de la réalité extérieure que réalise le sommeil. À l'état de veille, les contenus refoulés de l'inconscient cherchent à faire retour dans la conscience et dans l'action. Ils ne le peuvent que sous forme de « formations de compromis » après avoir été soumis aux déformations de la censure.

Si cette première topique comporte des systèmes régis par des principes de fonctionnement différents (conscients, préconscient, inconscient), dans la deuxième topique décrite en 1923, après « le tournant de 1920 » qui introduisait la pulsion de mort opposée aux pulsions de vie (*Au-delà du principe de plaisir*), les instances du moi, du ça et du surmoi interagissent comme des personnes. Le moi, en partie inconscient, est le stratège qui trouve ou non des issues aux contradictions, aux rapports de force entre les motions pulsionnelles du ça et les interdits parentaux intériorisés en surmoi. Le ça, détermination indéterminée, dans le dernier schéma de Freud en 1932 (« la décomposition de la personnalité psychique ») est ouvert sur le somatique conformément à la conception de l'inspirateur de Freud pour cette notion, G. Groddeck. Cette ouverture illustre le fait que la vie psychique inconsciente ne peut être qu'approchée à partir de ses manifestations positives et négatives et comporte une dimension inconnaissable. L'inconscient du ça est généralement décrit par Freud comme hors représentation et donc hors symbolique. Son accessibilité clinique dans la cure des organisations non névrotiques ne va pas sans poser des problèmes techniques.

Cette deuxième topique (ça, moi, surmoi) est complémentaire de la première topique. Elle cherche à rendre compte d'autres formes et d'autres niveaux du fonctionnement psychique et de la pathologie mentale. La notion d'inconscient s'en trouve modifiée : le terme inconscient est devenu un adjectif qui qualifie le ça et en partie le moi et le surmoi. Les caractéristiques de l'inconscient selon la première topique sont attribuées au ça de la deuxième topique, cependant, il ne s'agit plus des représentations investies par les pulsions mais des « motions pulsionnelles » finalisées par l'agir et des objets introjectés (ou *imagos*) qui sont des systèmes d'excitation visant la décharge. L'investissement n'est plus extérieur mais inhérent aux motions pulsionnelles régies par les processus primaires. Les motions pulsionnelles sont ou non élaborées en représentations et le dualisme pulsionnel détermine l'ambivalence fondamentale que M. Klein théoriserait en conflit manichéen du bon et du mauvais objet, de l'amour et de la haine. La « pulsion de mort », au sens le plus restreint, rend compte de la clinique du vide, de la mort psychique, du désinvestissement, de la désobjectalisation, du narcissisme primaire absolu, mais aussi de la compulsion de répétition, de la réaction thérapeutique négative. Elle détermine les phénomènes de déliaison, de déchaînement des affects, de rupture des enchaînements de pensée, de désorganisation. Elle trouve son élaboration par intrication avec les pulsions de vie, ne serait-ce que sous forme de pulsions destructrices, de violence, de sado-masochisme. Elle joue également un grand rôle dans la créativité et dans la sublimation et, de manière générale, dans le « travail du négatif » : travail du rêve, du deuil, identification, formes d'opposition à la démesure potentielle du pulsionnel. Outre le refoulement, le désaveu, la forclusion, la négation, il s'agit de la désobjectalisation, et aussi de l'hallucination

négative (A. Green, 1993). Ces points de vue sont bien différents de ceux de M. Klein.

3 L'INCONSCIENT SELON M. KLEIN : L'ARCHAÏQUE DE L'AMOUR ET DE LA HAINE

La clinique de référence, notamment celle de la psychanalyse par le jeu chez des enfants psychotiques ou aux confins de la psychose, et l'intérêt porté à l'inhibition et à la dépression, ont amené Melanie Klein à voir dans la névrose une organisation défensive contre les conflits psychotiques précoces qui définissent l'inconscient « archaïque ». Le noyau mélancolique, tout en constituant un mode d'aménagement de l'ambivalence pulsionnelle, témoigne de l'échec de l'élaboration de la position dépressive, donc de l'insuffisance de l'introjection du bon objet et de la constitution du monde interne qui en est la finalité. D'une manière générale, les relations d'objet fantasmatiques centrées sur la mère, l'oralité, la destructivité, la scène primitive et l'œdipe précoce donnent le rôle déterminant aux conflits archaïques inconscients et à leur élaboration. Les mécanismes de clivage et de projection, qui se laissent voir plus ou moins directement dans la névrose phobique, constituent des régressions partielles à la position paranoïde-schizoïde au sein même de la position dépressive. D'où le vécu d'allure persécutoire des symptômes phobiques graves. C'est ainsi que Klein interprète comme « phobie archaïque » l'angoisse du huitième mois décrite chez l'enfant par Spitz. L'élaboration de la position dépressive par la réparation, la symbolisation, la créativité et d'une certaine façon l'organisation névrotique, permet l'intégration de l'ambivalence et de la culpabilité. Le clivage dépressif des objets totaux en bon et mauvais fait suite au clivage des objets partiels caractéristique de la position paranoïde-schizoïde. Les fantasmes de scène primitive perdent leur caractère destructeur et effrayant, et l'envie peut laisser place à la gratitude. D'où également la substitution du refoulement à la projection et de l'isolation au clivage tandis que l'angoisse ne porte plus sur l'être mais sur l'avoir : l'angoisse de destruction et d'anéantissement est transformée au cours du premier développement en angoisse de castration. Dans la névrose comme dans la normalité, les relations d'objet internes et externes et les identifications sont différenciées selon le sexe et structurées par l'œdipe, et non plus seulement selon leur qualité bonne ou mauvaise, idéalisée ou persécutrice. La névrose, en tant que mode d'élaboration des conflits psychotiques précoces, tend à perdre sa spécificité : elle est envisagée dans sa valeur fonctionnelle du côté de la normalité et comme facteur de

celle-ci. Alors que chez Freud la névrose est d'abord le négatif de la perversion ou plutôt de la potentialité perverse polymorphe de l'enfant décrite en 1905, elle est chez Klein le négatif de la psychose. À partir de là, les modèles de l'identification projective (cf. B. Brusset, 2008) ont profondément renouvelé la théorie du transfert et de l'inconscient interpsychique. Cette perspective théorique a trouvé dans la théorie des états limites son prolongement logique, notamment dans les théorisations novatrices des héritiers et des successeurs anglais de l'œuvre de Klein, comme Winnicott et Bion.

4 LES TROIS INCONSCIENTS

Dès 1960, J. Laplanche a vivement contesté la thèse de Lacan selon laquelle l'inconscient, considéré comme « discours de l'Autre », est constitué de chaînes signifiantes et « structuré comme un langage ». Selon lui, c'est plutôt le langage qui est structuré comme l'inconscient, pour autant que l'on superpose déplacement et condensation avec métaphore et métonymie. L'inconscient, fermé sur lui-même et répétitif, n'est pas une structure. Il est fait d'éléments mnésiques refoulés qui ne renvoient qu'à eux-mêmes, pris dans le processus primaire de la circulation non freinée de l'investissement, soit les représentations de choses (*Dingvorstellung*) selon Freud. Ces éléments mnésiques sont coupés de toute communication, mais l'analyse les transforme en communication (J. Laplanche, 1981).

Au terme d'une critique méthodique des fondements biologiques erronés sur lesquels Freud voulait asseoir la théorie des pulsions et de la sexualité infantile, cet auteur (2007) en est venu à distinguer trois inconscients : l'inconscient refoulé, l'inconscient enclavé et l'inconscient mytho-symbolique. Le premier est l'inconscient freudien accessible par la méthode psychanalytique de levée ou de contournement du refoulement. Il résulte des effets des « messages énigmatiques » au sein de la « situation anthropologique fondamentale » de la communication des adultes avec les enfants (dépourvus de montages instinctifs, ils sont dans la dépendance due à leur prématurité). Les messages des adultes sont « compromis » par leur propre sexualité infantile activée dans la relation à l'enfant dans lequel ils implantent à leur insu, de manière plus ou moins traumatique, des « signifiants sexuels énigmatiques ». Ceux-ci sont secondairement actualisés et vivifiés, notamment par la puberté, et donnent lieu à des effets après-coup qui appellent de nouvelles traductions.

L'« inconscient enclavé », autrement appelé « subconscient », est l'inconscient dénié, clivé, qui, chez les psychotiques, semble directement lisible, comme retourné en doigt de gant. Il est inscrit sans avoir pu être

traduit et intégré et garde de ce fait une dimension inter- et transgénérationnelle.

Les mythes et les symboles offerts par la culture constituent des « aides à la traduction ». Ils donnent lieu par ailleurs à des utilisations de la psychanalyse hors de sa méthode, c'est-à-dire sans l'association-dissociation des idées qui permet la levée des résistances et le retour du refoulé. L'inconscient mytho-symbolique n'est alors que l'implicite, le latent, toujours susceptible d'une lecture structuraliste ou herméneutique (ce qui relativise la place du complexe d'Œdipe, mais non l'inceste et le meurtre).

Ces thèses de J. Laplanche, intellectuellement cohérentes et séduisantes, mettent en cause l'endogénéité de la sexualité infantile qui n'est plus que l'effet de la séduction originaire dans la « situation anthropologique fondamentale » de l'enfant avec des adultes. Elles supposent le renoncement à la théorie freudienne de la pulsion dans ses rapports avec le corporel et le somatique.

Dans une autre orientation de pensée, attentive aux dernières conceptions de Freud, « l'inconscient refoulé », fait de représentations, peut être distingué de « l'inconscient du ça », fait de motions pulsionnelles hors représentation et d'objets partiels introjectés, sources d'excitation. Un schéma rend compte de ce que A. Green (1982 et 1990) a appelé « la double limite » : elle s'établit d'une part par la projection hors de soi du mauvais et du dangereux, et, d'autre part, par le refoulement de l'inacceptable en soi. Le refoulement comme zone frontière est figuré par une limite horizontale, celle de l'intra-psychique ; une limite verticale placée à l'extrémité de la première correspond au déni, au clivage et à la projection. Celle-ci tend à réduire les représentations désinvesties aux perceptions : elle met en jeu les différences moi-autrui (*self* et objet), interne-externe, dedans-dehors. C'est par la médiation de l'objet, de l'analyste dans la cure, que l'inconscient du ça finalisé par l'agir peut trouver figuration et élaboration symbolisante au service de l'enrichissement de l'intra-psychique, donc de la partie névrotique de la personnalité. En effet, dans les états limites notamment, et d'une manière plus générale dans les organisations non névrotiques, la double limite est instable en fonction des résistances et du transfert. L'irreprésentable de l'inconscient donne tout son poids aux notations de Freud sur le caractère définitivement inaccessible de l'inconscient, qui ne peut être connu que par ses rejets ou reconstruit qu'à partir de ses effets d'organisation et de désorganisation des fantasmes et du transfert.

La psychanalyse contemporaine, attentive aux rapports du transfert de l'analysant et du contre-transfert de l'analyste, notamment dans les organisations non névrotiques, en est venue à concevoir une métapsychologie des liens et même une troisième topique (*cf.* B. Brusset, 2007 et 2008). La théorie freudienne de l'inconscient est fondée sur la conflictualité intra-psychique telle qu'elle résulte des rapports psyché-soma. La pulsion, définie par

Freud comme « concept limite », comme source interne d'excitation d'origine somatique, est aussi décrite comme mesure de l'exigence de travail imposée au psychique du fait de son lien au corporel. Or, avec les apports post-freudiens, il est possible d'ajouter exigence de travail du fait de son lien à l'Autre, aux objets, ce qui introduit la dimension interpsychique comme composante inconsciente de l'intersubjectivité, des liens d'amour, de haine, de passion et de possession, de connaissance et d'ignorance. La métapsychologie des liens permet de rendre compte des altérations des limites dedans-dehors, soi et objet, représentation et perception qui sont caractéristiques des organisations non névrotiques typiques de la psychopathologie contemporaine.

Ainsi, en psychanalyse, à partir de l'expérience clinique, l'inconscient reste objet d'interrogation et de théorisation renouvelée.

La théorisation ouverte et sans cesse remaniée de l'inconscient psychanalytique chez Freud et chez ses héritiers est directement liée à l'expérience de la pratique psychanalytique. Loin de n'être qu'une dimension, un postulat opératoire, une inférence dans la psychologie, l'inconscient pulsionnel freudien implique fondamentalement le déterminisme psychique, le conflit et la défense. Il rend compte de la conflictualité intra-psychique que manifestent directement les « formations de l'inconscient ». La méthode d'association-dissociation des idées, dans le cadre spécifique, permet l'efficacité de l'interprétation et de la construction.

LECTURES CONSEILLÉES

- BRUSSET B. (2007). *Psychanalyse du lien. Les relations d'objet*, Paris, PU, nouvelle édition.
- BRUSSET B. (2006). « Métapsychologie des liens et troisième topique », dans *Revue française de Psychanalyse*, LXX, 5, 1213-1282.
- BRUSSET B. (2008). « Nature, formes et fonctions de l'identification projective », dans *Traité de psychopathologie de l'adulte. Les névroses*, dir. C. CHABERT, Paris, Dunod, p. 345-356.
- EDELMAN G. (1992). *Biologie de la conscience*, Paris, Odile Jacob.
- FODOR J. (1983). *La Modularité de l'esprit. Essai sur la psychologie des facultés*, Paris, Minuit.
- FREUD S. (1895). « Esquisse d'une psychologie scientifique », dans *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1956.
- FREUD S. (1900). *L'Interprétation du rêve*, dans O.C., IV, Paris, PUF, 2003.
- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*, O.C., VI, Paris, PUF, 2006, p. 59-169.

- FREUD S. (1911). *Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique*, dans *Œuvres complètes*, XI, Paris, PUF, 1998.
- FREUD S. (1915). *Métapsychologie*, dans *O.C.*, XIII, Paris, PUF, 1988, p. 207.
- FREUD S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, dans *O.C.*, XV, Paris, PUF, 1996.
- FREUD S. (1923a). *Le Moi et le Ça*, dans *O.C.*, XVI, Paris, PUF, 1991.
- FREUD S. (1923b). *Psychanalyse*, dans *O.C.*, XVI, Paris, PUF, 1991, p. 187-188.
- FREUD S., BREUER J. (1895). *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1967.
- GAUCHET M. (1992). *L'Inconscient cérébral*, Paris, Seuil.
- GREEN A. (1990). *La Folie privée. Psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard.
- GREEN A. (1993). *Le Travail du négatif*, Paris, Minuit.
- GREEN A. (1995). *Propédeutique. La métapsychologie revisitée*, Paris, Champ Vallon.
- GRODDECK G. (1977). *Ça et Moi : lettres de Freud, Ferenczi et quelques autres*, Paris, Gallimard, p. 44.
- KLEIN M. (1947). *Essais de psychanalyse*, Paris, 1967.
- LACAN J. (1966). *Écrits*, Paris, Le Seuil.
- LAPLANCHE J. (1981). *Problématique IV. L'inconscient et le ça*, Paris, PUF.
- LAPLANCHE J. (2007). *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien*, Paris, PUF.
- NACCACHE L. (2006). *Le Nouvel Inconscient. Freud, Christophe Colomb des neurosciences*, Paris, Odile Jacob.
- PRAGIER G., FAURE-PRAGIER S. (2007). *Repenser la psychanalyse avec les sciences*, Paris, PUF.
- PRIBRAM K.H., GILL M.M. (1986). *Le « Projet de psychologie scientifique » de Freud : un nouveau regard*, Paris, PUF.

Chapitre 2

LES PULSIONS

INTRODUCTION¹

Le terme pulsion est la traduction, par les premiers psychanalystes français, du mot allemand *Trieb*. Alors que le terme allemand, très courant, préexiste à Freud et désigne « un moteur du comportement humain, en tant que tendance ou penchant » (Scarfone, 2004²), le mot pulsion, en français, est la réintroduction d'un terme ancien, tombé en désuétude, mais qui avait le mérite de bien rendre compte du lien entre le mot *Trieb* et le verbe dont il dérive : *treiben*. Celui-ci signifie pousser, conduire, actionner, se livrer à, mais aussi, dans sa forme intransitive, « aller à la dérive » ou pousser au sens végétal. Il est important de constater qu'en allemand le terme a un emploi qui ne recouvre que très partiellement celui de *Instinkt*, instinct. Le lien du terme *Trieb* avec la sexualité préexiste aussi aux travaux de Freud.

C'est dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité* que Freud (1915) introduit la notion de pulsion dans sa dimension psychanalytique. La façon dont la sexualité et ses troubles sont envisagés par la médecine à la fin du XIX^e siècle est fondée sur l'idée d'une indépendance entre psychisme et sexualité et sur l'idée que les comportements sexuels sont innés et gouvernés par l'instinct ; de ce fait les « aberrations sexuelles » sont des déviations de l'instinct liées à la « dégénérescence », explication universelle de l'époque à toute pathologie psychiatrique. La façon dont Freud relie le sexuel à l'ensemble du fonctionnement du psychisme, à travers la notion de pulsion précisément, inverse complètement la perspective. À la base des perversions il y a quelque chose que tous les hommes ont en partage, « les racines innées de la pulsion sexuelle » (Freud, 1915) que « les influences de l'existence »

1. Par Paul Denis.

2. Cet ouvrage retrace remarquablement la trajectoire de la pulsion, de Freud aux auteurs contemporains.

feront varier dans leur forme et dans leur intensité. Il en résulte, par exemple, que l'homosexualité n'est pas le fait d'une anomalie constitutionnelle, fruit de la « dégénérescence », mais d'un choix d'objet amoureux, apparu au cours de l'histoire individuelle de chacun : les sujets réputés homosexuels ne sont pas d'une nature différente de celle des autres¹.

Il est important de souligner d'emblée que la notion de pulsion occupe une place centrale dans la conception que Freud se fait de l'édifice psychique. Les différentes pulsions ne visent pas seulement à décrire des conduites ou des comportements ; le concept de pulsion dépasse largement le registre phénoménologique et désigne une sorte d'unité constituée, partie élémentaire du fonctionnement du psychisme, module ou cheville ouvrière de l'activité de l'esprit. La pulsion constitue l'articulation même entre le fonctionnement corporel et les événements de l'esprit.

La façon dont Freud situe la pulsion en 1915 la différencie clairement de l'idée d'instinct et lui donne sans ambiguïté sa place dans la métapsychologie : « La pulsion est donc un des concepts de la démarcation entre le psychique et le somatique. L'hypothèse la plus simple et la plus commode sur la nature des pulsions serait qu'elles ne possèdent aucune qualité par elles-mêmes, mais qu'elles ne doivent être considérées que comme mesure du travail demandé à la vie psychique. » (Freud, 1915.)

Cette dernière formule de Freud, « la mesure du travail demandé à la vie psychique » nous incite à considérer la pulsion non seulement comme le fait du moi mais comme constitutive du moi, comme ce qui constitue le psychisme même à partir de l'investissement des expériences somatiques. Insistons aussi sur le lien établi par Freud entre la notion de pulsion et celle de représentation à travers la notion de représentant-représentation, et le lien qu'il établit entre la représentation et l'expérience de la satisfaction.

1 L'ÉVOLUTION DE LA THÉORIE DES PULSIONS CHEZ FREUD

On considère habituellement que Freud a développé deux théories des pulsions, correspondant chacune à ce que l'on appelle les deux « topiques » Freudiennes. À la « première topique », conscient-préconscient-inconscient, correspondrait la première théorie des pulsions opposant pulsions sexuelles et pulsions d'auto-conservation ; à la « seconde topique », moi-ça-surmoi,

1. Il est frappant de voir aujourd'hui, au nom de la génétique, le retour de conceptions analogues à celles de la fin du XIX^e siècle.

correspondrait l'opposition entre pulsions de vie et pulsion de mort, entre Éros et Thanatos, introduite en 1920. En fait, on peut dénombrer non pas deux mais quatre théories des pulsions chez Freud, ou, si l'on préfère, quatre temps dans le déroulement de sa pensée.

Le premier temps de la théorie des pulsions est celui qui apparaît dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité* où l'opposition pertinente, constitutive du conflit psychique, est établie entre « les pulsions sexuelles » et « la pulsion d'emprise » définie comme non sexuelle.

Le deuxième état de la théorie des pulsions a été formulé sous deux formes : dans la première, les très éphémères « pulsions du moi » s'opposent aux pulsions sexuelles ; en raison de la nécessité ressentie par Freud de donner une assise biologique à ses conceptions afin de rester dans le cadre des « sciences de la nature », les pulsions du moi vont être très rapidement remplacées par les pulsions d'auto-conservation. Le modèle est bâti sur l'opposition entre le désir sexuel et la faim, prototype des pulsions d'auto-conservation. C'est cette opposition entre pulsions sexuelles et pulsions d'auto-conservation que l'on nomme généralement « première théorie des pulsions » alors qu'elle n'apparaît que secondairement. Il faut noter que le glissement opéré des « pulsions du moi » vers les « pulsions d'auto-conservation » implique en fait un changement de registre et une inflexion biologisante de la théorie.

Le troisième temps de la théorie des pulsions est constitué par l'opposition entre le narcissisme et les pulsions sexuelles. Il est important de noter que le « narcissisme » est ici un destin de la libido ; il est défini comme l'investissement libidinal du sujet par lui-même ; on a dit que Freud devenait alors « moniste » puisque la libido s'oppose à elle-même mais sous la forme de deux courants. En fait, il y a toujours eu monisme énergétique chez Freud, même après 1920, car il ne reconnaît jamais d'autre énergie psychique que la libido : il n'y a pas de « *destrudo* » chez Freud¹. Un point essentiel est ici que ces deux courants de la libido, sexuels l'un et l'autre, sont définis par leurs objets : le sujet lui-même d'une part et ses « objets d'amour » de l'autre, ce qui introduit, en clinique, le jeu possible entre les investissements narcissiques et les investissements objectaux.

Comme nous pouvons le voir, ces trois temps de la pensée de Freud diffèrent par ce qui vient constituer en somme « l'opposition » aux pulsions sexuelles : pulsions d'emprise, pulsions du moi, pulsions d'auto-conservation, narcissisme. Cependant la conception des pulsions sexuelles reste la même dans tous ces cas de figures, ce qui ne sera plus le cas après 1920.

Le quatrième état de la théorie des pulsions est celui qui apparaît dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920) et qui oppose les pulsions de vie à la

1. Jean Laplanche l'a souvent souligné.

pulsion de mort, Éros à Thanatos ; on en parle généralement comme de la « seconde théorie des pulsions » alors qu'elle est bel et bien le quatrième avatar de la pensée de Freud sur le sujet. Ce qui reste vrai, c'est que les trois premiers temps de la pensée de Freud traitent des pulsions libidinales – nous dirons des pulsions proprement dites – alors que la théorie qui oppose pulsions de vie et pulsion de mort change radicalement la définition même de la pulsion. Il n'y a plus d'objet de la pulsion dans les « pulsions de vie », dont le but est de créer des ensembles de plus en plus grands, pas plus qu'il n'y a d'objet de la pulsion de mort, à laquelle ne correspond du reste aucune énergie propre. Les « pulsions » d'après 1920 sont en fait des principes de fonctionnement opposant un principe d'organisation à un principe de désorganisation¹, mais ces « pulsions » n'ont plus rien à voir avec celles décrites avant 1920.

1.1 Les pulsions libidinales

Les pulsions sexuelles telles qu'elles sont conçues avant 1920 figurent chacune une sorte de mise en forme de la libido, c'est-à-dire de l'énergie psychique sexuelle. Comme l'eau de ruissellement, la libido crée des voies de passage qui lui resteront ensuite disponibles. Une pulsion se définit ainsi par sa « source », une zone érogène comme la bouche par exemple, sa « poussée », c'est-à-dire la quantité de libido ou d'excitation mise en jeu, son « but » qui est la décharge de l'excitation – le modèle en est l'orgasme –, et enfin son « objet », c'est-à-dire l'élément du monde extérieur qui permet que la satisfaction, la « décharge » soit obtenue. L'enfant au sein développe ainsi son « oralité », sa pulsion sexuelle orale avec, comme source pulsionnelle, la bouche et comme objet le sein maternel. Chaque pulsion est ainsi « partielle », rapportée à une zone érogène et à un élément du monde extérieur et singulièrement un élément du corps d'autrui. Ces pulsions s'organisent en faisceau et aboutissent à un investissement multicolore – pluripulsionnel – d'un « objet total », la personne de la mère par exemple. La notion de pulsion est donc corrélative de la notion de « relation d'objet » ; on décrit ainsi des relations d'objet partiel et des relations d'objet total. On voit donc à quel point la notion de pulsion est opérante pour aborder la sexualité infantile et en comprendre l'évolution.

Pendant l'enfance, les relations d'objet partiel s'inscrivent progressivement dans le développement, chacune d'elles définissant un « stade » : stade oral, stade anal, stade phallique, stade génital... Ces stades, en fait, ne

1. Jean Laplanche a déjà souligné le caractère de principe de fonctionnement de l'opposition instincts de vie/instincts de mort. Il pense que l'on ne peut parler que de « pulsion sexuelle de mort ».

s'inscrivent pas dans une succession chronologique où l'un remplacerait l'autre, c'est une sorte de dimension supplémentaire qui apparaît à chaque fois laquelle entraîne un remaniement de l'ensemble et donne un rôle nouveau aux pulsions partielles antécédentes.

Les perversions sexuelles sont rapportées à la prévalence de l'investissement d'un système de pulsions partielles lequel s'est arrêté dans son développement. Le sujet pervers sexuel adulte serait ainsi un enfant – décrit par Freud comme normalement « pervers polymorphe », l'immaturation de l'enfant et le polymorphisme de ses manifestations sexuelles faisant de lui, en fait, le contraire d'un « pervers » – qui se serait arrêté en partie dans son évolution, en raison de fixations traumatiques par exemple. Cet arrêt se marque par l'exclusivité de la mise en œuvre de telle pulsion partielle dans la recherche de la « décharge » de l'excitation libidinale. Prenons l'exemple de la pulsion voyeuriste et du voyeurisme en tant que perversion : les pulsions voyeuristes apportent leur quota de plaisir à toute relation sexuelle ordinaire où elles sont associées à d'autres ; dans le voyeurisme perversion c'est leur élection, leur exclusivité dans la gestion de l'excitation sexuelle qui confère aux conduites monomorphes qu'elles induisent leur caractère « pervers ».

1.2 La pulsion d'emprise

La pulsion d'emprise, apparue chez Freud dès la première édition de *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, est d'abord présentée comme non sexuelle, reste cannibalique qui permet la satisfaction de la faim, et constituant le contrepoint non sexuel aux pulsions sexuelles proprement dites. « D'après quelques auteurs cette agression qui s'ajoute en se mêlant à la pulsion sexuelle est en fait un reste d'appétits cannibaliques, autrement dit une contribution de *l'appareil d'emprise* lequel sert à la satisfaction de l'autre grand besoin, plus ancien du point de vue ontogénétique. » Freud établit aussi un lien entre les comportements d'emprise et « les pulsions apparaissant de façon relativement indépendante par rapport aux zones érogènes », comme « le plaisir de regarder et de montrer » et la « cruauté » (Freud, 1915).

Cette pulsion non sexuelle avait beaucoup d'avantages : elle rendait compte de l'agressivité, du sadisme, de pulsions dépourvues de « zones érogènes » comme celles que l'on relie au regard, les yeux n'ayant pas la valeur érogène d'une zone comme la bouche par exemple, et du lien entre la motricité et la sexualité. « La motion cruelle *dérive de la pulsion d'emprise* et surgit dans la vie sexuelle à un moment où les parties génitales n'ont pas encore pris leur rôle ultérieur », écrit Freud dans un ajout de 1915 à *Trois essais*... La pulsion d'emprise, en association à la pulsion sexuelle, aurait bien rendu compte du fait que celle-ci doit « ... se rendre maîtresse de l'objet sexuel... » Car « la sexualité de la plupart des hommes comporte un

mélange d'*agression*, de penchant à forcer les choses, dont la signification biologique pourrait résider dans la nécessité de surmonter la résistance de l'objet sexuel autrement encore qu'en lui faisant la cour » (Freud, 1915).

Mais, percevant sans doute le caractère sexuel de cette « pulsion d'emprise » – et donc l'impossibilité de l'établir comme contrepartie non sexuelle aux pulsions libidinales – Freud ne lui a pas donné de véritable développement théorique. Il en fera ultérieurement un avatar de la pulsion de mort.

1.3 Les pulsions du moi et les pulsions d'auto-conservation

L'intérêt de la notion de pulsion c'est qu'elle permet d'avancer dans la compréhension des conflits psychiques. Freud conçoit d'abord le conflit psychique comme un « conflit d'intérêts » entre différentes sortes de pulsions : « Mais, d'où peut bien provenir cette opposition, entre le moi et des groupes isolés de représentations, qui entraînent le refoulement ? Vous remarquerez que ce genre de question n'était pas possible avant la psychanalyse car avant elle on ne savait rien du conflit psychique et du refoulement. » Et Freud (1910), qui relie l'évocation des représentations au jeu des pulsions, poursuit : « Ces pulsions [et donc les représentations qui les expriment] ne se concilient pas toujours entre elles ; elles entrent souvent en conflit d'intérêts ; les oppositions entre les représentations ne sont que l'expression des combats entre les différentes pulsions. L'indéniable opposition entre les pulsions qui servent la sexualité, l'obtention du plaisir sexuel, et les autres qui ont pour but l'auto-conservation de l'individu, les pulsions du moi, est d'une importance toute particulière pour notre tentative d'explication. Toutes les pulsions organiques qui sont à l'œuvre dans notre esprit¹ peuvent être classées, suivant les mots du poète, en "faim" et en "amour." » (Freud, 1910, p. 169-170.)

Il est curieux de constater que Freud n'a jamais tenté de description de ces « pulsions organiques » qui sont vouées à l'auto-conservation. Il cite seulement la faim et la soif et se réfère occasionnellement à « l'instinct de conservation », idée qui confond « l'instinct de conservation personnelle » de Hobbes et l'idée d'un instinct biologique visant à maintenir l'organisme en vie. Il constatera même que la frustration de la faim et de la soif n'a pas le pouvoir de créer isolément de l'angoisse. On peut considérer que Freud pensait en fait davantage à des « pulsions de *conservation du moi* », c'est-à-dire à un jeu de forces qui maintient le moi au sens psychique du terme et

1. Nous avons traduit ici *Seele* par « esprit » et non par « âme ».

prélude à l'introduction du « narcissisme ». Il attribuera cependant un rôle à ces pulsions d'auto-conservation corporelles dans ce qu'il a appelé l'étayage des pulsions sexuelles sur l'auto-conservation. La focalisation de la sexualité sur la zone orale ne serait possible que grâce à la faim et à la soif. « Au début, la satisfaction de la zone érogène était sans doute associée à la satisfaction du besoin alimentaire. L'activité sexuelle s'étaye tout d'abord sur une des fonctions servant à la conservation de la vie et ne s'en affranchit que plus tard. » (Freud, 1915.) Nous aurions tendance aujourd'hui à inverser la proposition freudienne : c'est parce que le bébé trouve un plaisir sexuel à la tétée qu'il se nourrit. En effet, le fœtus dont tous les besoins d'auto-conservation sont satisfaits suce son pouce, tandis que les enfants nourris par sonde gastrique perdent le plaisir « oral » éprouvé à manger et ont du mal à se réalimenter une fois la sonde enlevée.

1.4 L'opposition entre les pulsions et le narcissisme

La compréhension du conflit psychique, vu comme un conflit entre les pulsions sexuelles et d'autres catégories de pulsions, va prendre une allure nouvelle avec l'introduction du narcissisme. Cette nouvelle notion résulte finalement de la perception par Freud que les « pulsions du moi » ne relèvent pas tant de l'auto-conservation biologique mais constituent un ensemble cohérent de pulsions sexuelles au service de la continuité du moi lui-même.

« Les pulsions d'auto-conservation étaient donc aussi de nature libidinale, c'étaient des pulsions sexuelles qui avaient pris pour objet, au lieu des objets extérieurs, le moi propre. » (Freud, 1923, p. 206-207.) C'est cet auto-investissement du moi par la libido qui va constituer le narcissisme. Le conflit psychique va alors s'organiser entre les investissements sexuels de personnes, les investissements amoureux, dits « objectaux », et les investissements narcissiques. La folie amoureuse vient déranger la quiétude du narcissisme, l'organisation autarcique de l'individu.

On voit dans ce schéma que le conflit psychique est fait de l'opposition de courants libidinaux contradictoires, mais qu'il s'agit d'une seule et même énergie psychique même si celle-ci a constitué des pulsions « narcissiques » et « objectales », sexuelles les unes comme les autres. Freud, comme malgré lui, est alors en train d'admettre l'idée d'une seule énergie psychique : « Si nous attribuons au moi un investissement primaire de libido, pourquoi est-il, somme toute, nécessaire de distinguer encore une libido sexuelle d'une énergie non sexuelle des pulsions du moi ? Si nous posons, au fondement, une énergie psychique d'un seul type, cela n'épargnerait-il pas toutes les difficultés qu'il y a à distinguer énergie des pulsions du moi et libido du moi, libido du moi et libido d'objet ? » (Freud, 1914, p. 84.)

1.5 Le principe de plaisir-déplaisir et le principe de réalité

L'activité des pulsions est soumise à un principe de fonctionnement défini par Freud comme le principe de plaisir-déplaisir. La montée dans le psychisme de l'excitation libidinale est vécue comme une tension pénible dont il faut obtenir la « décharge ». Le « déplaisir » provoqué par la montée de la tension doit être évité. La pulsion qui poursuit son « but », la décharge, fonctionne donc selon le principe de plaisir. Cependant elle peut rencontrer sur son chemin des obstacles que le moi doit surmonter pour obtenir satisfaction. Si l'esprit fonctionnait entièrement selon le principe de plaisir, il en serait réduit à halluciner une satisfaction qu'il a déjà rencontrée. C'est ce que fait le rêveur dans son sommeil, ou le rêveur éveillé qui se contente d'imaginer les situations satisfaisantes. Si ce système de pensée perdurait, il aboutirait à une rupture du contact avec la réalité. Le moi est donc obligé de tenir compte de la réalité extérieure et de la modifier. Le principe de plaisir exige donc finalement que se développe un « principe de réalité » pour que l'abaissement de la tension soit possible. Sur le plan quantitatif, « économique », l'abaissement de la tension n'est jamais que relatif. Freud a invoqué un « principe de constance », sorte de redéfinition en termes énergétiques du principe de plaisir, lequel cherche à ramener le niveau d'excitation à un niveau constant.

Lorsque la satisfaction d'une pulsion est empêchée et que la voie de l'hallucination, du rêve ou de la rêverie est épuisée ou ne peut se mettre en œuvre, l'angoisse apparaît. Cette angoisse peut se maintenir telle quelle ou amener la constitution d'un symptôme qui vient remplacer la satisfaction espérée ; cette substitution diminue l'angoisse dans la mesure où elle apporte une forme de plaisir dégradé. Le plaisir substitutif apporté par le symptôme explique la ténacité de celui-ci, c'est-à-dire que le patient cherche à le conserver pour se préserver d'un retour de l'angoisse.

1.6 Pulsions de vie et pulsion de mort

Après 1920, Freud publie un livre étrange : *Au-delà du principe de plaisir* ; celui-ci comporte différents aspects.

Freud cherche d'abord une théorie qui puisse rendre compte d'un ensemble de phénomènes qui semblent échapper au jeu du principe de plaisir-déplaisir. Il s'agit des rêves traumatiques, lesquels reproduisent et maintiennent l'angoisse éprouvée au moment du traumatisme. Le rêve était jusque-là considéré comme une réalisation hallucinatoire de désir ; il faut rendre compte de rêves sans désir apparent et n'ayant d'autre résultat que de produire de l'angoisse. Freud invoque une « compulsion de

répétition¹ » qu'il observe également dans le jeu des enfants qui reproduisent une situation où ils ont éprouvé de l'angoisse. Il existerait en nous quelque chose qui nous pousse à répéter les expériences antécédentes les plus désagréables et non pas seulement les expériences porteuses de plaisir. Freud, pour rendre compte de cette « compulsion », va donc introduire une notion nouvelle, la « pulsion de mort », pulsion de destruction qui œuvre silencieusement au cœur du psychisme et a le pouvoir de désorganiser le fonctionnement psychique, d'aller à contre-courant du principe de plaisir. La contrepartie de cette « pulsion de mort », nommée aussi Thanatos, sera Éros, ensemble qui subsume les pulsions sexuelles regroupées sous le terme de « pulsions de vie ». Le but d'Éros est de bâtir des ensembles de plus en plus grands alors que celui de Thanatos est une force de déliaison. Normalement, les deux « grands instincts » sont amalgamés, « intriqués », et la pulsion de mort n'apparaît jamais que dans des produits d'assemblage avec Éros.

L'agressivité, la destructivité, est due au fait que, *via* la motricité, la pulsion de mort est défléchie vers le monde extérieur. Le sadisme, dans ce modèle, est une intrication de pulsions sexuelles et de pulsion de mort. Pourtant, Freud n'est qu'à demi satisfait : « Il reste fâcheux que l'analyse ne nous ait jamais permis de prouver jusqu'à présent que l'existence de pulsions libidinales. Ce n'est cependant pas une raison pour adopter la conclusion qu'il n'en existe effectivement pas d'autres. » (Freud, 1920.) D'où un problème de croyance qui apparaît dans la psychanalyse – croire ou ne pas croire à la pulsion de mort –, de même que naît une forme de manichéisme : Éros est bon, Thanatos mauvais, et cela malgré de multiples hésitations et paradoxes faisant tour à tour des « pulsions du moi » l'émanation de la pulsion de mort, ou lui faisant jouer un rôle dans la sexualité, ou avançant que le principe de plaisir est au service de la pulsion de mort.

Le caractère paradoxal et parfois confus des propositions freudiennes concernant la pulsion de mort tient en grande partie au fait qu'il cherche à faire coïncider la nécessité d'introduire une dimension nouvelle dans la théorie psychanalytique avec « ... l'importante méditation qu'édifie la psychanalyse entre la biologie et la psychologie » (Freud, 1913). Cette « méditation » prend une extension considérable dans *Au-delà du principe de plaisir*. Freud étend au domaine psychique des idées concernant la matière vivante qui serait habitée d'une force qui la pousserait à revenir à l'état inanimé, inorganique. Une pulsion est une force qui pousse un individu à revenir à un état antérieur, et cela autant sur le plan psychique que sur le plan biologique. La pulsion de mort est une force biologique qui joue au niveau cellulaire lui-même.

1. Nous conservons la traduction traditionnelle. Laplanche propose « contrainte ».

Nombre d'auteurs ont remarqué que l'introduction de ce dualisme pulsionnel n'avait en fait pas changé la façon dont Freud considérait le fonctionnement mental. Même s'il indique que le surmoi du mélancolique devient une « pure culture de pulsion de mort », à aucun moment, il ne fait intervenir son dualisme dans la différenciation des instances psychiques ; de même qu'il est frappant de voir qu'il ne l'utilise pas non plus dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926).

Beaucoup d'auteurs qui ne peuvent suivre Freud dans ses développements « métabiologiques » pensent qu'il faut considérer l'opposition entre pulsions de vie et pulsion de mort comme l'opposition entre deux principes de fonctionnement psychique. En ce qui nous concerne, nous la considérons, indépendamment de toute considération biologique, comme un principe d'organisation-désorganisation.

2 PULSIONS, REPRÉSENTATIONS ET CONSTITUTION DU MOI

Après avoir suivi le parcours que Freud nous a tracé à partir de la notion de pulsion, nous pouvons envisager aujourd'hui un modèle qui peut rendre compte du rôle constitutif de la pulsion pour le psychisme.

Nous proposons de décomposer cette force psychique qu'est la pulsion en deux composantes, de la même façon que l'on peut décomposer une force mécanique en deux forces combinées en équilibre l'une avec l'autre, selon ce que l'on nomme, en physique, « le parallélogramme des forces » (Denis, 1997).

Suivant le modèle que nous suggérons, les deux composantes de toute pulsion, ses deux vecteurs, sont d'une part une force d'emprise et d'autre part une force érogène.

Si nous imaginons la masse de l'énergie libidinale et les pseudopodes qu'elle émet pour s'investir, nous pouvons considérer deux voies d'attraction qui guident son investissement. L'une est la voie des zones érogènes telles que nous les connaissons, les zones érogènes au sens strict, le plus sexuel du mot : la zone orale, le canal muqueux de la zone anale, les organes sexuels proprement dits. L'autre voie est celle que constituent les éléments qui appartiennent à ce que Freud a décrit, dans *Trois essais...* comme « l'appareil d'emprise » et qui rassemble les organes des sens : la vue, l'ouïe, le toucher et, point essentiel, la motricité.

Un courant libidinal va investir les zones érogènes et leur excitation, l'autre courant libidinal va s'investir, à travers la motricité et les organes des

sens, en direction du monde extérieur, va déterminer un objet d'investissement et exercer une emprise sur lui. De ce double registre d'investissement résulte une première qualification de la libido.

La pulsion résulte de la combinaison de ces deux courants d'investissement qui vont se nouer au moment même où l'expérience de la satisfaction s'accomplit. Nous considérons donc, dans la pulsion elle-même, un courant érogène et un courant d'emprise, *tous les deux libidinaux*, alors que Freud avait initialement introduit une « pulsion d'emprise », non sexuelle.

J'insiste donc sur le fait que je ne reprends pas l'idée d'une « pulsion d'emprise » autonome mais que je considère, dans chaque pulsion, un courant libidinal investi en emprise, lequel constitue l'une de ses deux composantes. Pas de « pulsion d'emprise » donc, mais un « formant libidinal d'emprise » dans la pulsion qui est ainsi le siège d'une forme de dualisme. Nous attachons donc un pouvoir fondateur à l'expérience de la satisfaction. Nous venons de voir qu'elle nouait ensemble les deux courants libidinaux que nous avons distingués et c'est au cours de cette association que se crée dans le psychisme une représentation.

L'apparition de la pulsion et de la représentation est un phénomène unique : l'objet est investi à la fois en emprise – comme « objet d'emprise » – et « en satisfaction », comme « objet de satisfaction ». Une fois l'objet saisi en emprise, le jeu réciproque de l'activité d'emprise et celle des zones érogènes à son contact construisent l'expérience de la satisfaction ; pendant toute sa période de plus grande activité – préalable à la satisfaction –, l'emprise imprime dans le psychisme une image de l'objet. Lorsque la satisfaction elle-même s'accomplit, les efforts d'emprise sur l'objet deviennent inutiles, le contingent libidinal qui leur était consacré rejoint l'investissement de l'expérience de la satisfaction qu'elle renforce ; la motricité, le regard, la sensorialité sont désinvestis au profit de l'impression rémanente de la satisfaction dans le psychisme. Une sorte de combinaison s'effectue entre les traces laissées par l'activité d'emprise – l'image dont nous parlions tout à l'heure – et l'impression que laisse derrière elle la satisfaction, impression qui colore l'image de l'objet. C'est cette image constituée en emprise et colorée en satisfaction qui constitue une *représentation* qui persistera dans la mémoire après l'épuisement de l'expérience elle-même.

3 LA REPRÉSENTATION

Les traces en emprise et le souvenir de l'expérience de la satisfaction se soutiennent mutuellement. L'évocation d'une représentation est porteuse d'un certain plaisir, d'une charge libidinale organisée qui reproduit, bien

qu'atténuée, une part de l'expérience de la satisfaction ; on pourrait parler ici de satisfaction mnésique plutôt que d'« hallucination de la satisfaction » ; le souvenir apporte une satisfaction limitée mais réelle : un plaisir.

Nous pouvons prendre l'exemple de l'allaitement : les cris de l'enfant, son activité motrice aboutissent à ce qu'il est pris dans les bras et qu'il se saisit du sein ; puis l'activité d'emprise, l'action motrice de la tétée, stimule la zone érogène et déclenche l'expérience de la satisfaction orale suivie du désinvestissement des activités motrices. On assiste à la constitution simultanée de la « représentation du sein » et de la « pulsion orale ». Cette représentation associera en fait de multiples éléments : la trace sensorielle d'être pris dans les bras, de la position de la tétée, de l'odeur maternelle, de l'image du visage de la mère, les images motrices du saisissement du mamelon et de l'action de téter, colorées par l'imprégnation de la satisfaction érotique orale. La constitution de l'objet interne est ainsi l'héritière du jeu pulsionnel. La notion de pulsion est indissociable de la notion de représentation et celle-ci nous apparaît comme étant constitutive des objets internes et du tissu même du psychisme. C'est la pulsion qui fait le moi.

Dans un tel schéma où la pulsion est constituée de deux versants libidinaux, de deux « formants » en emprise et en satisfaction, nous nous trouvons extrêmement loin du modèle du plaisir envisagé simplement comme une « décharge » d'excitation. Ce modèle de la « décharge » est en fait un proto-modèle, imaginé par Freud en fonction d'analogies biologiques, celui de l'expulsion des produits sexuels. La « décharge » correspond pour nous à un changement de l'équilibre économique introduit par l'expérience de la satisfaction. Le déséquilibre entre les investissements en emprise et les investissements en satisfaction disparaissant au profit de l'investissement de l'expérience de la satisfaction elle-même.

C'est à partir de la représentation que travaille le moi, c'est le tissu des représentations liées les unes aux autres, ou au contraire soigneusement isolées les unes des autres, que nous voyons fonctionner dans le discours de nos patients.

Ce modèle implique que la pulsion naît dans l'histoire. Les pulsions sont les éléments originaux du psychisme, mais ne sont pas des éléments innés, pré-installés. De notre point de vue, la notion de pulsion n'a rien de biologique, il s'agit du premier montage psychique à partir de l'excitation libidinale. Si l'on veut spécifier l'instinct, il faut le définir comme biologique et inné, à l'inverse de la pulsion. La pulsion, c'est ce que le psychisme fait de l'instinct.

Les pulsions sont *acquises* ; on peut les considérer comme les modules du psychisme, comme les premières unités différenciées de son fonctionnement. Toute expérience nouvelle de satisfaction obtenue en synergie avec les investissements en emprise vient constituer une représentation nouvelle ou

renforcer une représentation existante. Dans cette optique on peut considérer que la satisfaction nourrit le psychisme.

4 LES DYSFONCTIONNEMENTS PULSIONNELS

Cette conception nous permet d'aborder un certain nombre de dysfonctionnements du psychisme. En effet, le montage pulsionnel peut se défaire, et la représentation se décomposer.

Prenons l'exemple de la clinique des états traumatiques. Nous pouvons considérer qu'ils résultent de la surcharge économique de l'un ou l'autre des deux formants de la pulsion. L'excès de sensations, de stimulations sensorielles ou motrices des névroses de guerre par exemple, surcharge le registre de l'emprise, force un investissement en emprise du monde extérieur sans qu'il puisse aboutir à la conquête d'un objet adéquat ; il rend ainsi impossible la constitution d'aucune forme d'expérience de satisfaction ni de plaisir ; le fonctionnement pulsionnel est désorganisé. Lors d'une expérience de séduction sexuelle précoce, l'activité d'emprise qui arme le moi n'a pas le temps d'être mise en jeu et le système pulsionnel est déséquilibré dans l'autre sens. Pour nous, le débordement traumatique du psychisme vient de la défaite de la pulsion. Dans le développement de l'enfant, si des expériences de satisfaction sont provoquées en dehors de toute activité d'emprise sur un objet, elles ne permettront pas la constitution de représentations et priveront le moi des moyens qu'il a de se construire : « Un objet parfait ne vaut pas mieux qu'une hallucination » disait Winnicott (1951). La provocation de succédanés de satisfaction, par l'usage de drogues par exemple, affaiblit à la fois le registre de l'emprise et celui des représentations.

Lorsque le fonctionnement psychique est suffisamment lié, le registre de l'emprise et le registre de la satisfaction-représentation s'interpénètrent, ce qui lui confère une capacité de mouvement qui cesse à partir du moment où le système se désunit.

La pensée opératoire de Pierre Marty et de Michel de M'Uzan peut être considérée comme le résultat d'un tel divorce entre le registre de l'emprise et celui de la satisfaction : les patients, dans un discours factuel et désaffectivé, enchaînent des « images » sans plaisir, traces de l'investissement en emprise des objets, coupées de leur lien à l'expérience de satisfaction qui en aurait fait des « représentations » à part entière.

Dans l'ordinaire du fonctionnement psychique, lorsque la tension libidinale, l'excitation psychique, atteint un certain niveau, nous mettons d'abord en œuvre notre système de représentations, nous cherchons d'abord à puiser

dans nos réserves, à vivre sur nous-mêmes : la seule évocation de représentations peut assurer, pendant un temps, un certain plaisir et l'homéostasie de notre fonctionnement psychique. Ce recours à nos représentations nous permet une autonomie plus ou moins longue sans le secours d'un objet extérieur¹. Mais cette autonomie a ses limites, même si elle se soutient de la lecture d'un poème ou d'un roman ; dans un second temps il deviendra nécessaire de retrouver un contact direct, effectif, amoureux avec une personne pour bâtir avec elle une expérience de satisfaction.

Lorsqu'il est impossible de créer une telle expérience nouvelle de satisfaction, les investissements en emprise s'amoncellent sur l'objet qui se refuse. Une forme de folie d'emprise peut se développer conduisant à des actions qui peuvent être d'une violence destructrice considérable si l'équivalent d'une expérience de satisfaction ne vient pas l'arrêter.

5 PULSION ET RELATION D'OBJET

Dans l'opposition entre les tenants de la relation d'objet, héritiers de Fairbairn qui soulignait l'importance de l'*object seeking*, et les tenants de la recherche du plaisir, fidèles à un aspect des formulations freudiennes, c'est finalement la pulsion qui est au centre du débat.

Si nous l'envisageons sous l'angle du double registre de l'emprise et de la satisfaction, l'opposition entre « quête d'objet » et « quête du plaisir » peut sembler fallacieuse ; en effet dans le schéma même de la pulsion tel que Freud l'a tracé, si le « but de la pulsion » est bien le plaisir de la « décharge libidinale », l'objet de la pulsion contribue à la définir, objet et plaisir ont partie liée. Mais, plus encore, dans notre perspective, il est possible de considérer que l'objet et le plaisir se constituent dans le même mouvement pulsionnel. L'*object seeking* de Fairbairn renvoie aux efforts d'emprise pour s'appropriier l'objet, et la recherche du plaisir à l'investissement du registre de la satisfaction.

1. Nous reprenons ici, à notre usage, le modèle imaginé par Winnicott (1967).

LECTURES CONSEILLÉES

- DENIS P. (1997). *Emprise et satisfaction, les deux formants de la pulsion*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- FREUD S. (1910). « Le trouble psychogène de la vision », dans *Névrose, psychose et perversion*, trad. sous la direction de J. LAPLANCHE, Paris, PUF, 1973.
- FREUD S. (1913). *Totem et Tabou*, Paris, Gallimard, 1993.
- FREUD S. (1914). « Pour introduire le narcissisme », dans *La Vie sexuelle*, trad. Denise Berger, Jean Laplanche et coll., Paris, PUF, 1977.
- FREUD S. (1915). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, trad. Philippe Kœppel, Paris, Gallimard, 1987.
- FREUD S. (1920). « Au-delà du principe de plaisir », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- FREUD S. (1923). *Psychanalyse et théorie de la libido*, dans *Œuvres complètes*, XVI, trad. sous la dir. de J. LAPLANCHE, Paris, PUF, 1991.
- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1965.
- SCARFONE D. (2004). *Les Pulsions*, Paris, PUF, « Que sais-je ? ».
- WINNICOTT D.W. (1975). *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

Chapitre 3

LE RÊVE DANS LA PRATIQUE DES CLINICIENS

INTRODUCTION¹

Le rêve possède une importance capitale pour la psychanalyse. Son exploration permet à Freud de compléter et d'approfondir la compréhension de processus inconscients qu'il avait déjà acquise auprès de ses premiers patients, en grande partie organisés sur le mode hystérique. Nous aborderons comment, à partir de la signification que Freud accorde au rêve – celle d'être formée par des substitutions symboliques – se dégagent une méthode d'interprétation, des modalités de processus psychiques ainsi que la construction de coordonnées spatio-temporelles d'une psychologie générale. Pour Freud, essentiellement, le rêve cherche l'accomplissement hallucinatoire d'un souhait infantile. Nous présenterons comment ce point de vue a donné lieu à des controverses par rapport à la compulsion de répétition ainsi qu'au négatif présent dans tout souhait.

Au cours de l'histoire de la psychanalyse, tout en étant fondamentales et incontournables, l'analyse et la référence au rêve se sont transformées. Régulièrement, les psychanalystes s'interrogent à propos de l'utilisation du rêve dans leur pratique. Il y a quelques années déjà, Pontalis (1977) soulignait la tenue périodique de colloques consacrés à cette question. Des ouvrages et des recueils d'articles plus récents ont aussi tenté de rendre compte de cette évolution (*Topique*, 1990 ; Nakov, 2003). Ces colloques et recueils de travaux montrent que l'utilisation du rêve dans la clinique apporte comme en miroir une image de l'état et de la nature de la pratique psychanalytique à un moment donné.

Ici, nous aborderons comment, grâce notamment à la référence à l'écran du rêve (Lewin, 1949), il est possible d'établir un parallèle entre la disposition

1. Par Alberto Konicheckis.

de l'appareil psychique pendant le rêve et pendant la séance psychanalytique. Nous analyserons aussi comment l'intérêt initial des psychanalystes pour le rêve s'est peu à peu déplacé vers la relation transféro-contre-transférentielle. Nous présenterons alors comment, de contenu à interpréter, le rêve est devenu créateur de nouvelles significations, y compris celles qui concernent les représentations de la personne propre.

Prédestination

Tout comme un rêve, l'« interprétation du rêve » (Freud, 1900) a été prédéterminée. Elle vient élaborer et transformer des pratiques et des conceptualisations qui prédestinaient Freud à s'intéresser aux phénomènes oniriques. On peut à ce propos mentionner tout d'abord l'intérêt pour l'hypnose qui le familiarise avec l'état de sommeil. Pendant toute une période, qu'on peut qualifier de pré-analytique, Freud explore les particularités et les nuances de l'hypnose. Il se demande comment la doser et l'utiliser dans les traitements de ses patients. La cure inaugurale d'Anna O. menée par Breuer (Freud, Breuer, 1895) se déroule dans une atmosphère de rêverie éveillée que la patiente même appelait des *clouds* (nuages).

Pendant l'hypnose, les processus psychiques se déploient d'une manière différente de ceux de la conscience éveillée. Freud s'intéresse à ces différentes modalités de conscience et se sensibilise à l'idée d'un psychisme qui ne serait pas homogène ni constitué d'une seule pièce. Des expériences comme l'amnésie post-hypnotique, où le patient ne se souvient pas de ce qui s'est passé pendant qu'il était sous hypnose, lui font découvrir des espaces différenciés, lesquels, tout comme l'état de sommeil et celui de veille, répondent à des dynamiques et des fonctions psychiques distinctes. Freud cherche à comprendre alors comment ces espaces différenciés communiquent entre eux.

On peut considérer que la période véritablement psychanalytique chez Freud commence avec l'exploration de ce que Charcot désigne comme la phase passionnelle des attaques hystériques (Freud, 1892). Freud est alors confronté à un monde psychique riche et complexe, formé par des expériences apparemment étranges, incompréhensibles, folles. Lors de la phase passionnelle, les patientes tiennent des propos incongrus, absurdes, irrationnels. Il tente de conférer des significations à ce qui semble être dénué de tout sens. Son apport majeur de l'époque consiste à considérer le symptôme hystérique comme la réminiscence d'un événement antérieur. Il est le symbole mnésique représentant un incident du passé. Sensible à la division de la conscience caractéristique de l'hypnose, Freud remarque qu'il se produit une déconnexion entre un incident et l'affect éveillée par cet incident. Le symptôme est porteur du souvenir de ces affects à la fois liés et séparés de l'événement originaire qui les a suscités. En décryptant le symptôme hystérique,

Freud détient la clef de phénomènes psychopathologiques, mais aussi d'autres processus quotidiens et courants comme ce qu'il appelle les souvenirs de couverture (Freud, 1899), dont l'originalité consiste à entremêler les réminiscences du passé aux désirs actuels. Par là même, Freud établit une forme de continuité structurelle entre les processus pathologiques et ceux qui ne le sont pas.

On sait que les premières recherches psychopathologiques de Freud connaissent une crise majeure en septembre 1897. Dans une célèbre lettre à Fliess, il remet profondément en question sa théorie des névroses, la *neurotica*, d'après laquelle un incident traumatique d'abus sexuel au cours de l'enfance est à l'origine des troubles pathologiques ultérieurs. Dans cette fameuse lettre à Fliess, il écrit aussi que dans l'effondrement général de sa construction théorique, le rêve conserve toute sa valeur (Freud, 1887-1904). Sur les ruines de son édifice conceptuel, il s'élance alors dans une entreprise de grande envergure. Il collecte des rêves de patients mais note scrupuleusement les siens aussi. Au moins la moitié des rêves recueillis par Freud viennent de sa propre auto-analyse (Anzieu, 1988). Il se livre également à une recherche documentaire d'une grande importance. Et en 1900 sort *L'Interprétation du rêve*.

1 L'INTERPRÉTATION DES RÊVES

L'Interprétation du rêve constitue l'œuvre la plus volumineuse de Freud mais sans doute aussi la plus complète, achevée et féconde. Elle a frayé de nombreuses pistes de réflexion et de recherche. Il s'agit d'un ouvrage fondamentalement paradoxal, car il tente de rendre rationnelle la partie la plus irrationnelle, intime et subjective chez tout être humain. Comme pour la phase passionnelle des crises hystériques, *L'Interprétation du rêve* apporte de l'intelligibilité à des phénomènes en apparence absurdes. Cette œuvre majeure ouvre également l'accès à une méthodologie qui permet d'aborder des processus psychiques multiples. *L'Interprétation du rêve* rend compte aussi d'une psychologie générale pour les représenter et constitue une référence incontournable pour l'instauration du traitement thérapeutique.

1.1 Une méthode

Dans *L'Interprétation du rêve*, après la présentation d'une imposante documentation bibliographique, que Freud ordonne suivant différentes thématiques – la relation entre le rêve et la veille, l'origine du matériel du rêve, les excitations internes et externes dans la production du rêve, ainsi que les

sentiments moraux de l'activité onirique –, il propose une méthode d'interprétation des rêves qui s'accorde avec sa conception du phénomène onirique. Il considère que le rêve comporte une pensée qui a été symboliquement remplacée par une autre. Le rêve se compose donc de substitutions symboliques. Chaque élément du rêve figure un autre élément avec lequel il maintient des liens de représentation. Les éléments absents du rêve peuvent être restitués à partir des éléments présents. Le rêve se présente comme l'aboutissement de ce processus de substitutions symboliques. L'interprétation consiste à effectuer ce parcours dans le sens inverse. Elle rebrousse le chemin emprunté par le psychisme dans la formation du rêve. Freud propose de différencier le contenu manifeste, celui présent à la conscience du rêveur, du contenu latent, qui contient les pensées qui ont donné naissance au rêve.

Pour l'interprétation du rêve, pendant la séance, le patient s'allonge, ferme les yeux, et retire toute critique des pensées spontanées qui surgissent dans sa conscience. Freud souligne l'analogie entre l'état du patient pendant la séance et celui du dormeur pendant la nuit. Sauf que pendant la séance, le patient se livre à une sorte de dédoublement entre celui qui fait le rêve et celui qui l'observe. À l'époque de *L'Interprétation du rêve*, Freud invite le patient à décomposer le rêve dans ses moindres détails, fragment après fragment. Le patient évoque alors les pensées qui lui viennent à l'esprit à partir de chaque élément du rêve. L'interprète du rêve est le rêveur lui-même. Freud s'écarte ainsi d'autres formes d'interprétations de songes existantes à son époque, comme l'interprétation globale du rêve, ou celle qui se ferait à partir d'une sorte de clé des symboles où chaque élément du rêve aurait une correspondance invariable avec un autre contenu culturellement préétabli. Pour illustrer la méthode, Freud propose l'analyse exhaustive du fameux rêve de l'injection faite à Irma, le premier qu'il a complètement analysé et qu'il a fait dans la nuit du 23 au 24 juillet 1895. Freud considère ce rêve comme l'expérience inaugurale pour la compréhension des phénomènes oniriques.

1.2 Accomplissement d'un souhait

Essentiellement, Freud postule que le rêve comporte l'accomplissement hallucinatoire d'un souhait infantile. Pour illustrer ses propos, il analyse des rêves simples, comme celui où on éprouve la sensation de soif, et où on rêve qu'on boit pour la satisfaire. De la sensation de soif vient le souhait de boire réalisé par le rêve. Les pensées du rêve remplacent l'action motrice. Freud rappelle aussi les rêves d'enfants où on retrouve aisément l'expression directe d'accomplissements de souhaits frustrés par la vie quotidienne. Le rêve satisfait dans la nuit ce que la réalité empêche et frustre le jour.

Ce postulat ne va pas cesser de soulever des questions et des objections, à commencer par celles auxquelles Freud lui-même est sensible. Tout rêve ne se présente pas comme une pleine satisfaction. On remarque souvent des rêves de souffrance et d'angoisse. Freud rétorque alors que l'accomplissement de souhait dans un rêve ne doit pas être cherché dans le contenu manifeste, mais dans le contenu latent. Au cours de la nuit, la censure de la veille s'affaiblit, mais ne disparaît pas pour autant. Elle tente de déformer et de dissimuler des souhaits interdits. Leur expression et leur réalisation en sont nécessairement rendues méconnaissables. À ce propos il énonce la célèbre formule selon laquelle, le rêve serait la voie royale vers l'inconscient, mais pas son expression directe.

Pour illustrer ce point de vue, Freud (1900) propose, entre autres, le fameux rêve du souper empêché de la belle bouchère (p. 182-184). Au niveau manifeste, la patiente rêve qu'elle aimerait donner un dîner mais n'a pour toutes provisions que du saumon, ce qui de prime abord semble être un souhait contrarié. Toutefois, au cours des associations, au niveau latent, il apparaît qu'une amie du couple, qui manifeste un certain faible pour le mari de la patiente, aimerait se faire inviter. Elle a justement un penchant pour le saumon. L'impossibilité de pouvoir offrir un repas, exprimée au niveau manifeste comme une contrariété, comporte en réalité l'accomplissement du souhait de priver cette amie, amateur de saumon, d'une invitation à dîner chez elle. Freud souligne que ce qui semble ne pas comporter la réalisation d'un souhait au niveau manifeste, implique en réalité une réalisation de souhait au niveau latent. Il peaufine alors la formulation initiale en proposant : « Le rêve est l'accomplissement (déguisé) d'un souhait (réprimé, refoulé) » (Freud, 1900, 196).

L'analyse du rêve de la belle bouchère amène Freud à analyser celui d'une autre patiente qui, au niveau manifeste, se présente aussi comme un souhait contrarié. Dans les associations de cette patiente apparaît alors le souhait de contredire la théorie du rêve comme l'accomplissement d'un souhait, théorie que Freud avait préalablement exposée à cette patiente. Le désir latent de cette patiente était donc de donner tort à la théorisation de Freud. Dans ces circonstances, le non-accomplissement manifeste d'un souhait représente pour Freud une forme de résistance à l'analyse.

1.3 Le travail du rêve

Le rêve résulte donc d'un processus, connu sous le nom de travail du rêve. Les images oniriques, que Freud compare volontiers aux rébus ou aux hiéroglyphes, se forment par l'intermédiaire de différents procédés qui tous tentent de travestir les pensées originaires pour déjouer la censure. Freud mentionne en particulier la condensation, le déplacement, la figuration et l'élaboration secondaire.

Tout au long de son livre, Freud s'interroge sur la provenance du matériel du rêve. Quelles sont ses sources ? Souvent, le rêve est composé d'éléments liés à des événements qui se sont produits la veille, ce qu'il est convenu d'appeler les restes diurnes. Ces éléments laissent parfois des impressions en apparence indifférentes. Mais elles ont la particularité de se mettre en relation et en association avec d'autres événements de la vie psychique, auxquels le rêveur n'a pas été insensible. Les restes diurnes préservent les investissements affectifs de la veille et attirent les motions refoulées d'autres événements antérieurs.

Freud examine cette particularité du rêve dans l'analyse du célèbre rêve dit de la monographie botanique (p. 205). Dans ce rêve, il a, devant lui, le livre d'une certaine plante. Le matin du jour du rêve, il avait remarqué dans la vitrine d'une librairie un livre sur le cyclamen qui n'avait à ses yeux aucune importance particulière. Or, à partir de ce souvenir récent, et dénué d'une signification spéciale, Freud retrouve des pensées latentes qui l'amènent vers des événements qui ont compté dans son existence comme, par exemple, le souhait de faire reconnaître la valeur de ses travaux sur la cocaïne. L'image manifeste de la monographie botanique illustre ainsi le procédé de la condensation qui rassemble des images d'événements qui se sont déroulés à différents moments de son existence.

L'analyse de ce rêve donne aussi l'occasion à Freud de souligner l'importance du processus de déplacement. Lorsque le rêve rend manifeste des éléments sans importance, comme en l'occurrence le livre sur le cyclamen, il retire et déplace l'accent affectif d'autres représentations qui, elles, étaient pourvues d'investissements psychiques considérables. Ainsi, d'associations en associations, à partir de ce même rêve, Freud se souvient de son père qui le laisse, lui, enfant de cinq ans, déchirer un livre avec des planches de couleurs. Ce souvenir, ainsi que ceux qui s'imposent à la suite d'une analyse exhaustive de chaque rêve, lui permet d'avancer que le souhait, source du rêve, est toujours issu de la vie infantile. D'une certaine manière, l'enfant et ses impulsions continuent à vivre dans le psychisme. Ils sont aux aguets et, au beau milieu de la nuit, attendent la moindre occasion pour se manifester à travers des représentations et impressions empruntées aux événements de la veille.

On peut distinguer d'autres sources à l'origine des rêves et en particulier celles qui proviennent du fonctionnement somatique. Mais, pour Freud, en analogie avec les impressions laissées par les restes diurnes, les excitations somatiques actuelles se subordonnent aux désirs infantiles. Ces derniers se préoccupent de la situation somatique, mais pour tenter de parvenir à leur accomplissement. Freud remarque que les impressions sensorielles dérivent le plus souvent de souvenirs infantiles. Toutefois, le rêve cherche aussi à élaborer les excitations nées des organes du corps afin de lui apporter le confort de continuer à dormir. Car, d'après Freud, et c'est un autre postulat

majeur de son œuvre : « Le rêve est le gardien du sommeil, non son perturbateur » (p. 272).

Dans leur important travail « Aspects fonctionnels de la vie onirique », Fain et David (1963) tiennent à démontrer la participation de l'activité onirique dans l'équilibre psychosomatique. D'après ces auteurs, le rêve possède une visée auto-conservatrice et intégrative du fonctionnement physiologique qui ne se limite pas au sommeil, mais peut être étendue à d'autres fonctions somatiques. Comme lors des toutes premières expériences des bébés, le fonctionnement corporel tente de métaboliser la vie affective et émotionnelle du rêveur. Il n'a pas uniquement une fonction représentative de type hystérique. Les pathologies du sommeil, comme les insomnies, manifestent justement les perturbations de l'activité onirique dans ses potentialités de maintenir le corps en repos.

1.4 Une psychologie

L'Interprétation du rêve se conclut par le célèbre chapitre VII, où les différents processus dégagés tout au long de l'ouvrage donnent naissance à une psychologie d'ensemble, nouvelle et fondatrice. La psychologie que Freud propose dans ce chapitre conclusif n'explique pas le rêve, elle est instituée par le rêve, qui devient ainsi le berceau de ses conceptualisations. Le rêve révèle des processus psychiques impossibles à détecter en dehors de lui.

Le rêve permet également d'envisager la construction des dimensions spatio-temporelles de l'appareil psychique. Lorsque Freud y évoque les oublis du rêve, comme pour l'amnésie post-hypnotique, il peut différencier des espaces, notamment entre ceux qui sont perceptibles et manifestes, le préconscient et la conscience, distincts de ceux qui restent refoulés et cachés, l'inconscient. L'analyse du processus de régression lui permet de désigner l'intrication de diverses temporalités ainsi que la modalité de relation entre elles. L'enchevêtrement de différentes formes du temps a été particulièrement exploré par Green (2000) dans son ouvrage *Le Temps éclaté*. À partir de ces coordonnées spatio-temporelles, amenées par l'oubli et la régression, Freud s'interroge sur le lieu où se produit le rêve. Il écarte la notion d'une localisation physiologique et propose le schéma d'un appareil spécifiquement psychique, lequel, comme le microscope ou le télescope, serait composé d'une succession d'instances ou systèmes qui formeraient une image idéale. Pour représenter cet appareil psychique dans sa forme la plus achevée, Freud (1900, p. 594) conçoit le schéma suivant.

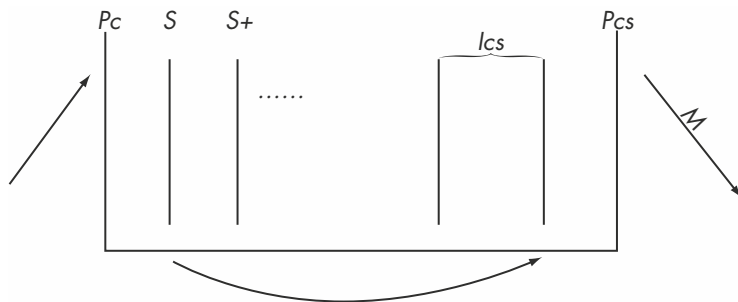


Schéma 1

Dans l'état de veille, l'appareil psychique est orienté de sa polarité perceptive, où se créent des innervations, vers celle de la motricité, qui cherche à l'en débarrasser. Les excitations parcourent la succession de systèmes, organisés en associations, contenant les souvenirs d'expériences de satisfaction. Pour parvenir à la conscience, l'évocation de ces souvenirs, susceptibles d'apaiser les excitations, emprunte un passage surveillé, celui de la censure, que Freud repère entre le système inconscient et le système préconscient.

Pendant le rêve, les deux polarités, perceptive et motrice, ne disparaissent pas complètement, mais elles sont fortement inhibées. Les impressions de la veille se déconstruisent et s'approchent des images de différents systèmes de mémoire. Mais Freud tient encore à souligner qu'aucun souhait de la veille ne se manifeste dans le rêve s'il ne rentre pas en résonance avec un souhait infantile, indestructible, toujours actif et prêt à s'exprimer. À ce propos, il considère que les pensées diurnes seraient les entrepreneurs qui ne pourraient rien effectuer sans le capitaliste : le souhait infantile.

Laplanche (2003, p. 67-68) reprend le schéma de l'appareil psychique de Freud et propose de former une sorte de boucle en reliant les deux extrémités, celle de la conscience avec celle de la perception.

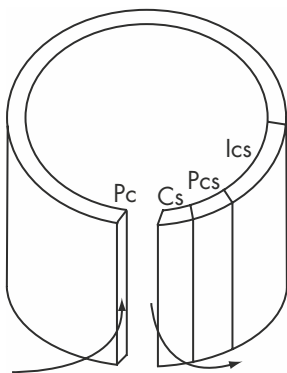


Schéma 2

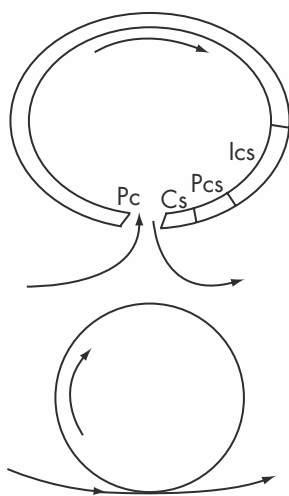


Schéma 3

Cette présentation de l'appareil psychique pendant le rêve offre l'intérêt de montrer comment un circuit à l'origine externe parcourt dans le sens contraire les différentes instances internes. Laplanche avance qu'à partir d'un point de tangence entre le dehors et le dedans, les messages auto-conservatifs du monde externe se transforment en messages énigmatiques à caractère sexuel du monde interne.

2 LES SUITES

Chez Freud, la présentation générale de l'appareil psychique et la plupart des processus dégagés à partir des rêves a donné lieu à d'importantes contributions complémentaires. Un nombre considérable de textes ultérieurs de Freud a directement trait au rêve (Freud, 1901a, 1911a, 1911b, 1915, 1916, 1920b, 1922b, 1925, 1932, 1938). À travers ces nombreux écrits, et à l'exception de certains passages concernant la compulsion de répétition, Freud ne modifie pas essentiellement la structure générale présentée dans *L'Interprétation du rêve*. Surtout, il peaufine certains détails et complète sa théorisation à la lumière de nouvelles connaissances acquises par la psychanalyse.

Dans la foulée de *L'Interprétation du rêve*, Freud publie deux autres ouvrages importants, *La Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901b) et

Le Mot d'esprit et ses relations avec l'inconscient (1905). Il y aborde des phénomènes de la vie courante, comme les oublis, les actes manqués et les lapsus, lesquels, comme le rêve, ne sont pas nécessairement pathologiques. Dans d'autres textes ultérieurs, il se réfère au rêve pour rendre compte de la création poétique (Freud, « Le poète et les rêves diurnes », 1907-1908), ainsi que les contes de fées et les jeux d'enfants (Freud, 1913). Quelques années plus tard encore, il se rapporte au rêve pour mener des recherches sur la télépathie (Freud, 1922a). Le rêve lui aura permis d'éclaircir également la formation de processus psychopathologiques sévères, comme le délire (Freud, 1906-1908). Freud y considère que le rêve et le délire ont une structure analogue et émanent d'une même source, le refoulé. Il y ajoute que le rêve peut être envisagé comme le délire physiologique de l'homme normal.

2.1 Accomplissement hallucinatoire du souhait et compulsion de répétition

La suite de *L'Interprétation du rêve* a tout de même donné lieu à quelques controverses. Elles se polarisent surtout autour de l'importance excessive accordée par Freud à l'accomplissement hallucinatoire du souhait infantile. La question se pose sur la définition problématique et ambiguë de ce que les traducteurs des *Œuvres complètes* actuelles désignent comme « souhait » et que, dans les traductions précédentes de *L'Interprétation du rêve*, on nommait « désir ». Le désir, contrairement au souhait, possède une connotation de concupiscence, de sensualité et d'érotisme qui manque au souhait, davantage spirituel et sublimé.

Pour mieux comprendre les tenants de cette controverse, il convient de définir ce que Freud entend par l'accomplissement hallucinatoire d'un souhait. Il considère que les besoins corporels, nécessaires à la vie, perturbent l'organisme dans sa tendance à maintenir les excitations le plus bas possible. La satisfaction qui supprime la perturbation produit nécessairement une transformation. Invariablement se forme alors une perception, dont la trace mnésique reste associée à celle de l'expérience de satisfaction. « Dès que ce besoin survient une nouvelle fois, écrit Freud, il se produira, grâce à la connexion établie, une motion psychique qui veut investir de nouveau l'image mnésique de cette perception et provoquer de nouveau la perception elle-même, donc à proprement parler rétablir la situation de la première satisfaction. Une telle motion est ce que nous appelons un souhait ; la réapparition de la perception est l'accomplissement de souhait » (p. 620). Cette définition de l'accomplissement de souhait amène Freud à postuler une recherche d'identité de perception et d'identité de pensées liées à la satisfaction du besoin. L'hallucination qui apporte la sensation de perception perd ainsi son caractère exclusivement pathologique.

D'une manière générale, Freud reste fidèle à sa conception du rêve en tant qu'accomplissement hallucinatoire du souhait. Un seul moment semble faire vaciller ce postulat : lorsqu'il rédige l'*Au-delà du principe du plaisir* (Freud, 1920a) et où il évoque les rêves des névroses traumatiques qui ramènent sans cesse la situation initiale de l'accident traumatique. En introduisant la compulsion de répétition, il a à sa disposition d'autres motifs que l'accomplissement hallucinatoire du souhait pour expliquer de tels rêves. Et pourtant, il y persiste à considérer l'accomplissement hallucinatoire du souhait comme étant à leur origine. Ainsi, il suggère, par exemple, que la répétition de l'accident pendant le rêve pourrait rapprocher le patient des scènes de sa vie d'avant l'accident, lorsqu'il jouissait d'une bonne santé. Il invoque aussi à leur propos « les énigmatiques tendances masochistes du moi » (Freud, 1920a, p. 284).

À la même époque, il ajoute un passage dans *L'Interprétation du rêve* à propos des rêves de déplaisir et des rêves de punition et y soutient encore que ces rêves ne contredisent pas la tendance à l'accomplissement hallucinatoire du souhait. Il estime qu'un accomplissement inconscient de souhait peut être ressenti comme déplaisant par le moi du rêveur. Il envisage également qu'à travers les affects désagréables du moi, le rêveur se punit de souhaits inconscients.

Toutefois, à peine quelques années plus tard, il admet que « les rêves de la névrose traumatique constituent la seule exception réelle (...) à la tendance du rêve à l'accomplissement de désir » (1922a, P. 88). Peut-être que pour maintenir de tels propos, il convient de rappeler la distinction proposée par Roussillon (1995) entre la compulsion de répétition, redevable à la satisfaction hallucinatoire du souhait, et l'automatisme de répétition, principe de fonctionnement psychique réellement indépendant des expériences de satisfaction. Les rêves traumatiques correspondraient donc à cet automatisme de répétition.

2.2 Le négatif du souhait

Si la formule « le rêve comme satisfaction hallucinatoire du souhait » reste problématique, c'est que le souhait lui-même est problématique. Tout désir infantile contient une part négative d'exclusion, de renoncement et d'impossibilité. Il n'est pas un pur bien-être. Le désir a à faire avec ce qui n'a pas pu se réaliser. Quelque chose de non accompli reste, en souffrance et en attente de réalisation. Le désir est donc constitutionnellement conflictuel, et non seulement en raison des tiraillements provoqués entre les différentes instances comme lors des rêves de punition. Le rêve apparemment le plus simple, comme celui de la petite Anna, qui rêve qu'elle mange des fraises, ce dont elle a été privée dans la journée, met en scène des situations conflictuelles. L'interdit fait partie inhérente du souhait.

Tout désir prend naissance dans une situation traumatique. Par définition, l'enfant, insuffisamment développé, ne peut pas parvenir à réaliser ses désirs par ses propres moyens. Tout rêve, puisqu'infantile, porte les traces de cette impossibilité. Il n'y a pas à opposer d'une manière catégorique trauma et désir. Il n'y a pas à opposer complètement non plus compulsion de répétition et désir. Dans tout souhait se répètent aussi bien l'accomplissement et la satisfaction d'un souhait que le refus et l'empêchement de le réaliser. Inévitablement, le désir contient une part d'insatisfaction, ne serait-ce que celle qui se produit entre l'apparition du besoin physiologique et la création de l'image perceptive hallucinatoire qui le satisfait. La répétition n'efface pas les empreintes de ce qui lui a donné naissance. C'est aussi en quoi le désir se différencie du besoin. Le désir suppose la présence d'une composante masochiste qui empêche le sentiment d'un accomplissement exclusivement bienheureux.

Dans la littérature psychanalytique, un des ouvrages les plus fouillés et approfondis sur le rêve après *L'Interprétation du rêve* de Freud est celui de Garma (1970). Il se présente comme étant en contradiction avec la proposition centrale de Freud concernant le rêve comme l'accomplissement hallucinatoire d'un souhait infantile. Garma considère que ce sont les situations traumatiques et non l'accomplissement de désirs qui sont à l'origine des rêves. D'après lui, « les pensées provenant des désirs refoulés créent une situation traumatique très intense » (p. 94). Pendant le sommeil, en raison de l'activité hallucinatoire, le rêveur juge ces perceptions comme faisant partie de la réalité extérieure qui s'impose à lui. D'après Garma, le rêve cherche en premier lieu à résoudre le conflit occasionné par le surgissement de ces pensées refoulées et secondairement à accomplir un souhait. Mais comme on vient de le préciser à propos de la nature conflictuelle et traumatique du désir, le point de vue de Garma nous semble moins contradictoire avec celui de Freud qu'il ne le prétend, car toute motion de souhait porte l'empreinte des frustrations qui se trouvent à son origine.

3 CLINIQUE ET TECHNIQUE, ÉCRAN DU RÊVE, TRANSFERT-CONTRE-TRANSFERT

La psychologie des processus dégagés par l'interprétation du rêve fonde également la méthodologie, les concepts et les processus de la pratique psychanalytique. La plus explicite est la technique du jeu proposée par M. Klein (1926) dans l'analyse d'enfants. Elle compare les éléments du jeu de l'enfant aux éléments du rêve de l'adulte. Les uns et les autres comportent

des substitutions symboliques. M. Klein considère que dans l'activité ludique, l'enfant utilise les mêmes procédés que ceux auxquels l'adulte a recours dans l'élaboration du rêve. Elle remarque aussi qu'à partir de différents éléments du jeu, l'enfant peut produire des associations qui l'amènent vers ses fantasmes les plus refoulés.

Avec le temps, la cure psychanalytique ainsi que les conceptualisations sur les processus oniriques et l'utilisation du récit des rêves dans le traitement se sont modifiées. À l'époque de *L'Interprétation du rêve*, Freud analysait minutieusement les moindres éléments du rêve. De nos jours, il est rare que cette méthode d'interprétation soit suivie d'une manière aussi scrupuleuse et exhaustive. L'analyste sollicite moins systématiquement les lignes associatives issues de chaque élément du rêve et les récits des rêves s'intègrent au discours du patient comme faisant partie de ses libres associations.

3.1 Écran du rêve et situation psychanalytique

Il nous paraît tout à fait pertinent de réfléchir au rapport entre l'expérience du rêve et la situation thérapeutique. Tout comme le jeu pour M. Klein, l'écran du rêve, dégagé par B. Lewin (1949), peut être considéré comme un moment historique de bascule dans la compréhension du rapport entre les processus oniriques et les processus qui se déroulent au cours de la cure psychanalytique. L'écran du rêve, propose Lewin, est « la surface sur laquelle le rêve semble être projeté » (p. 212). L'écran soutient, porte et contient le rêve et, par là même, l'expérience psychique du rêveur. Dès lors, on peut envisager l'existence d'un espace psychique et non pas seulement le rêve comme contenu manifeste à déchiffrer et à interpréter.

L'analyste cherche dans la cure à établir un espace d'intimité à deux comparables à celui du rêveur pendant le sommeil. Dans la position allongée, l'activité motrice du patient est considérablement inhibée. L'analyste, assis derrière, évite l'échange visuel et réduit l'importance du pôle perceptif. Le patient peut se consacrer à son monde interne et non pas aux perceptions visuelles du monde extérieur. Tout comme la veille se différencie du sommeil, la situation thérapeutique délimite un dedans par rapport à un dehors. On entre en séance comme on se glisse dans le sommeil. Historiquement, on peut rappeler qu'Anna O. tombait spontanément dans un sommeil hypnotique dès l'arrivée de Breuer (Freud, Breuer, 1895). Dans « Complément métapsychologique à la doctrine du rêve », Freud (1915) remarque que, chaque nuit, pour aller dormir, en même temps qu'il enlève ses habits, l'homme procède à un déshabillage de son psychisme (p. 245) en retirant les enveloppes qui lui ont recouvert la peau pendant la journée. Isakower (1938) fut un des premiers à souligner les modifications de la distribution de la libido, qui, retirée du monde extérieur, se porte vers la personne propre. À ce moment surgissent des images sensorielles diverses :

visuelles, acoustiques, tactiles et kinesthésiques, qui risquent de donner le sentiment d'effondrement et de dépersonnalisation. Certaines modalités de résistance à s'engager dans la cure peuvent être envisagées alors d'une manière comparable aux difficultés liées à l'endormissement.

Le travail du rêve, dans ses différentes acceptions, peut être mis en parallèle avec le travail effectué dans la cure analytique. Il est toujours possible d'entendre le matériel psychique de la séance comme le contenu manifeste d'un rêve. Le rêve deviendrait ainsi le prototype de toute activité psychique inconsciente. Par la règle fondamentale, le patient est invité à suspendre tout jugement de réalité. Tout comme dans les processus primaires pendant le rêve, il lui est demandé de ne pas se soucier de la cohérence de ses associations. La résistance aux associations se manifeste en séance d'une manière comparable à l'action de la censure pendant le rêve. Les souhaits refoulés du patient cherchent à contourner et à déjouer les forces qui lui résistent. Comme dans l'interprétation d'un rêve, l'interprétation de l'analyste vient s'intercaler là où le patient ne parvient pas à associer. Elle se propose comme un maillon qui lie le contenu manifeste de la séance aux contenus latents possibles. L'interprétation de l'analyste peut aussi être envisagée comme un reste diurne qui attire les contenus inconscients prêts à se manifester. Il me paraît important de mentionner aussi qu'en séance, il n'y a pas que le langage verbal, mais, comme dans le rêve, des images, des sensations, des affects. Par ailleurs, pour Lewin, l'écran du rêve ne relève pas seulement d'une expérience de type visuelle, elle comporte aussi les traces sensorielles du sommeil infantile primaire.

3.2 Transfert-contre-transfert, nouvelle voie royale vers l'inconscient

Il convient toutefois de rappeler l'évidence que la situation du patient en séance est différente de celle du rêveur pendant la nuit. La production du contenu manifeste de la séance se réalise en présence de l'analyste, lequel peut revêtir différentes fonctions pour le patient. Il peut se proposer comme un écran, support de projections du patient. Il est aussi celui qui parfois facilite son sommeil générateur et bienfaisant ou qui, d'autres fois, au contraire, réveille les motions engourdies. Lewin (1949) compare encore la place de l'analyste par rapport à son patient à celle des restes diurnes qui, pendant la séance, éveillent et attirent les désirs infantiles.

Cette attention portée sur l'analyste dans la production des associations du patient, analogues aux productions oniriques, soulève toute l'importance de la relation transféro-contre-transférentielle. *L'Interprétation du rêve* a été rédigée à un moment où la dynamique du transfert dans l'instauration du processus thérapeutique n'était pas ignorée. Mais sa fonction aussi essen-

tielle pour la cure psychanalytique n'avait pas encore été décelée comme elle l'est de nos jours. L'instauration de la relation transféro-contre-transférentielle modifie la production des rêves, qui, dès lors, ne se réduit pas à une production exclusivement intrapsychique. Ils se créent aussi dans l'intersubjectivité. Souvenons-nous de cette patiente, dont le non-accomplissement de souhait dans le contenu manifeste lui permet de réaliser celui, inconscient, de contredire la théorie que Freud lui avait précédemment exposée. La relation intersubjective entre l'analyste et son patient se retrouve inévitablement incluse dans la thématique des rêves. Des auteurs comme Ferro (1997) considèrent les pensées manifestes de certains rêves comme des expressions symboliques de la relation transférentielle au moment où le rêve a été rêvé. Avec le temps, un déplacement dans la pratique psychanalytique s'est donc produit. En complémentarité avec le rêve, la relation transférentielle elle-même est devenue la nouvelle voie royale vers l'inconscient. Mais la relation transférentielle offre l'avantage de se dérouler dans l'ici et maintenant. Tout comme une autre formation inconsciente, les mouvements transférentiels peuvent être interprétés alors comme s'ils constituaient le matériel d'un rêve.

Le rêve se constitue aussi en objet de la relation entre le patient et son analyste. Dans la présentation de l'écran du rêve, Lewin (1949) rapporte les propos d'une patiente qui, au début d'une séance, lui dit : « J'avais un rêve tout prêt pour vous ; mais, tandis que j'étais étendue ici, le considérant, voici qu'il s'est éloigné de moi » (212). Dans la relation transférentielle, comme le propose Pontalis (1977), ce rêve est devenu un objet à la fois donné, montré et dérobé. Il n'est pas seulement rapporté en séance pour être déchiffré ou interprété, mais aussi pour montrer à l'analyste le sens que le patient donnerait à cet objet qui s'envole.

4 CRÉATIONS DE SENS

4.1 Rêve : création de significations

Au cours de la pratique psychanalytique, outre l'importance acquise par la relation transféro-contre-transférentielle, de nouvelles fonctions du rêve ont été dégagées. Elles ne contredisent pas nécessairement les apports de Freud. Elles viennent les compléter et les enrichir. Pour Freud, le travail du rêve consiste essentiellement à dissimuler des pensées de souhaits latents et refoulés. Les représentations inconscientes préexistent au rêve et se manifestent par les substitutions symboliques. Le rêve possède une signification déjà présente et occulte que l'interprétation vient dévoiler. Or, avec le temps, le rêve est envisagé comme étant lui-même créateur de nouvelles significations. Il devient un acte créatif et non pas seulement répétitif. Cette forme de travail

psychique caractéristique du rêve s'inspire en particulier de l'expérience psychanalytique avec les enfants, lesquels, êtres en devenir, ont recours au jeu, comme l'adulte au rêve, pour élaborer leur expérience psychique.

Il convient de définir ce que dans ce contexte on entend par « élaboration psychique ». À l'image du processus de la métabolisation, la matière psychique ne peut pas être assimilée automatiquement. Pour que les expériences puissent être intégrées dans le psychisme, elles subissent certaines transformations. De ce point de vue, le rêve peut être considéré comme un contenant capable de métaboliser et de porter les expériences psychiques. À ce propos, Grinberg (1987) propose de faire des différenciations entre les rêves élaboratifs, qui permettent d'intégrer les expériences dans le psychisme, et les rêves évacuatifs, qui, eux, au contraire, empêchent d'assimiler des contenus psychiques.

L'élaboration psychique concerne des processus de nature et de qualité différentes. Ils se situent d'abord au niveau économique. Le rêve cherche à modifier et à lier les excitations. Une forme, une figure, qualifient et donnent une représentation, donc, à une quantité d'excitations. Le rêve a la possibilité de rendre figurable des expériences psychiques informes. Le mouvement corporel devient image et la pensée se substitue ainsi à l'acte. Plus précisément, la pensée elle-même devient acte. Ainsi, les affects et les représentations peuvent advenir et se relier. Le rêve, donc, non seulement travestit le désir mais il participe à la construction de formes, d'images et de fantasmes. Grâce à cette potentialité transformatrice et créatrice multiple, il peut devenir le modèle de tout processus thérapeutique.

Bion (1962) a sans doute été un de ceux qui a le plus souligné l'aspect créatif du rêve. Il considère que l'apport des formes aux éprouvés sensoriels constitue une des tâches fondamentales du psychisme. Bion remarque que le tout jeune enfant est par lui-même incapable d'employer les données des sens (p. 131). Il a recours alors à ce qu'il désigne comme la capacité de rêverie de la mère, qui transforme les expériences sensorielles en représentations et en matière utilisable par le psychisme. De ce point de vue-là, le processus du rêve rend compte également d'une relation intersubjective. Meltzer (1984) s'inspire de cette situation entre le tout jeune enfant et la capacité de rêverie de sa mère, pour aborder certains aspects de la relation entre le patient et l'analyste en séance. Lorsque l'analyste écoute le récit du patient, une image onirique se forme en lui. Le patient le fait rêver. Meltzer s'inspire de cette production pendant la séance, comparable à la capacité de rêverie de la mère, pour communiquer des interprétations au patient. La formation du rêve dans l'intersubjectivité est également soulignée par Kaës (2002), dans *La Polyphonie du rêve*. Il y montre avec minutie et rigueur comment, dans les expériences groupales, les rêves des uns sont traversés par les rêves des autres.

D'autres auteurs ont souligné dans le rêve une fonction créatrice de symbolisations et de significations nouvelles, mais, à l'image du rêve de

l'homme aux loups (Freud, 1918), cette fonction créatrice se déroule dans un sens qu'on pourrait qualifier de traumatique. Dans le rêve de l'homme aux loups, le jeune enfant, alors âgé de quatre ans, voit qu'une fenêtre s'ouvre tout d'un coup devant lui et en face apparaissent plusieurs loups blancs assis. Il éprouve alors une grande terreur. Les fils associatifs du patient conduisent Freud à considérer que ce rêve se rapporte à la scène originaire, celle du coït entre les parents et à laquelle le patient aurait assisté plusieurs années auparavant, lorsqu'il avait un an et demi. Pour le patient en cure, devenu dès lors l'homme aux loups, on peut considérer que le traumatisme vient de la frayeur éprouvée pendant le rêve et non pas seulement de ce qu'il aurait ressenti lors du coït parental. Dans le rêve de l'homme aux loups, l'événement psychique traumatique est celui qui se produit dans le monde interne et non pas directement dans la réalité extérieure. Il est provoqué par l'impossibilité du rêve à assimiler et à intégrer les expériences subjectives liées au coït parental.

Les rêves s'avèrent souvent imparfaits. Rarement ils se présentent comme une totalité réalisante. Ces échecs relatifs du rêve déclenchent des effets traumatiques. Pour Laplanche (2003), ce qui apparaît ici comme des apparents échecs des rêves révèle en réalité une partie de leur nature. L'enfant, tout comme le jeune homme aux loups à un an, ne dispose pas des moyens psychiques ni physiologiques pour traduire l'expérience qu'il éprouve devant ses parents. Se créent alors, d'après la terminologie de Laplanche, des messages énigmatiques, désignifiés, qui deviennent tout autre chose que des souvenirs. D'après le schéma 3 que nous avons présenté plus haut (*cf.* p. 49), ces messages énigmatiques prennent naissance dans le point de tangence entre le circuit externe et le circuit interne. De cette expérience énigmatique naît aussi la pulsion sexuelle. Cet aspect bouleversant du rêve est souligné également par Puget (2003), lorsqu'elle note que le rêve impose une altérité, « un-pour-toujours-étranger irréductible ». Le rêveur reste étranger à son propre rêve. Il se trouve exilé de sa personne et se crée ainsi non pas de nouveaux contenus manifestes à décrypter, mais de nouvelles formes d'inconscient représentationnel.

4.2 Narcissisation et subjectivation

Actuellement, les psychanalystes sont consultés par des patients qui ne correspondent plus aux catégories nosographiques traditionnelles. Ils sont atteints dans leur organisation narcissique. Certains processus décelés dans le rêve peuvent être mis en relation avec le type de suivi que sollicitent ces patients. Le rêve comporte différentes fonctions qu'on peut qualifier de narcissisantes. Dans *L'Interprétation du rêve*, Freud rappelle (p. 328) que l'accomplissement du souhait dans un rêve provoque chez le rêveur une sensation joyeuse et fortifiée. Pendant le sommeil, la distinction entre le

fantasme et la réalité s'estompe. Le rêve confère à la réalisation du souhait un caractère de réalité. Il possède une effectivité et représente lui-même un acte dans la vie du rêveur. L'accomplissement hallucinatoire du souhait s'accompagne d'un sentiment d'accomplissement personnel.

Une autre fonction narcissique dans le rêve se réfère au point de vue économique et d'auto-conservation du sommeil qui l'accompagne. Il existe chez le rêveur le souhait toujours égoïste de trouver un état de repos. Cette forme de sommeil a été interprétée par Lewin (1949) comme la rencontre bienheureuse avec le corps d'une mère qui apporterait au rêveur un abaissement important des quantités d'excitation. Le corps propre vers lequel retourne le rêveur serait alors comparable à celui d'une mère pare-excitante qui calme, réunifie les pulsions partielles, et par le maintien du rêveur enfant dans son giron, procurerait un sentiment de rassemblement et d'unité. Il s'agit là aussi d'une expérience personnelle de réalisation qui peut offrir aux rêveurs des vertus narcissisantes et régénératrices.

Outre l'importance du sentiment de réalisation du souhait et de l'apaisement d'excitations dans la rencontre avec un corps calmant, le rêve offre une troisième possibilité de narcissisation à travers la construction d'une représentation de la personne propre. L'écran du rêve comporte un support pour la projection des parties de la personne ainsi que des expériences corporelles. Tout comme sur un miroir, dans l'écran du rêve peut se former une image réfléchissante, susceptible d'apporter une représentation unifiante du *self*. Dans sa présentation de l'écran du rêve, Lewin (p. 216) rappelle les apports de Tausk (1919) à propos de la machine à influencer, construction délirante d'une patiente qui de cette façon se crée une réplique de ses propres sensations corporelles. À partir de thérapies psychanalytiques avec d'anciens patients autistes, G. Haag (1997) se réfère aux travaux de Lewin sur l'écran du rêve pour montrer comment les projections d'expériences sensorielles sur une surface plate à deux dimensions permettent d'ouvrir vers une troisième dimension constitutive aussi bien du moi corporel que de l'objet. Non seulement le moi crée le rêve, mais, à son tour, il est aussi créé par lui.

CONCLUSION : L'ÉLABORATION PSYCHIQUE

Nous avons pu apprécier l'utilité du rêve pour la pratique psychanalytique. La richesse méthodologique, conceptuelle et pratique de *L'Interprétation du rêve* a permis de fonder une clinique. Le matériel apporté par le patient en séance peut être comparé au contenu manifeste du rêve. Mais avec le temps, les cliniciens ont transformé l'usage du récit du rêve en séance. Différentes

modifications que nous avons évoquées ont conduit à cette transformation, dont notamment : la nature conflictuelle et la part du négatif du souhait, le rêve dans sa fonction de gardien du sommeil et d'autres fonctions physiologiques, le rêve comme contenant élaboratif et non pas seulement comme contenu à déchiffrer, et enfin, la relation transféro-contre-transférentielle comme nouvelle voie royale vers l'inconscient.

Nous avons remarqué qu'au fil du temps trois piliers essentiels de la théorie freudienne sur le rêve ont particulièrement été reconsidérés : le rêve comme accomplissement hallucinatoire d'un souhait infantile, le rêve comme contenu à interpréter et, d'une manière implicite, le travail du rêve. C'est sur ce dernier point que je souhaiterais conclure, car le rêve est devenu une référence et un prototype de l'activité et de l'élaboration psychiques du patient pendant la cure. Pour Freud, le travail du rêve consiste à dissimuler et à rendre méconnaissables des pensées latentes qui cherchent à se manifester. Le travail du rêve aurait donc une connotation défensive et refoulante. Or, avec le temps, sont apparues de nombreuses potentialités créatrices et bien-faisantes du rêve. L'accomplissement hallucinatoire d'un souhait infantile n'est pas seulement une expérience de type symbolique. Elle comporte aussi une réalisation effective et historisante. L'accomplissement dans le rêve implique aussi une fonction narcissisante d'accomplissement personnel.

L'élaboration psychique du rêve concerne également le maintien de l'équilibre psychosomatique. Elle transforme l'activité motrice en pensée psychique, ce qui permet l'intégration de différentes fonctions physiologiques et de libérer ainsi le psychisme d'un excès d'excitations. Par la qualification du quantitatif, le rêve permet de rendre figurables des expériences informes. Des conflits précédents deviennent alors assimilables par le psychisme et les effets traumatiques des événements du passé peuvent être déjoués. En même temps, et d'une manière complémentaire, le rêve rend possible l'apparition de formes nouvelles de libidinalisation par la re-création des conditions du surgissement du sexuel.

LECTURES CONSEILLÉES

- ANZIEU D. (1988). *L'Auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- BION W.R. (1962). « Une théorie de l'activité de pensée », dans *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983.
- FAIN M., DAVID C. (1963). « Aspects fonctionnels de la vie onirique », dans *Revue française de psychanalyse*, 27, numéro spécial, 241-343.
- FERRO A. (1997). *L'Enfant et le psychanalyste*, Toulouse, Érès.

- FREUD S. (1887-1904). *Lettres à Wilhelm Fliess : 1887-1904*, Paris, PUF, 2006.
- FREUD S. (1892). « Pour une théorie de l'attaque hystérique », dans *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
- FREUD S. (1899). *Des souvenirs-couverture*, dans *O.C. III*, Paris, PUF, 1989.
- FREUD S. (1900). *L'Interprétation du rêve*, dans *O.C. IV*, Paris, PUF, 2003.
- FREUD S. (1901a). *Sur le rêve*, Paris, Gallimard, 1988.
- FREUD S. (1901b). *La Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Gallimard, 1997.
- FREUD S. (1905). *Le Mot d'esprit et sa relation avec l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1992.
- FREUD S. (1906-1908). *Les Délires et les rêves dans la « Gradiva » de Jensen*, dans *O.C. VIII*, Paris, PUF, 2007.
- FREUD S. (1907-1908). « La création littéraire et le rêve éveillé », dans *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1952.
- FREUD S. (1911a). *Suppléments à l'interprétation du rêve*, dans *O.C. XI*, Paris, PUF, 1998.
- FREUD S. (1911b). *Le Maniement de l'interprétation du rêve en psychanalyse*, dans *O.C. XI*, Paris, PUF, 1998.
- FREUD S. (1913). *Matériaux de contes dans les rêves*, dans *O.C. XII*, Paris, PUF, 2005.
- FREUD S. (1915). « Complément métapsychologique à la doctrine du rêve », dans *Métapsychologie*, *O.C. XIII*, Paris, PUF, 1988.
- FREUD S. (1916). « Le Rêve », dans *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, deuxième partie, *O.C. XIV*, Paris, PUF, 2000.
- FREUD S. (1918). « Extrait d'une névrose infantile (L'homme aux loups) », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1966.
- FREUD S. (1920a). *Au-delà du principe de plaisir*, dans *O.C. XV*, Paris, PUF, 1996.
- FREUD S. (1920b). *Compléments à la doctrine du rêve*, dans *O.C. XV*, Paris, PUF, 1996.
- FREUD S. (1922a). *Le Rêve et la Télépathie*, dans *O.C. XVI*, Paris, PUF, 1991.
- FREUD S. (1922b). *Remarques sur la théorie et la pratique de l'interprétation du rêve*, dans *O.C. XVI*, Paris, PUF, 1991.
- FREUD S. (1925). *Quelques suppléments à l'ensemble de l'interprétation du rêve*, dans *O.C. XVII*, Paris, PUF, 1992.
- FREUD S. (1932). « XXIX^e Leçon. Révision de la théorie du rêve ». *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*, dans *O.C. XIX*, Paris, PUF, 1995.
- FREUD S. (1938). « À propos de l'interprétation des rêves », dans *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1950, chap. v.
- FREUD S., BREUER J. (1895). *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1967.
- GARMA A. (1970). *Le Rêve. Traumatisme et hallucination*, Paris, PUF, 1981.
- GREEN A. (2000). *Le Temps éclaté*, Paris, éditions de Minuit.

- GRINBERG L. (1987). « Dreams and acting out », dans *Psychoanalytic Quarterly*, 56, 1, 155-176.
- HAAG G. (1997). « Moi corporel et formation de l'écran des rêves », dans DECOBERT S. et SACCO F. (éd.), *L'Enfant, le rêve et le psychanalyste*, Toulouse, Érès.
- ISAKOWER O. (1938). « Contribution à la psychopathologie des phénomènes associés à l'endormissement », dans *Nouvelle revue de psychanalyse*, 5, 1972.
- KAËS R. (2002). *La Polyphonie du rêve*, Paris, Dunod.
- KLEIN M. (1926). « Les principes psychologiques de l'analyse des jeunes enfants », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968.
- LAPLANCHE J. (2003). « Rêve et communication (faut-il réécrire le chapitre VII de *Die Traumdeutung* ?) », dans NAKOV A. (éd.), *Le Rêve dans la pratique psychanalytique : bilan et nouvelles perspectives*, Paris, Dunod.
- LEWIN B.D. (1949). « Le sommeil, la bouche et l'écran du rêve », dans *Nouvelle revue de psychanalyse*, 5, 1972.
- MELTZER D. (1984). *Le Monde vivant du rêve : une révision de la théorie et de la technique psychanalytiques*, Lyon, Césura, 1993.
- NAKOV A. (éd.) (2003). *Le Rêve dans la pratique psychanalytique : bilan et nouvelles perspectives*, Paris, Dunod.
- PONTALIS J.-B. (1977). « Entre le rêve-objet et le texte-rêve », dans *Entre le rêve et la douleur*, Paris, Gallimard.
- PUGET J. (2003). « Espaces psychanalytiques et rêves : pour chaque espace un rêve », dans NAKOV A. (éd.), *Le Rêve dans la pratique psychanalytique : bilan et nouvelles perspectives*, Paris, Dunod.
- ROUSSILLON R. (1995). « La métapsychologie des processus et la transitionnalité », dans *Revue française de psychanalyse*, LIX, 5.
- TAUSK V. (1919). « De la genèse de "l'appareil à influencer" au cours de la schizophrénie », dans *Œuvres psychanalytiques*, Paris, Payot, 1975.
- TOPIQUE (1990). *Autour du rêve*, n° 45.

Chapitre 4

LA PROJECTION

INTRODUCTION¹

Dans de précédents travaux sur la phobie (Birraux, 1994, 1997), j'ai émis l'idée que la projection était initialement un mécanisme d'organisation de l'appareil psychique et qu'à ce titre, il était nécessaire en clinique de tenir compte de sa valeur positive autant que de sa fonction défensive. Mon propos revient sur l'idée qu'elle est une structure originaire de la pensée et que son usage à l'adolescence protège le sujet face aux menaces de désorganisation ou d'effondrement que véhicule l'émergence de la pulsion génitale. Je reviendrai brièvement sur la notion de « défense » avant de circonscrire son espace de définition et d'exposer quelques réflexions.

Quelques notes sur la notion de « défense »

D'une manière générale, il existe une sorte de péjoration de l'expression « mécanisme de défense ». Si l'on admet qu'il s'agit d'opérations qui visent à maintenir l'intégrité du sujet somatopsychique, il est aussi souvent implicite que la défense s'oppose à la satisfaction de la pulsion, et par contamination de la pensée, au plaisir ; qu'elle véhicule une notion de limitation de l'expression de l'appareil psychique, voire qu'elle signe une pathologie. Or la défense est d'abord au service de la construction du moi et a en ce sens des vertus positives.

C'est d'ailleurs ce que souligne le *Vocabulaire de la psychanalyse* (Laplanche, Pontalis, 1967) lorsqu'il signale que « le moi se constituant comme instance incarnant la constance de l'individu biopsychologique, il

peut être décrit comme l'agent de ces mécanismes mais aussi comme son enjeu ».

La défense est un mécanisme engendrant une série d'opérations qui d'une part participe à la constitution du moi, d'autre part, protège celui-ci des effets délétères de la pulsion ou de ses représentations. La défense contribue à maintenir un équilibre du niveau d'excitation interne qui permet la fonctionnalité de l'instance moïque. Ce schéma relativement simple nécessite cependant une inscription dans un contexte complexe dans lequel interfèrent au moins trois facteurs ou éléments que je ne fais que citer : d'abord l'indissociabilité de la défense et de la pulsion, ensuite la distinction freudienne entre défenses normales et pathologiques, enfin, mais en deçà, la question de l'émergence du déplaisir dans l'appareil psychique,

« La défense, d'une façon générale porte sur l'excitation interne (pulsion) et électivement sur telle des représentations (souvenirs ou fantasmes) auxquelles celle-ci est liée, sur telle situation capable de déclencher cette excitation dans la mesure où elle est incompatible avec cet équilibre, et de ce fait, déplaisante pour le moi. Les affects déplaisants, motifs ou signaux de la défense peuvent être aussi objets de celle-ci » (Laplanche, Pontalis, 1967).

Les défenses, comme leur nom l'indique, ont bien une fonction protectrice. À quel moment deviennent-elles pathologiques ? Au moment où elles deviennent tyranniques et agressent le fonctionnement du monde interne au lieu de le faciliter. Il est ainsi des défenses coûteuses pour l'économie du sujet parce qu'elles sont utilisées répétitivement d'une manière inopérante et qu'aucun apprentissage ne peut réguler leur utilisation. C'est ainsi que la projection, dans les phobies invalidantes, les états limites ou les psychoses, au lieu de protéger l'espace psychique, contribue au rétrécissement de son économie.

1 ESPACE DE DÉFINITION

L'espace de définition de la projection est vaste. Il emprunte initialement aux champs de la géométrie et de la neurophysiologie pour désigner une opération de déplacement d'un point à un autre, d'un centre à sa périphérie. La psychologie dynamique définit aussi comme projectif un mouvement qui va de l'intérieur à l'extérieur du sujet mais ces mises en perspective n'épuisent pas la notion, qui recouvre des acceptions fort différentes.

Ce que nous tentons de circonscrire exclut cependant ce qui pourrait s'y retrouver au titre de la psychologie générale dans certains tests dits « projectifs ». C'est une remarque sur laquelle nous insistons, car si ces épreuves peuvent permettre de définir un type d'organisation et de fonction-

nement interne, la projection n'y est à l'œuvre qu'en tant qu'elle « révèle » au sens photographique du terme une configuration caractérielle plus ou moins stable ou un état affectif particulier. Or, la projection dont nous traitons ne relève pas du cliché, de l'instantané, mais implique une dynamique, une histoire. Ce dont nous parlons en psychanalyse concerne un mécanisme couplé à l'activité pulsionnelle et est donc toujours une « défense », fût-elle normale.

En psychanalyse donc, la projection est une opération par laquelle le sujet attribue – hors de lui – à l'environnement ou à l'autre, des sentiments, des désirs qu'il refuse de reconnaître comme lui appartenant. Elle est donc souvent associée au déni et au clivage. Chacun s'accorde à reconnaître qu'il s'agit d'une défense archaïque que l'on retrouve à l'œuvre dans la paranoïa ou la phobie, mais il serait regrettable de ne l'appréhender qu'à travers la complexité de ces pathologies alors qu'elle participe du fonctionnement de tout sujet, en particulier dans les moments critiques.

1.1 Existe-t-il une projection « normale » ?

Tentons d'abord d'éclairer l'espace de définition psychanalytique de la projection en disant un mot de la superstition, de l'animisme ou de la mythologie, ou des croyances dans lesquelles Freud la voulut à l'œuvre.

Dans *Totem et Tabou* (1913), Freud parle de la projection comme d'un mécanisme primitif « qui n'est pas fait pour la défense (et) qui a lieu aussi en l'absence de conflits » et il évoque comment « dans certaines conditions insuffisamment établies, des perceptions internes, y compris des processus affectant les sentiments et la pensée, sont projetées à l'extérieur, comme le sont les projections sensorielles, afin de parfaire la mise en forme du monde extérieur, alors qu'elles devraient rester dans le monde intérieur ». À ce propos il avait déjà évoqué dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901), combien « l'obscurité de la connaissance des facteurs psychiques et des relations qui existent dans l'inconscient se reflète [...] dans la construction d'une réalité suprasensible » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 347), et dès le manuscrit H, il affirmait que nous ne pouvions nous connaître que grâce à la projection.

J'emprunte à Albert Le Dorze (2006), qui s'inspire lui-même de Marcel Gauchet (1998) à propos des trois âges de la personnalité, un point de vue intéressant sur la question.

« Les mythes », dit l'auteur – la superstition, sont les croyances communes de sociétés « holistes, dans lesquelles la première inscription psychique de l'être-en-société préexiste à l'individu autonome et est ordonnée par l'incorporation. Les croyances communes permettent de métaboliser les affects destructeurs et les déliaisons pulsionnelles. La projection, qui est une

négarion défensive de notre intériorité, et le mode de connaissance socialisé le plus primitif dont nous disposons, fait que, dans ce premier contexte l'origine de tout malheur est attribuée à l'autre, en position d'accusé ».

Dans ces sociétés, c'est la religion qui lie les parties du tout, religion qui exige que l'ordre social soit à l'image de l'harmonie supposée du monde. Les mythes, les superstitions en tant que croyances collectives « imposées » ont pour fonction d'instituer et de maintenir un groupe social avant même que l'individu n'en ait émergé.

« Les ennemis, les coupables, ce sont les autres. Il existe, dans ce cas, une pédagogie morale d'acculturation qui vise à se débarrasser, à projeter ce qui est mauvais, ce qui est sale, ce qui évoque la souffrance, la mort, la folie, le mal, la déliaison sociale . »

De ces sociétés qui engendrent ces types de fonctionnement, M. Gauchet peut dire qu'il s'agit de sociétés sans inconscient, car l'ordre symbolique, c'est-à-dire le théâtre organise tous les rapports sociaux. Si l'assertion, dans sa première partie, a de quoi surprendre, ce qu'il faut entendre, c'est qu'il existe un fonctionnement projectif qui peut être dépendant d'une organisation sociétale dans laquelle la capacité de penser par soi et pour soi s'efface devant les dogmes. Sans être normale, cette forme de projection convoque un déterminisme qui n'est pas individuel.

1.2 Recherche de sens, projection ou créativité ?

Les anthropologues et les philosophes ont, dans l'histoire de l'humanité, mis en évidence que le besoin des hommes de donner du sens à leur existence s'est étayé sur des mouvements de pensée dont ils ne maîtrisaient pas nécessairement les ressorts ni les déterminismes. Selon Marcel Gauchet, dans son « Essai de psychologie contemporaine » (1998)¹, « le troisième âge de la personnalité, la troisième modélisation de l'inscription psychique de l'être-en-société qui est celle de la personnalité contemporaine, résulte d'un *socius* marqué par le désir de pacification ». Le moi, idéalement totalement bon, omnipotent, ne tolérerait pas la contradiction, laquelle serait vécue comme une humiliation, une agression. L'économie projective du sujet serait ici perceptible dans les tableaux extrêmes et cependant fréquents soit de l'état limite, soit du psychotique. Il s'agit encore d'une modélisation collective, et l'activité du sujet ne peut pas être prise dans les rets de celle du plus grand nombre ; mais il est intéressant de noter que la projection est au service d'une exigence narcissique et de l'édification d'un sentiment d'existence, comme si quels que soient les contextes, attribuer aux autres ce que l'on a peine à admettre dans son intimité constituait un des ressorts non seulement de l'activité psychique mais de ses fondements.

1. In *Le Débat*, mars-avril 1998.

Superstition et animisme peuvent apparaître comme « normaux » dans la mesure où les théories qui étaient proposées sur « la création du monde » impliquaient un ordre collectif dans lequel le statut de l'individu était, comme le suggère Gauchet, pris dans la totalité de la communauté. Dans un contexte où l'individu est plus autonome et n'est plus paralysé par les usages et pratiques dogmatiques, ce sont aujourd'hui des opérations projectives et défensives. On peut parler de la superstition comme d'une projection lorsqu'il y a déni de savoir et lorsque la croyance en l'existence ou au pouvoir d'objets virtuels s'installe en dépit des conditions qui témoignent de leur inoffensivité. Si la superstition a pu, à certains moments de l'histoire de l'humanité, trouver ses justifications, elle ne peut être assimilée aujourd'hui à une « défense normale ». Ainsi, toute croyance à un pouvoir surnaturel, fût-il innocent, implique le déni d'une origine accidentelle de la « créature », et la projection, sur un créateur, de son espérance d'éternité.

Mais alors la question se pose de savoir si toute opération de pensée n'est pas à un moment ou à un autre « projective ». Le chercheur qui manipule des éléments non vérifiables par le plus grand nombre, qui invente, qui interprète, qui expulse de lui un certain nombre d'images ou de représentations, voire de fantasmes avant de formuler un « produit fini », s'il n'est pas suspect de projeter, use-t-il de la projection ? Il existe des conduites qui peuvent apparaître superstitieuses, des croyances aberrantes qui ne relèvent pas en effet de la « projection », car elles ne sont pas engendrées par le besoin de se *délester de désirs que l'on souhaiterait méconnaître*. Ceci pour montrer combien il est difficile, compte tenu des usages étendus du mot « projeter », de circonscrire l'opération psychanalytique qu'il recouvre.

1.3 De l'ignorance au déni de savoir

La projection est à l'œuvre lorsque les systèmes mythiques explicatifs du monde ou de l'environnement auxquels j'adhère me mettent à l'abri d'un ressenti désagréable d'angoisse ou d'impuissance, ou explicitent celui-ci dans le but ultime d'en méconnaître les véritables causes. Dans la biographie qu'il lui consacre, Jones (1975) fait ainsi dire à Freud « que la raison est terriblement austère et sombre, et qu'une petite superstition peut avoir quelque charme ». L'usage chez Freud semble donc de ne pas considérer comme défensif un mécanisme inoffensif « qui ne fait de mal à personne ». On sait que ces usages, collectifs cette fois, participent du maintien du lien social à partir d'investissements religieux ou symboliques. Ainsi, les sacrifices que les Anciens offraient à leurs dieux après une bataille, un crime ou un cataclysme illustrent ce fonctionnement. Il s'agissait, somme toute, d'effacer tous relents de culpabilité – quels qu'en fussent les motifs – pour adoucir les mœurs. Il s'agissait aussi de tenter de désamorcer les intentions agressives de l'autre en saluant sa bonté, chacun, vainqueur ou vaincu, se dédouanant ainsi

de sentiments, de désirs ou d'affects dont le Destin vous assiégeait. Les rituels sont sous-tendus d'un fonctionnement projectif que l'on ne dénoncera que lorsqu'il deviendra intolérable au plus grand nombre : ce sont des systèmes de pensée relativement stables, défensifs contre le monde pulsionnel et pris dans un registre symbolique qui leur assure d'être intégrés socialement. Le fait que ces rituels et croyances aient pu constituer, ou constituent encore dans certaines sectes ou communautés, le principe organisateur du lien social, témoigne, s'il en était besoin, de sa nature « anti-pulsionnelle ». S'il y a matière à penser que le jugement de réalité, à certaines époques primitives ou au début de notre ère historique, contraignait à ces types de fonctionnements en raison de l'énormité de l'énigme de la création du monde et des solutions imparfaites qui pouvaient en rendre compte, le mouvement de la pensée et du savoir, l'évolution culturelle et la mondialisation de l'information les rendent aujourd'hui peu fondées.

Cette frontière subtile qu'évoquait Freud (1913) entre « projection charmante » et « projection pathologique » ne tient pas, mais ce qui « tient », c'est la différence entre l'ignorance et le déni de savoir. Ce que nous projetons, c'est toujours ce que nous voulons méconnaître en nous.

1.4 Des tests projectifs et du mot « projeter » en psychologie

Il nous faut dire un mot de l'usage du terme « projection » en psychologie, en ce sens que c'est probablement le champ qui ouvre aux plus importantes confusions.

Projeter, dans le langage de la psychologie, part du postulat qu'il existe une correspondance entre le monde interne et le monde externe au point qu'une personne choisira positivement ou négativement dans les images ou les situations qui lui sont présentées, celles dans lesquelles ses préoccupations et représentations trouvent un écho. Ce constat est à l'origine des méthodes projectives (Rorschach ou T.A.T.) aussi bien que de l'usage du dessin d'enfant, qui ont pour but d'esquisser les grands traits d'une personnalité, les contours de sa structure psychique ou les conflits ponctuels dans lesquels il se débat. Les travaux d'Anzieu sur ce sujet (1974) insistent sur le fait que ces productions sont à interpréter « selon des règles de déchiffrement propres au type de matériel proposé », faute de quoi, c'est à la propension projective de chacun que serait laissée l'interprétation.

La projection en psychologie tutoie ainsi la notion psychanalytique sans être aussi exigeante sur ses fondements. Ainsi accepte-t-elle comme telle l'idée de déplacer sur une personne l'image d'une autre, ou de se mettre dans la peau de personnages étrangers. Se projeter dans un héros de roman en imitant ses attitudes, projeter l'image de sa mère sur son professeur, etc.

témoignent ainsi de la capacité de transférer sur un tiers des sentiments qui sont liés à une autre personne. Il manque cependant à la définition psychanalytique l'idée d'un refus de reconnaître comme nous appartenant ce que l'on dépose chez l'autre ; il manque aussi la compréhension des déformations intermédiaires (condensation et déplacement) que subit le projeté.

La projection en psychologie n'est pas une défense mais une modalité d'expression.

2 LA PROJECTION CHEZ FREUD

La « défense » a tout de même mauvaise presse, et certaines défenses en particulier sont qualifiées « d'archaïques », comme si la maturation psychique devait en débarrasser le sujet ! La projection est de celles-là.

2.1 Quelques repères

Dans une lettre du 2 avril 1907, Jung, alors préoccupé par la question de la projection, écrivait à Freud : « j'ai déjà regardé à une certaine profondeur, mais je ne suis pas certain de voir clairement. J'ai l'impression que l'on ne saurait jamais comprendre complètement votre science si l'on ne connaît pas votre personne ».

Dans cette correspondance avec Jung en effet, Freud prend du champ, comme s'il adoptait à l'égard de son admirateur passionné une certaine prudence. D'une manière générale, Freud parle de projection par bribes, avec réserve. Dans Schreber (1911), il estime que « c'est parce que la compréhension de la projection implique un problème psychologique plus général, qu'il décide [nous décidons] de le mettre de côté pour l'étudier dans un autre ensemble ». Mais ceci n'advient pas, ni dans un article, ni *a fortiori* dans une théorie achevée. La reconstruction d'une théorie de la projection mériterait sans doute, comme le suggère Jung, une lecture analytique de la biographie de Freud.

Selon Laplanche (1967), les éléments de la théorie freudienne sur la projection se résument en deux points : d'une part, la projection trouve son principe le plus général dans la conception de la pulsion ; d'autre part, Freud fait jouer un rôle essentiel à la projection couplée avec l'introjection dans la genèse de l'opposition sujet/monde extérieur.

En 1915, Freud écrit en effet dans *Pulsions et destins des pulsions* : « Il/le moi sujet/accueille dans son moi les objets offerts dans la mesure où ils sont source de plaisir, il s'introjecte ceux-ci (selon l'expression de Ferenczi) et

d'un autre côté, expulse hors de lui, ce qui dans son intérieur propre, lui devient occasion de déplaisir » ; mais c'est en 1925, dans « La négation », qu'il insiste sur le fait « qu'exprimé dans le langage des motions pulsionnelles les plus anciennes, les motions orales : cela, je veux le manger ou bien je veux le cracher, se constitue le moi plaisir purifié ». Ce qui témoignera de la distinction entre monde interne et monde extérieur.

Ce rappel n'épuise pas, tant s'en faut, les questions soulevées par la projection (et par l'introjection ou l'incorporation qui lui sont liées et en particulier ce que Freud formulait à Jung dans sa lettre d'avril 1907) :

« La projection doit être expliquée. Quelle est la condition pour qu'un processus interne, investi d'affect, soit projeté à l'extérieur ? Un coup d'œil sur le normal : notre conscience à l'origine ne perçoit que deux sortes de choses. Tournée vers l'extérieur, les perceptions (P) qui en elles-mêmes ne sont pas investies d'affect et qui ont des qualités ; provenant aussi de l'intérieur, notre conscience fait l'expérience de "sentiments", ce sont des extériorisations des pulsions qui prennent certains organes comme support ; ils sont peu qualitatifs, en revanche susceptibles d'un fort investissement quantitatif. Ce qui présente cette quantité est localisé à l'intérieur, ce qui est qualitatif et sans affect, à l'extérieur. Ce sont là, naturellement de grossiers schémas ».

« Ce qui nous parvient de l'extrémité P rencontre immédiatement la croyance, ce qui est produit endopsychiquement est soumis à l'épreuve de réalité qui consiste en une réduction aux P et à la tendance au refoulement qui est directement dirigée contre les qualités de déplaisir des sentiments. »

Ce début d'explication laisse bien entendre que ce qui est projeté est du registre de ce qui engendre le déplaisir, comme il le laissera entendre dans « La négation » : « s'introjecter tout le bon, jeter loin de lui tout le mauvais » et attribuer ainsi au monde externe et à ses objets tout le désagrément que le sujet ne peut tolérer en lui. Soit dit en passant, Freud n'est pas éloigné de la conception de Melanie Klein sur l'usage de la projection des mauvais objets fantasmatiques chez le bébé.

Cerner les enjeux de la projection à l'adolescence, en montrer le caractère nécessaire et la finalité positive dans le réaménagement psychique auquel introduit la puberté revient à tenter de comprendre pourquoi le recours à la projection se fait nécessaire dans les moments de réaménagement pulsionnel, au moment critique pour la psyché où le changement psychosomatique ouvre sur de nouveaux équilibres. Ceci éclaire non seulement les rapports entre moments phobiques et paranoïaques à l'adolescence, mais aussi les fluctuations du niveau d'intégration de la réalité au cours de la formation du moi et plus spécialement de la clôture des identifications. Il pourrait aller de soi que ce modèle soit paradigmatique de toutes les « crises » du cours de la vie dans lesquelles l'homéostasie interne est menacée.

3 LA PROJECTION À L'ADOLESCENCE

3.1 Un préalable

Dans nos travaux précédents nous avons postulé que le mouvement projectif qui participe, entre autres, du symptôme phobique, était aux origines de la pensée, constitutif du sujet psychique et qu'il s'agissait d'un type de fonctionnement dont aucun sujet ne pouvait faire l'économie : la constitution du « symptôme » relevant, lui, d'aléas de natures diverses qui font achopper ce mouvement pour des raisons inconscientes, les effets de la projection apparaissent définitivement comme résultant d'un mouvement défensif. Cependant les qualités de cette défense sont très spécifiques. Évoquons (et la clinique nous y convie) le fait que la psychothérapie a peu d'effets sur la plupart des phobies ; qu'Anna Freud pense que la projection participe de la capacité d'empathie¹ ; Rappelons, bien que nous l'ayons revisitée, la position de Sigmund Freud sur « la projection normale » et le fait qu'il n'ait jamais pu traiter la question dans son ensemble.

3.2 Projection et adolescence

Toutes les prises en charge d'adolescents mettent en évidence la banalité du recours à la projection dans les conduites les plus ordinaires de la vie quotidienne et à plus forte raison dans les situations nouvelles qui sont susceptibles de déstabiliser les acquis du moi. Il n'y a pas d'adolescence sans mouvement phobique ou sans éprouvé de persécution. Le méchant, c'est l'autre. Le coupable, c'est encore l'autre. Ce sont les adultes, les parents, les professeurs, l'école, le système qui sont responsables du malheur du jeune et de son éventuelle incapacité à apaiser ses conflits internes.

Ainsi l'adolescent attribue-t-il à l'objet, à l'autre, à l'environnement ce qu'il refuse de reconnaître comme sien : « Il me traite de... », comme on l'entend souvent dans la bouche des adolescents outragés, paradigmatise ce fonctionnement qui met en évidence la susceptibilité de l'âge et la fragilité narcissique, mais aussi la manière dont peuvent s'échafauder les règlements de compte ou les élucubrations délirantes : attribution à l'autre d'un désir d'agression, voire d'un désir de séduction. L'étincelle d'un premier amour

1. Pour Anna Freud (1949), « Le mécanisme de la projection ne fait pas que troubler ainsi nos rapports humains quand nous projetons sur autrui notre propre jalousie et que nous attribuons à d'autres notre propre agressivité. Ce même procédé sert aussi à établir d'importants liens positifs en consolidant par là les relations humaines. Appelons "cession altruiste" des pulsions (selon l'expression d'Edward Bibring) cette forme normale et moins voyante de la projection. »

de l'adolescent, en particulier si celui-ci a des caractéristiques incestueuses (passion pour un enseignant, un entraîneur, amour de transfert) ne naît-il pas souvent dans le petit creuset d'une histoire ordinaire que la projection transforme en passion et quelquefois en drame ? Ce qui est intéressant, c'est qu'il s'agit de situations que la psychiatrie assimilerait à des pathologies délirantes – délires érotomaniaques, sensitifs ou délires d'interprétation – s'il s'agissait d'adultes, mais qui apparaissent, en raison de leur caractère transitoire, comme banales, sinon normales.

Pourquoi cette efflorescence à l'adolescence après une relative mise en sommeil post-œdipienne de ce fonctionnement ? D'abord, la « mutation » du corps, sous l'effet du remaniement pubertaire, crée une rupture entre les éprouvés infantiles et ceux qui viennent révéler la maturation sexuelle. Ensuite, cette réalité somato-physiologique soutient la rencontre avec la nouveauté de la pulsion génitale qui déborde l'organisation défensive du sujet. La vitesse de croisière du grand enfant est tout à coup mise à l'épreuve par un bouleversement interne dont il ne pouvait pressentir les effets. De nouvelles représentations tentent de lier la pulsion, de la contenir, de l'orienter, mais sont plus souvent source d'angoisse que de réassurance. L'apparition de la pulsion génitale rend caduques les logiques de recherche de satisfaction et de plaisir construites dans l'enfance ; et l'énigme de cette sexualité dont il pensait tout savoir et sur laquelle il ne sait rien plonge le jeune pubère dans un état d'impuissance à s'aider soi-même, lequel, malgré les acquisitions du moi, la capacité d'apprendre et la fonction du jugement, toutes plus ou moins mobilisables, renvoie à la néoténie infantile et à ses conséquences.

L'usage de la projection à l'adolescence n'est ainsi pas sans parenté avec celle de l'enfant schizo-paranoïde de Melanie Klein, ni avec celui que l'on constate dans l'émergence des « phobies normales » de la névrose infantile. Il devient nécessaire de circonscrire un objet persécuteur, de l'identifier à l'extérieur, et de se délester sur lui d'un ressenti interne menaçant. C'est une symptomatologie stratégique conséquente de la poussée libidinale et de l'inefficacité ponctuelle de l'organisation défensive jusque-là utilisée. À ce titre, il est nécessaire de l'accompagner au lieu de la combattre.

Au plan métapsychologique, il s'agit de dévier l'excitation sexuelle somatique dans le monde extérieur, là où des liaisons à un « contenu représentatif convenable » permettent de maintenir une activité psychique maîtrisable et contrôlée et de contribuer à la permanence du sentiment d'existence.

Cette recrudescence de l'usage de la projection est généralement transitoire et contribue à consolider (mais peut éventuellement définitivement fragiliser) l'épreuve de réalité, au centre de laquelle se trouvent toujours des enjeux narcissiques. Cette épreuve de réalité qui passe par l'expérimentation et convoque les jugements d'attribution et d'existence, participe de la restructuration ou de l'effondrement des limites du moi.

Car si à la question « Qu'est-ce qui est projeté ? », la réponse paraît connue et admise, celle à « Où est-ce projeté ? » n'est pas aussi évidente. Le débat dans l'histoire de la psychanalyse sur le sens du mot interne (Strachey, 1971) pose en miroir celui du mot externe par rapport à l'espace psychique. À mon sens, ainsi, le projeté peut échouer à l'extérieur de l'espace psychique mais ailleurs que dans l'autre, par exemple dans l'épaisseur du corps chez les hypocondriaques ou les dysmorphophobiques. La projection en effet n'est fonctionnelle que si la différenciation extérieur/eintérieur existe, si la limite est constituée, en particulier si le moi-peau, pour reprendre l'expression de Didier Anzieu (1995), remplit son rôle d'enveloppe du moi. Or la puberté effracte aussi ces limites au point que le destin du projeté demeure hypothétique. Ceci est particulièrement repérable dans la variabilité et l'instabilité de la clinique des adolescents et le passage par exemple d'une symptomatologie phobique objective à une problématique hystéro-hypocondriaque.

LECTURES CONSEILLÉES

- ANZIEU D. (1974). *Les Fondements psychanalytiques des tests projectifs*, Paris, Institut de Psychologie.
- BIRRAUX A. (1994). *Éloge de la phobie*, Paris, PUF.
- BIRRAUX A. (1997). « Peurs et phobies », dans *Monographies de la S.P.P.*, Paris, PUF.
- FREUD S. (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 1990.
- FREUD S. (1907). *Correspondance Freud/Jung*, Gallimard, 1975.
- FREUD S. (1911). *Le Président Schreber*, Paris, PUF, 1995.
- FREUD S. (1913). *Totem et Tabou*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque Payot », 1993.
- FREUD S. (1915). *Pulsions et destin des pulsions*, Paris, Payot, 1991.
- FREUD S. (1925). « La négation », in *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1984.
- GAUCHET M. (1998). « Essai de psychologie contemporaine », in *Le Débat*, Paris, mars-avril 1998.
- JONES E. (1969). *Le vie et l'œuvre de S. Freud*, Paris, PUF.
- JUNG C.G. (1907). « Lettre du 2 avril 1907 », in *Correspondance Freud/Jung*, Gallimard, 1975.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, p. 347.
- LE DORZE A. (2006). *Vagabondages psy*, Paris, L'Harmattan.
- STRACHEY A. (1971). « Notes sur le mot interne », dans *Nouvelle revue de psychanalyse*, 4.

Chapitre 5

L'IDENTIFICATION

INTRODUCTION¹

Au regard de la clinique et de la psychopathologie psychanalytique contemporaine, le concept d'identification apparaît central à plus d'un titre. Au cœur de la construction du psychisme du sujet humain dont la prématurité le rend inéluctablement dépendant des soins maternels, l'identification articule le dedans et le dehors, l'intime et le social, soit la relation étroite qui unit le sujet avec son environnement au prix d'une série de paradoxes parfois difficiles à élaborer. Devenir soi implique tout d'abord d'en passer par l'autre pour être comme lui au risque de ne plus être soi : il n'y a pas de subjectivité sans intersubjectivité, drame et bonheur de l'existence tout à la fois. Si l'identification peut nous enchaîner à l'autre, elle est aussi le moyen de la désaliénation : l'identification forme et déforme, parfois pour le pire, plus souvent pour le meilleur. La liberté intérieure ne peut se conquérir qu'en acceptant l'effet de l'autre ascendant en nous, en intégrant les limitations imposées à notre toute-puissance par un tiers et en se plaçant sous l'égide d'une instance morale héritée d'autrui, ce qui permet paradoxalement l'exercice de la responsabilité personnelle. Ajoutons qu'il ne saurait y avoir d'identification du sujet à l'objet sans identification « réfléchissante » de l'objet au sujet, ce qui implique un cadre parental (lui-même articulé à un couple érotique) disposant de ses propres identifications plurielles. Enfin les processus d'identification constitutifs de la permanence identitaire assurant la cohésion narcissique sont réinterrogés lors de chaque crise existentielle, en particulier à l'adolescence, imposant une mise en tension entre permanence, stabilité structurelle, et changement : la vie psychique passe ainsi par des mouvements dialectiques et complémentaires d'identification et de déprise identificatoire, de désidentification, ce que subsume aujourd'hui le concept de subjectivation (Richard, Wainrib, 2006).

1. Par Jean-Yves Chagnon.

Mais la polysémie du terme « identification » fait qu'il est parfois bien difficile de s'y retrouver. R. Roussillon (2006) pose ainsi la question : quoi de commun entre l'identification narcissique, l'incorporation, l'identification à l'agresseur et les formes d'identifications symboliques qu'une heureuse organisation œdipienne peut promouvoir ? Quoi de commun entre des processus globalisants qui « gobent l'objet tout cru », in-digéré dans la terreur qu'il inspire, et les processus qui assimilent celui-ci en différenciant le tout de ses parties, dans une transformation symbolisante de celles-ci ? Quoi de commun entre l'assimilation immédiate de l'objet pour se protéger de son caractère traumatique et l'introjection lente et progressive de ses qualités quand son absence s'est fait sentir ? Sans pouvoir répondre exhaustivement à cette question, ce chapitre tentera de cerner l'essentiel des significations sous-jacentes au terme d'identification, ce qui passera tout d'abord par un essai préalable de définition conceptuelle puis par un rappel commenté des positions freudiennes et post-freudiennes¹.

1 DÉFINITIONS

Du point de vue du langage commun, le terme « identifier » s'avère polysémique et comporte une acception transitive (« 1 : considérer comme identique, comme assimilable à autre chose ou ne faisant qu'un ; 2 : reconnaître du point de vue de l'état civil ; 3 : reconnaître comme appartenant à une certaine espèce ou classe d'individus », *Le Petit Robert*) et une acception réfléchie (« S'identifier : se faire ou devenir identique, se confondre, en pensée ou en fait », *ibid.*). C'est à ce deuxième sens (réfléchi : à la « s'identification ») que renvoie traditionnellement le terme en psychanalyse, recoupant une série d'autres concepts psychologiques (imitation, empathie, contagion mentale, projection, etc.²).

L'identification est définie par Laplanche et Pontalis (1967, p. 187) comme un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications ». Cette définition met l'accent sur l'aspect structurant des identifications, créatrices d'un en dedans du sujet constitué d'instances différenciées, en dedans lui-même clairement différencié du

-
1. Le lecteur intéressé peut se référer aux travaux approfondis de J. Florence (1978), D. Widlöcher (1986), P. Luquet (2003) ou encore aux introductions proposées par la *Revue française de psychanalyse* (1984) et les monographies de psychanalyse de la *R.F.P.* (2002).
 2. Pour une bonne discussion des rapports entre imitation (psychologie du développement) et identification (psychanalyse), on consultera le texte de R. Perron (1992).

dehors : il s'agit donc d'un processus psychique inconscient constitutif du sujet¹ (à la différence de l'imitation volontaire et consciente). Cette évolution achevée s'adosse aux effets organisateurs du complexe d'Œdipe, conception assez tardive dans l'œuvre de Freud et contemporaine de l'élaboration de la seconde topique. Auparavant, l'identification apparaît d'abord dans la psychopathologie comme un symptôme, puis un fantasme, ensuite un mécanisme de défense contre la perte d'objet, enfin un mode de relation aux autres, ce qui sollicite l'emploi du pluriel pour parler des identifications. Au-delà des différents modes ou formes de l'identification, la notion garde une unité à travers la référence à ses précurseurs, l'incorporation orale et l'introjection : nous nous nourrissons psychiquement des apports des autres que nous faisons nôtres par un processus de dégradation, de transformation et d'élaboration, ce qui justifie la métaphore digestive. Elle est à la fois un effet et un mode de traitement de la pulsion et de la perte de l'objet, si l'on considère avec A. Green (2002) l'indissociabilité de la pulsion et de l'objet dans la théorie comme la clinique psychanalytique : l'identification transforme par introjection les investissements libidinaux d'objet en investissement libidinaux du moi, narcissiques, afin que le moi se développe et puisse aimer en retour. Elle conserve ainsi l'objet dans le moi et le moi qui s'étaye sur l'objet². Mais elle peut tout aussi bien aliéner quand elle embolise le moi, qui se trouve ainsi dépossédé de lui-même et désubjectivé.

2 REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 L'identification chez Freud

On sait que Freud ne laissera pas d'écrire « définitif » systématisant ses vues sur l'identification mais qu'il s'est attaché à tenter une récapitulation (désordonnée) de ses conceptions sur celle(s)-ci dans un chapitre spécifique de « Psychologie collective et analyse du moi » (1921), chapitre dont il est toujours resté insatisfait. Dans ce texte que nous suivrons cependant tout en intégrant les références historiques précédentes et suivantes, ainsi que certains commentaires utiles pour la compréhension du concept, Freud évoque plusieurs modes d'identification.

-
1. « Le concept d'identification a pris progressivement dans l'œuvre de Freud la valeur centrale qui en fait plus qu'un mécanisme psychologique parmi d'autres, l'opération par laquelle le sujet humain se constitue » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 188).
 2. Une formule lapidaire rend compte de ces enjeux où se relient investissements d'objets (subis/agis) et investissements narcissiques : « on s'aime et on aime comme on a été aimé ».

- « L'identification est connue de la psychanalyse comme expression première d'un lien affectif à une autre personne » (1921, p. 167). Cette identification « première » (au sens temporel¹) au père est étudiée du point de vue du petit garçon : différente de l'identification secondaire post-œdipienne, elle prépare le complexe d'Œdipe. « Le petit garçon fait montre d'un intérêt particulier pour son père, il voudrait devenir et être comme lui, prendre sa place en tous points. Disons-le tranquillement, il prend son père pour idéal » (*ibid.*, p. 167). Cette identification encore non hostile au père pris comme modèle (grand, puissant, phallique) est toutefois contemporaine ou postérieure² à l'investissement objectal préœdipien de la mère et s'intrique ensuite diversement aux investissements objectaux œdipiens maternels et paternels dans la dialectique de l'être et de l'avoir³, les identifications secondaires (œdipiennes) venant renforcer les effets des identifications primaires : premièrement, aimer c'est être ; secondairement, être (comme) le père, c'est avoir la mère.

Dans « Le moi et le ça » (1923a), l'identification primaire au père deviendra l'identification au père de la préhistoire personnelle avec le célèbre remords de plume en note de bas de page : « peut-être serait-il plus prudent de dire identification aux parents » (1923a, p. 243), point de départ de travaux psychanalytiques totalement opposés travaillant le paternel (J. Lacan et les lacaniens) et le maternel primaire (M. Klein et les post-kleinien). L'identification primaire prend aujourd'hui assez largement le sens d'une identification fondée sur le mécanisme d'incorporation orale antérieure à la différenciation sujet-objet, « à une époque où investissement d'objet et identification ne peuvent guère être distingués l'un de l'autre » (*ibid.*, p. 241), mais constitutive de cette différenciation et du noyau narcissique du moi⁴.

-
1. Aujourd'hui, nous faisons une différence entre le « primaire » au sens temporel (ou l'originel) et « l'originaire », au sens d'une catégorie fantasmatique construite après coup comme rendant compte des origines : le père, dans les « bons cas », y prend alors évidemment toute sa place, alors que dans les cas pathologiques, le sujet n'est que le fruit d'un seul, voire s'est fait tout seul (Perron, 2003).
 2. Une erreur de traduction dans l'édition anglaise (Strachey) puis la première édition française (Jankélévitch) des *Essais de psychanalyse* verra le terme allemand *vorher* traduit par « plus tard » au lieu de « plus tôt ». (« Simultanément à cette identification avec le père ou un peu plus tôt, le petit garçon a commencé à diriger vers sa mère ses désirs libidinaux. ») Cette erreur entraînera bien des malentendus et des querelles théoriques (Neyraut, 1984).
 3. « Il est facile d'exprimer en une formule la différence entre une telle identification au père et le choix du père comme objet. Dans le premier cas le père est ce qu'on voudrait *être*, dans le second ce qu'on voudrait *avoir* » (1921, p. 168).
 4. Freud reviendra une dernière fois sur ce mécanisme dans une célèbre note de 1938 : « Avoir et être chez l'enfant. L'enfant aime bien exprimer la relation d'objet par l'identification : je suis l'objet. L'avoir est la relation ultérieure, retombe dans l'être après la perte de l'objet. Modèle : sein. Le sein est un morceau de moi, je suis le sein. Plus tard seulement : je l'ai, c'est-à-dire je ne le suis pas » (Freud, 1938, p. 287). Ici, il est patent que l'identification primaire s'adresse bien à la mère.

- Ensuite Freud dégage différentes modalités identificatoires à partir de l'analyse d'un symptôme névrotique (une toux) en utilisant cette fois-ci le cas de la fillette. Ce faisant, il évoque ses vues sur l'identification hystérique dégagées en 1900-1905, dans un langage qu'il utilisera dans des travaux postérieurs (*Totem et Tabou*, 1912 ; « Pour introduire le narcissisme », 1914 ; « Deuil et mélancolie », 1915) en intégrant les notions d'incorporation orale, d'introjection et de narcissisme.

L'identification hystérique, qui sous-tend les symptômes du même nom, est travaillée en effet en 1900 dans *L'Interprétation des rêves*, à travers le rêve dit de « la belle bouchère » où cette célèbre patiente accomplit par le biais de l'identification à une amie rivale un désir de désir insatisfait : « elle exprime sa jalousie contre son amie en se mettant à sa place dans le rêve et en s'identifiant avec elle par la création d'un symptôme (celui du désir qu'elle se refuse) (...). L'identification est le plus souvent utilisée dans l'hystérie comme l'expression d'une communauté sexuelle. L'hystérique s'identifie de préférence, mais pas exclusivement, avec des personnes avec qui elle a été en relations sexuelles ou qui ont des relations sexuelles avec les mêmes personnes qu'elle » (1900, p. 137), c'est-à-dire à l'objet ou à l'objet de l'objet. La communauté réelle ou imaginaire peut être d'amour ou de haine mais l'identification hystérique emprunte un seul trait (trait partiel) de la personne à qui on s'identifie et qui représente le désir commun, interdit¹.

Ces vues seront largement précisées dans le cas Dora (1905), dont les symptômes seront décryptés dans leurs différentes dimensions : rivalité hostile à la mère, désir objectal pour le père, culpabilité et punition pour le vœu incestueux œdipien, identification au père. L'identification hystérique condense les conflits œdipiens et équivaut à un symptôme satisfaisant les désirs et les défenses. Mais il faut noter que chez Dora, les identifications sont multiples, instables, labiles, caractère général des identifications hystériques pathologiques qui ne peut leur donner un aspect introjectif durable, structurant, modifiant le moi en profondeur, d'où la fragilité de la consistance identitaire de l'hystérique.

Pour en revenir au texte de 1921, S. Freud précise les rapports entre le choix d'objet et l'identification dans le cadre œdipien, ce qui n'apparaissait pas aussi nettement en 1905 : « l'identification a pris la place du choix d'objet, le choix d'objet a régressé jusqu'à l'identification » (1921, p. 169). Tantôt la fillette œdipienne s'identifie à son objet d'amour, tantôt à un objet non aimé, autrement dit à l'objet et/ou à sa rivale par rapport à l'objet dans une dramatisation du fantasme de bisexualité, mais dans tous les cas l'identification reste partielle,

1. À la différence de l'identification primaire qui, elle, est totalisante : vouloir être l'idéal.

limitée et n'emprunte qu'un seul trait à la personne-objet. Notons encore la coexistence de l'identification et de la relation à l'objet alors que celle-ci est abandonnée dans l'identification narcissique.

- Enfin une troisième situation est évoquée où l'identification « par sympathie » est indépendante du rapport à l'objet mais repose sur une communauté affective de désirs (exemple du phénomène de contagion hystérique dans les pensionnats) et se fonde sur la volonté de se mettre dans une situation identique. L'identification qui relie une foule à un meneur relève de ce cadre.

Ici, Freud éprouve le besoin d'effectuer une pause récapitulative : « ce que nous enseignent ces trois sources, nous pouvons le résumer comme suit : premièrement l'identification est la forme la plus originaire du lien affectif à un objet ; deuxièmement, par voie régressive, elle devient le substitut d'un lien objectal libidinal, en quelque sorte par introjection de l'objet dans le moi ; et troisièmement elle peut naître chaque fois qu'est perçue à nouveau une certaine communauté avec une personne qui n'est pas objet des pulsions sexuelles » (*ibid.*, p. 170).

- Si l'on suit toujours le fil directeur constitué par le texte de 1921, Freud évoque ensuite, tenant compte de travaux plus récents concernant la genèse de l'homosexualité masculine (Freud, 1910) et de la mélancolie (Freud, 1915), d'autres cas d'identifications au caractère beaucoup plus global, d'où leur potentialité aliénante, transformant « le moi dans une partie éminemment importante, dans son caractère sexuel, sur le modèle de l'objet existant jusqu'alors » (1921, p. 172). Ce sera l'occasion d'exposer le mécanisme d'identification narcissique, décrit à propos de la mélancolie (1915). À la suite d'une perte ou d'une déception, la liaison entre l'investissement libidinal et l'objet est supprimée et la libido, au lieu de se reporter vers un nouvel objet, est retirée dans le moi et sert « à une identification du moi avec l'objet abandonné. L'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance particulière [le futur surmoi] comme un objet, comme l'objet abandonné » (1915, p. 158). L'identification mélancolique est dite narcissique car elle régresse du choix d'objet vers le narcissisme originaire¹ mais également parce qu'elle reposait sur un investissement narcissique de l'objet (un double narcissique), moins investi dans son altérité que pour son apport au sujet qui en dépend : la perte d'objet devient alors une perte de soi. Notons également la différence entre l'identification à

1. Vers l'identification primaire, narcissique par essence. « Elle [l'identification narcissique à l'objet perdu] correspond naturellement à la *régression*, à partir d'un type de choix d'objet, jusqu'au narcissisme originaire. Nous avons émis l'idée que l'identification est le stade préliminaire du choix d'objet et la première manière, ambivalente dans son expression, selon laquelle le moi élit un objet. Il voudrait s'incorporer cet objet et cela, conformément à la phase orale ou cannibalique du développement de la libido, par le moyen de la dévoration » (Freud, 1915, p. 159).

l'objet perdu de l'homosexuel (que Freud rapproche du deuil chez l'enfant) et l'identification mélancolique qui implique un partage du moi en deux, une partie (le surmoi-idéal du moi) se déchaînant contre l'autre (le moi identifié à l'objet introjecté) du fait du caractère oral-ambivalent des investissements¹.

Retenons avec J. Florence (1978, p. 195) que « ces cinq types d'identification [au père, formatrice du symptôme hystérique, empathique, à l'objet sexuel œdipien perdu, mélancolique] circonscrivent un champ complexe et différencié : celui de la normalité et de la pathologie. L'identification est donc une voie psychique aussi bien “normalisante” que pathogène ». Les identifications au père et empathique ne s'effectuent pas régressivement : elles sont motivées par le désir d'être (comme), de prendre la place. En ce sens, elles masquent (refoulent) voire subliment l'agressivité corrélative de ce désir d'être. L'identification (hystérique, empathique) peut être partielle, fondée sur un seul trait qui symbolise la communauté inconsciente avec l'autre. D'autres types (primaire au père, à l'objet perdu, mélancolique) en revanche transforment plus globalement le moi sur le modèle de l'objet. Enfin, toute identification est une opération narcissique qui soutient le moi dans sa permanence, comble ses vœux de toute-puissance ou encore, par voie régressive, garantit la pérennité de l'objet sous l'apparence d'un renoncement, l'incorporation cannibalique constituant le prototype de ce mouvement : « aimer, c'est dévorer, aimer c'est être et, secondairement, c'est avoir » (*ibid.*, p. 196).

Ce n'est qu'en 1923, dans « Le moi et le ça » et « La disparition du complexe d'Œdipe », que les obscurités du texte de 1921 s'éclaireront (relativement, car elles en introduisent de nouvelles !) grâce à l'avancée théorique de la seconde topique et de la plus claire théorisation du complexe d'Œdipe complet. Dans le paragraphe intitulé « le moi et le surmoi (idéal du moi) », le mécanisme « d'érection de l'objet dans le Moi » par « introjection qui est une sorte de régression au mécanisme de la phase orale », processus inhérent à l'identification narcissique décrite à propos de la mélancolie, devient ainsi un mécanisme plus général et normatif constitutif du moi, en particulier de son caractère « qui résulte de la sédimentation des investissements d'objets abandonnés, il contient l'histoire de ces choix d'objet » (1923a, p. 241) : comme souvent chez S. Freud, la pathologie

1. L'identification narcissique à l'objet œdipien « perdu » (la mère) qui caractérise l'homosexuel est bien une identification globale du moi, différente d'une identification hystérique partielle, portant sur un point particulier. Mais elle diffère de l'identification mélancolique (forme « extrême » de l'identification narcissique) en ce sens que dans le premier cas, il existe un accord entre le moi et son Idéal, alors que dans le second cas, le moi est soumis à la torture par l'Idéal (le futur surmoi) : la régression narcissique est alors majeure et mortifère (anti-objectale, à la différence de l'homosexuel qui reste en quête d'objet, même narcissique), en un mot, psychotique.

avait grossi un phénomène normal plus général. Cette identification introjective à l'objet perdu-abandonné (dans l'œdipe auquel le sujet doit renoncer) conserve la relation à l'objet dans le moi, la libido d'objet devenant libido narcissique¹.

En ce sens, identification narcissique signifierait maintenant identification consolidant le narcissisme (secondaire à la relation d'objet) car « par l'identification l'objet est perdu pour la pulsion sexuelle mais le moi gagne en amour » (Donnet, Pinel, 2002, p. 18²). Bien des auteurs insisteront sur le fait que l'identification narcissique dépeinte ici diffère³ largement de l'identification mélancolique dans la mesure où dans cette dernière il y a refus ou échec du deuil et « confusion d'identité » (Bégoïn, 1984), le moi et l'objet étant réunis dans une relation sadomasochiste, alors que dans la première, la seule réellement introjective car basée sur un deuil réussi, il y a une croissance du moi avec assimilation des qualités de l'objet et augmentation du sentiment d'identité⁴. Ce type d'identification introjective ne peut non plus être réduit à une identification hystérique, dont le caractère superficiel, justement insuffisamment introjectif est contraire au deuil puisque maintenant la sexualisation a l'objet œdipien (Schaeffer, 1997). Ainsi pourrait-on évoquer un spectre d'identifications narcissiques (je suis toi, je suis comme toi) allant des plus normatives, structurantes du moi, jusqu'aux plus pathologiques, extrêmes, comme dans la mélancolie, en passant par différentes formes intermédiaires d'identification/collage à l'objet qui, de ce fait, en économisent le deuil, les différences passant par la nature du lien antérieur (d'amour, ambivalent, destructeur⁵). De toute façon, toute relation, même la plus objectale soit elle, porte une part narcissique, tout deuil objectal comportant une part narcissique.

Du fait de la disposition triangulaire du complexe d'Œdipe et de la bisexualité psychique qui réalise sa double forme, positive et négative (amour et rivalité pour chacun des deux parents), les identifications œdipiennes du moi revêtent un caractère complexe (identifications dites croisées) tant au père qu'à la mère et comportent une dimension narcissique, hystérique et

-
1. « La transposition de la libido d'objet en libido narcissique, qui se produit ici, comporte manifestement un abandon des buts sexuels, une déssexualisation, donc une sorte de sublimation » (Freud, 1923a, p. 242).
 2. « Quand le moi adopte les traits de l'objet, il s'impose pour ainsi dire lui-même au ça comme objet d'amour » (Freud, 1923a, p. 242).
 3. Le point commun étant d'être fondées sur l'incorporation orale de l'objet.
 4. P. Luquet (1961, 2003) parlera d'une introjection ou incorporation assimilatrice dans le moi par opposition à une introjection imagoïque non assimilée de laquelle l'enfant reste dépendant comme il l'était de l'objet « réel ». Ce même auteur dessinera une genèse des identifications des plus globales aux plus différenciées grâce aux mouvements oral, anal et phallique-œdipien du moi.
 5. K. Abraham (1924), à qui Freud fait valoir sa dette à ce sujet, étudiera systématiquement les ressemblances et les différences entre le deuil « réussi » et le deuil mélancolique.

introjective (secondaire¹). Selon M. Neyraut (1984), c'est la dialectique – plus que l'opposition – entre les modes d'identification qui est à étudier dans l'approche clinique : l'identification hystérique apparaît comme le modèle d'une « valence libre » alors que celle qui dérive du deuil de l'objet apparaît comme le modèle d'une « valence saturée ». Il importe alors de considérer quelle marge peut être laissée aux capacités d'identifications labiles, réversibles, aléatoires, autrement dit quelle marge d'« hystérisation » reste à la disposition de la structure de personnalité, somme des identifications successives et par conséquent des pertes d'objet successives. Ce jeu dialectique rend ainsi compte des deux fonctions contradictoires des identifications : « l'une d'instabilité, de jeu, de déplacement, de substitution. L'autre de permanence, de stabilité, de constance » (Neyraut, 1984, p. 507).

Avec le déclin de l'œdipe, cette identification secondaire, post-œdipienne, organise les subdivisions internes au moi, les différenciations topiques : si Freud ne différencie pas ici les termes Idéal du moi et surmoi (introduit pour la première fois dans ce texte) qu'il utilise indifféremment pour ne pas se répéter, il contribue néanmoins à montrer le caractère biface de cette instance : « sa relation [de l'Idéal du moi-surmoi] au moi ne s'épuise pas dans le précepte : tu *dois* être ainsi comme le père [idéal], elle comprend aussi l'interdiction : tu *n'as pas le droit* d'être ainsi comme le père [surmoi], c'est-à-dire que tu n'as pas le droit de faire tout ce qu'il fait ; certaines choses lui restent réservées » (Freud, 1923a, p. 247). Le surmoi constitue un destin du complexe d'Œdipe imposant l'introjection du père interdicteur en après coup de l'identification primaire : « le moi se forme pour une bonne part à partir d'identifications qui remplacent des investissements abandonnés par le ça, et les premières de ces identifications se comportent régulièrement comme une instance particulière dans le moi, s'opposent au moi comme surmoi (...). Le sur-moi doit sa position particulière dans le moi ou par rapport au moi à un facteur qui doit être apprécié de deux côtés : premièrement, il est la première identification qui se soit produite tant que le moi était encore faible, et deuxièmement, il est l'héritier du complexe d'Œdipe et a donc introduit dans le moi les objets de la plus haute importance » (*ibid.*, p. 262).

Enfin Freud résumera lumineusement l'ensemble du processus et ses conséquences majeures pour le développement du psychisme latent normatif dans « La disparition du complexe d'Œdipe » : « les investissements d'objet sont abandonnés et remplacés par une identification. L'autorité

1. « En fin de compte, le complexe d'Œdipe connaît trois types d'identification : a) l'identification au rival, permettant la compensation de l'investissement et qui s'effectue sur le modèle de l'identification hystérique autour d'une qualité émotionnelle commune qui demeure inconsciente ; b) l'identification régressive sur le mode de l'objet perdu, renoncement à l'investissement sexuel de l'objet par identification à cet objet ; c) l'identification progressive et « maturante », dans laquelle coexistent identification et investissement dans l'espace triangulaire » (Donnet, Pinel, 2002, p. 20).

du père ou des parents, introjectée dans le moi, y forme le noyau du surmoi, lequel emprunte au père la rigueur, perpétue son interdit de l'inceste et ainsi, assure le moi contre le retour de l'investissement libidinal de l'objet. Les tendances libidinales appartenant au complexe d'Œdipe sont en partie déssexualisées et sublimées, ce qui vraisemblablement arrive lors de toute transformation en identification, et en partie inhibées quant au but et changées en motion de tendresse » (1923*b*, p. 120). Ainsi une genèse de l'appareil psychique se dégage des différentes modalités identificatoires issues du « primaire » et du complexe d'Œdipe qui réorganise les temps primitifs : d'une conception du partage d'une « communauté sexuelle » dans l'identification hystérique, nous sommes passés à une conception métapsychologique plus générale qui fait de l'identification l'héritage du complexe d'Œdipe et l'organisateur des différentes instances constitutives du sujet.

Terminons ce bref parcours du concept d'identification chez Freud par l'évocation de la XXXI^e conférence intitulée « La décomposition de la personnalité psychique » qui synthétise l'ensemble de ses vues sur la formation des instances : celles-ci sont moins envisagées en tant que systèmes/réserves de représentations que reliquats des relations d'objet. Freud tente de clarifier ses conceptions sur l'identification (p. 88-89) tout en restant insatisfait de ses développements, mais il ajoute une remarque qui, selon A. de Mijolla (2002), ouvrira la voie des recherches sur la transmission intergénérationnelle : « c'est ainsi que le surmoi de l'enfant ne s'édifie pas, en fait, d'après le modèle des parents mais d'après le surmoi parental ; il se remplit du même contenu, il devient le porteur de la tradition, de toutes les valeurs à l'épreuve du temps qui se sont perpétuées de cette manière de génération en génération (...). L'humanité ne vit jamais entièrement dans le présent ; dans les idéologies du surmoi, le passé continue à vivre, la tradition de la race et du peuple, qui ne cède que lentement la place aux influences du présent, aux nouvelles modifications » (Freud, 1933, p. 94). De Mijolla pense que la pulsion d'investigation de l'enfant explore cet univers des origines (les grands-parents et les parents des parents) pour y découvrir les secrets de sa naissance et de son identité, « car sa personnalité se constitue avec ce matériau d'images composites qui reviendront peut-être un jour l'envahir, sous la forme de visiteurs du Moi » (de Mijolla, 2002, p. 813).

2.2 La notion d'identification chez les post-freudiens

Freud a donc posé les bases d'une théorie du mécanisme d'identification tant à propos de la genèse du psychisme « normal » où le complexe d'Œdipe occupe une position structurale qu'à propos du pathologique essentiellement d'ordre névrotique et dépressif (mélancolique) même si le modèle de l'identification mélancolique peut être élargi aux « névroses » narcissiques. La plupart des auteurs post-freudiens et contemporains à partir de la clinique

émergente de la psychose puis de la clinique des états limites et plus généralement des structures non névrotiques¹ se sont heurtés au problème des identifications, parallèlement à une interrogation plus poussée sur le développement « primaire » ou « originaire » dont les vicissitudes réinterrogent la clinique et la théorie psychanalytique. Ne pouvant être exhaustif² ici, nous nous en tiendrons à quelques développements majeurs concernant l'identification à l'agresseur, l'identification projective, les différentes modalités de l'identification primaire et la question des remaniements identificatoires à l'adolescence.

2.2.1 *L'identification à l'agresseur*

L'identification à l'agresseur a été théorisée comme un mécanisme de défense par A. Freud (1936) à la suite de Freud, mais aussi par Ferenczi (1913) ou Abraham (1924), qui avaient décrit des identifications globalisantes après un traumatisme (perte ou agression). « Le sujet confronté à un danger extérieur (représenté typiquement par une critique émanant d'une autorité), s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent. Selon Anna Freud, ce mécanisme serait prévalent dans la constitution du stade préliminaire du surmoi, l'agression restant alors dirigée sur l'extérieur et n'étant pas encore retournée contre le sujet sous forme d'autocritique » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 191). Tombée en relative désuétude, cette notion a été réhabilitée avec la redécouverte récente des écrits de Ferenczi sur le traumatisme et l'efflorescence de travaux sur la question des agressions sexuelles (Balier, 1996) : dans un nombre de cas non négligeables, les agresseurs ont eux-mêmes été des enfants agressés qui se sont donc identifiés-soumis à leur agresseur. Dans ce type d'identification correspondant à une incorporation imagoïque clivée, le sujet peut pendant longtemps et habituellement ne pas se comporter comme son agresseur dont le retour agi vient, dans un mouvement de désubjectivation, colmater des angoisses narcissiques (vécu d'impuissance) ou proches de la dépersonnalisation psychotique.

2.2.2 *L'identification projective*

L'identification projective est un « terme introduit par Melanie Klein pour désigner un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne (*his self*) en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet

-
1. Envisagées aujourd'hui sous l'angle des pathologies « narcissiques-identitaires » (Roussillon, 1999) ou encore de la subjectivation (Richard, Wainrib, 2006).
 2. Voir la monographie de la *Revue française de psychanalyse* intitulée « Identifications » (2002).

pour lui nuire, le posséder et le contrôler » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 192). Indissociable du système conceptuel kleinien et en particulier de la théorisation de la position schizo-paranoïde qui rend compte des processus de défense contre l'angoisse issue de la pulsion de mort puis contre l'angoisse de perte d'objet¹, l'identification projective désigne donc un mécanisme par lequel le moi expulse hors de lui les expériences intolérables en se clivant lui-même et en projetant ces parties clivées dans les objets extérieurs. Dès lors ceux-ci seront identifiés avec les parties « mauvaises » de la personne propre et redoutés en tant que tels. Après M. Klein, Bion (1967) contribuera à différencier une identification projective pathologique, encore dite intrusive, qui consiste en une évacuation violente d'états d'esprit douloureux pour obtenir un soulagement immédiat et en une intrusion fantasmatique dans un objet pour le contrôler et une forme de communication non symbolique par laquelle une personne ressent ce qu'en éprouve une autre. Ce mécanisme sous-tendrait l'empathie, soit la capacité à se mettre à la place de l'autre. La différence entre expulsion et communication est cruciale en raison de ses incidences sur la pensée ; enfin ajoutons que dans l'identification projective, la séparation entre sujet et objet est abolie. Plus tard, D. Meltzer (1984) montrera que l'identification projective peut également s'effectuer avec un objet interne. L'identification projective s'oppose ainsi dialectiquement à l'identification introjective qui résulte du deuil réussi, impliquant séparation, renoncement, et symbolisation du manque, et elle peut être considérée comme la forme la plus courante d'identification narcissique. « Le passage de l'identification narcissique (projective) à l'identification introjective est conditionné par l'élaboration de la position dépressive, dont la réussite sous la prédominance de pulsions libidinales permet de renoncer au recours massif à l'identification projective avec l'objet qui était auparavant utilisée pour dénier la reconnaissance de la séparation avec les angoisses qui l'accompagnent » (Bégoïn, 1984, p. 488). Quelle que soit l'utilisation faite par les psychanalystes du système théorique kleinien, la notion d'identification projective est à peu près unanimement utilisée pour rendre compte des phénomènes transféro-contre-transférentiels qui ont pris aujourd'hui une importance capitale dans la conduite des cures ou des psychothérapies psychanalytiques avec des patients « difficiles ».

2.2.3 *L'identification adhésive*

E. Bick contribuera à décrire un deuxième mode d'identification narcissique, l'identification adhésive (plus tard appelée identité adhésive), plus primitive que l'identification projective, et qui consiste en une identification avec la surface de l'objet : « dans leur forme la plus primitive, les parties de la

1. Voir le chapitre VII sur « Les mécanismes de défense » dans le même ouvrage.

personnalité sont ressenties comme n'ayant entre elles aucune force liante et doivent par conséquent être maintenues ensemble, d'une façon qui est vécue passivement par elles, grâce à la peau fonctionnant comme une frontière. Mais cette fonction interne de contenir les parties du *self* dépend initialement de l'introjection d'un objet externe éprouvé comme capable de remplir cette fonction » (Bick, citée par Meltzer, 1975, p. 240). Ce type d'identification renvoie à la nécessité de l'introjection d'un objet contenant avant que l'objet et le *self* « n'habitent » leurs peaux respectives et que ne soit délimité un dedans et un dehors, un espace interne et un espace externe, temps préalable à la mise en fonction des mécanismes de clivage et d'idéalisation inhérents à la position schizo-paranoïde. Dans ses travaux sur l'autisme, Meltzer (1975) évoquera une identification adhésive pathologique, l'autiste restant fixé à un monde bidimensionnel. Comme on le voit, cette approche dans un autre langage apparaît proche de celle, plus familière aux cliniciens français, faisant appel à la notion de Moi-peau, défini comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1995, p. 61).

2.2.4 *La notion d'identification primaire*

Ces quelques considérations sur les strates primitives du développement psychique sont l'occasion de revenir sur la notion d'*identification primaire* qui a ouvert sur des séries de travaux très contrastés. En effet, de « Psychologie collective... » (1921) jusqu'à « Le moi et le ça » (1923a), Freud ne varie guère : l'identification est la forme la plus originaire du lien affectif et elle concerne le père pris pour idéal. « Derrière lui [l'Idéal du moi] se cache la première et la plus importante : l'identification au père de la préhistoire personnelle. Celle-ci tout d'abord semble n'être pas le résultat ou l'issue d'un investissement d'objet ; c'est une identification directe, immédiate, plus précoce que tout investissement d'objet » (Freud, 1923a, p. 244).

Or en dépit de ces avertissements la plupart des travaux psychanalytiques postérieurs, en particulier anglo-saxons, traiteront, dans une certaine perspective développementale parfois suspecte de réalisme, des identifications primaires à la mère. On en comprend bien la logique puisque la confrontation à des organisations psychopathologiques non névrotiques (psychotiques et surtout limites) confrontait les cliniciens aux aléas des modalités identificatoires décrites ci-dessus et aux défaillances dans les relations précoces à l'objet maternel dont le rôle devenait prépondérant dans la construction du psychisme : au complexe « paternel » freudien venait faire pendant un « complexe maternel ». Une place doit évidemment être faite à ce niveau aux descriptions et aux théorisations si originales de Winnicott (1969) relatives entre autres à la préoccupation maternelle primaire, l'espace transitionnel, l'établissement du vrai et du faux *self*, etc., théorisations utilement complétées

par les apports de Bion (1967) sur la capacité de rêverie de la mère et sa fonction contenant. Ces travaux se sont prolongés en France par des études psychopathologiques remarquables sur les états limites (Bergeret, 1975 ; Green, 1990), renouvelant les questionnements sur la dépression et la mélancolie (Chabert, 2003) ou encore sur les effets des traumatismes narcissiques précoces (Roussillon, 1999). On doit d'ailleurs à ce dernier d'avoir habilement « mêlé » la métapsychologie freudienne classique aux conceptions d'un Winnicott (Roussillon, 2001), ce qui pour notre propos a permis de mieux saisir certains aspects de l'identification mélancolique : « Là où "l'ombre de l'objet tombe sur le Moi" s'indique la trace de l'échec historique du moi à trouver son reflet dans l'objet, s'indique l'échec de la fonction réflexive de l'objet, c'est là où l'objet ne réfléchit pas le sujet que plane son ombre » (Roussillon, 2006, p. 63).

Pour autant les psychanalystes français, probablement sous l'influence de Lacan, n'accepteront pas la « désexualisation » de la psychanalyse internationale et réhabiliteront le « vieux » concept d'identification primaire au père en montrant à la fois la portée mythique (comme d'autres concepts tournant autour de l'originnaire) et structurante en après coup, car dotant le sujet d'une origine autre que celle de la mère. En tiercéisant la relation à celle-ci, l'identification au père permet que la relation ne soit pas faite que de destruction mutuelle dans l'absorption réciproque ou dans la séparation-perte et s'ouvre à l'altérité et à la différence des sexes : « ... elle fonde, comme une sorte de point d'appel, par-delà l'identification narcissique, à la possibilité des identifications post-œdipiennes en introduisant le tiers dès avant la constitution du moi (...). Si l'investissement de la mère comme objet primaire, nécessaire à la survie physique et source des premières excitations semble aller de soi, l'identification primaire au père, porteur de la valeur phallique idéale, de la promesse de devenir grand, conditionne la survie psychique en permettant au sujet de se dégager de l'objet » (Lechartier-Atlan, 2002, p. 128). Sans transmission par le psychisme maternel d'une référence paternelle issue de sa lignée œdipienne ou du père de l'enfant s'établit alors une « *identification dans la communauté du déni* » (Fain, 1984), déni du désir du père lourd d'altérations symboliques.

CONCLUSION

Enfin nous concluons ce chapitre en faisant état des travaux¹ relativement récents des psychanalystes d'adolescents réunis pour la plupart autour de la

1. Résumés pour l'essentiel dans un travail antérieur auquel nous renvoyons le lecteur (Marty, Chagnon, 2006).

revue *Adolescence* et qui ont amplement contribué à étudier les remaniements identificatoires nécessités par le passage adolescent inauguré par la puberté, passage qui ne peut plus se résumer à la seule récapitulation des étapes de développement précédentes. La nouveauté pubertaire (Gutton, 1991) s'organise autour d'un double axe intriqué d'intégration d'une nouvelle identité sexuée et de désengagement-deuil des objets de l'enfance (ou d'un certain mode de relation avec eux), ce qui passera par un travail douloureux de désidentification et de renouvellement des identifications en compensation des pertes d'objet, travail ouvrant vers la subjectivation qui permet au sujet de devenir enfin auteur de sa vie dans un rapport créatif à autrui.

LECTURES CONSEILLÉES

Revue française de psychanalyse, 1984, n° 2, « L'identification ».

Monographies de la Revue française de psychanalyse, 2002, « Identifications ».

ABRAHAM K. (1924). « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux », dans *Développement de la libido*, Œuvres complètes, II, Paris, PBP, 1966, p. 255-314.

ANZIEU D. (1995). *Le Moi Peau*, Paris, Dunod, nouvelle édition.

BALIER C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF.

BÉGOIN J. (1984). « Présentation : quelques repères sur l'évaluation du concept d'identification », dans *Revue française de psychanalyse*, n° 2, « L'identification », 483-490.

BERGERET J. (1975). *La dépression et les états-limites*, Paris, Payot.

BERGERET J. (1984). *La Violence fondamentale*, Paris, Dunod.

BION W.R. (1967). *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983.

CHABERT C. (2003). *Féminin mélancolique*, Paris, PUF.

DONNET J.-L., PINEL J.-P. (2002). « Le problème de l'identification chez Freud », dans *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, « Identifications », 9-23.

FAIN M., BÉGOIN-GUIGNARD F. (1984). « Identification hystérique et identification projective », dans *Revue française de psychanalyse*, n° 2, « L'identification », 515-527.

FERENCZI S. (1913). « Un petit homme-coq », *Psychanalyse II*, Paris, Payot, 1970, 72-78.

FLORENCE J. (1978). *L'Identification dans la théorie freudienne*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.

FREUD A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1949, 9^e éd. 1978.

FREUD S. (1900). *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967.

- FREUD S. (1905). « Fragment d'un cas d'hystérie (Dora) », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, 9^e éd. 1979, p. 1-91.
- FREUD S. (1912). *Totem et Tabou*, Paris, PBP, 1976.
- FREUD S. (1914). « Pour introduire le narcissisme », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 81-105.
- FREUD S. (1915). « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1978, p. 147-174.
- FREUD S. (1921). « Psychologie collective et analyse du moi », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 117-217.
- FREUD S. (1923a). « Le moi et le ça », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 219-275.
- FREUD S. (1923b). « La disparition du complexe d'Œdipe », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 117-122.
- FREUD S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984.
- FREUD S. (1938). « Résultats, idées, problèmes », dans *Résultats, idées, problèmes*, Paris, PUF, 1985, p. 287-288.
- GREEN A. (1990). *La folie privée*, Paris, Gallimard.
- GREEN A. (2002). *La Pensée clinique*, Paris, éditions Odile Jacob.
- GUTTON P. (1991). *Le Pubertaire*, Paris, PUF.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). *Dictionnaire de psychanalyse*, Paris, PUF.
- LECHARTIER-ATLAN C. (2002). « L'identification dans la cure », dans *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, « Identifications », 127-146.
- LUQUET P. (2003). *Les Identifications*, Paris, PUF.
- MARTY F., CHAGNON J.-Y. (2006). « Identité et identification à l'adolescence », EMC, 37-213-A-30.
- MELTZER et coll. (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1984.
- MELTZER D. (1984). « Les concepts d'identification projective (Klein) et de "contenant-contenu" (Bion) en relation avec la situation analytique », dans *Revue française de psychanalyse*, n° 2, « L'identification », 541-550.
- MIJOLLA (DE) A. (2002). « Identification », dans A. DE MIJOLLA (dir.), *Dictionnaire international de psychanalyse*, Paris, Hachette « Littératures », 2005, p. 810-814.
- NEYRAUT M. (1984). « L'identification, pour une introduction », dans *R.F.P.*, n° 2, 509-514.
- PERRON R. (1992). « De l'identique au semblable ou comment être deux ? Quelques réflexions théoriques sur l'imitation et l'identification », dans PERRON-BORELLI M., PERRON R., *Fantasme, action, pensée. Aux origines de la vie psychique*, Alger, collection « Semailles », Société algérienne de recherche en psychologie, Centre de recherche, d'édition et de diffusion, 1997.
- PERRON R. (2003). *La Passion des origines. Être et ne pas être*, Lonay-Paris, Delachaux et Niestlé.

- RICHARD F., WAINRIB S. (dir.) (2006). *La Subjectivation*, Paris, Dunod.
- ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.
- ROUSSILLON R. (2001). *Le Plaisir et la Répétition*, Paris, Dunod.
- ROUSSILLON R. (2006). « Pluralité de l'appropriation subjective », dans RICHARD F., WAINRIB S. (dir.), *La Subjectivation*, Paris, Dunod, p. 59-80.
- SCHAEFFER J. (1997). *Le Refus du féminin*, Paris, PUF.
- WIDLÖCHER D. (1986). *Métapsychologie du sens*, Paris, PUF.
- WINNICOTT D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Chapitre 6

LES FANTASMES

INTRODUCTION¹

La psychanalyse est au carrefour d'une triple filiation. Elle est tout à la fois *filie de l'hystérie, fille de la séduction sexuelle et fille de l'inceste* :

- fille de l'hystérie, elle l'est du fait des intérêts cliniques et de la pratique de S. Freud (via J.-M. Charcot), car c'est la symptomatologie des hystériques qui a mis celui-ci sur la voie de l'importance des fantasmes (initialement des fantasmes conscients, puis des fantasmes inconscients) dans le fonctionnement et l'organisation psychique du sujet ;
- fille de la séduction sexuelle, car c'est celle-ci qui, en tant que configuration psychique, l'a conduit à mettre en évidence le rôle prépondérant de la sexualité infantile. Dès 1895, dans les *Études sur l'hystérie*, écrit en commun avec J. Breuer (Freud, Breuer, 1895), la séduction est avancée comme l'étiologie théorique princeps des troubles psycho-névrotiques² ;
- fille de l'inceste, enfin, puisqu'elle sera ultérieurement et emblématiquement métaphorisée par la tragédie de Sophocle, *Œdipe roi*. Dans sa *Correspondance avec Wilhelm Fliess*, en date du 15 octobre 1897 (Freud, 1887-1904, p. 344-345), Freud écrit : « Chez moi aussi j'ai trouvé le sentiment amoureux pour la mère et la jalousie envers le père, et je les considère maintenant comme un événement général de la prime enfance (...). S'il en est ainsi on comprend la force saisissante d'*Œdipe roi* (...). Chaque auditeur a été un jour en germe et en fantaisie cet *Œdipe*, et devant un tel accomplissement en rêve transporté ici dans la réalité, il recule

1. Par Thierry Bokanowski.

2. Dix années plus tard, il est conduit à écrire : « (...) J'ai appris depuis lors à résoudre mainte fantaisie de séduction comme étant une tentative de défense contre le souvenir de l'activité sexuelle personnelle (masturbation de l'enfant) » (Freud, 1905 [1906], p. 312).

d'épouvante avec tout le montant du refoulement qui sépare son état infantile de celui qui est le sien aujourd'hui. »

1 LE FANTASME, OBJET DE LA PSYCHANALYSE

Bien avant l'invention de la psychanalyse les fantasmes, ainsi que les rêves, étaient reconnus comme des créations du monde imaginaire, dont les expressions pouvaient se retrouver tout autant dans des productions littéraires, ou artistiques, que dans les « maladies de l'âme ». C'est cependant à S. Freud que revient le mérite d'avoir montré leur sens, leur valeur, ainsi que leur rôle organisateur, voire, parfois, pathogène. Il a révélé leur importance en tant que production de l'inconscient (*fantasmes inconscients*) dans le fonctionnement psychique de l'être humain, et ceci dès la prime enfance.

Variations individuelles sur des thèmes communs à tous les hommes, tel un matériel que la psychanalyse « brasse depuis ses origines¹ », les fantasmes sont devenus l'objet psychanalytique par excellence. Au cœur de la clinique, de la pratique et de la théorie psychanalytique, le fantasme représente et exprime sur le plan proprement psychique l'essentiel de la sexualité humaine, ceci en relation étroite avec la vie psychique inconsciente. Au centre du fonctionnement psychique et directement en articulation, tant avec la psycho-sexualité qu'avec le monde pulsionnel, le fantasme, conscient comme inconscient, s'inscrit dans les « chaînes d'Éros » (Green, 1997).

Le fantasme se définit comme une production psychique imaginaire qui se présente sous la forme d'une *scène*, laquelle met en jeu, sous une forme plus ou moins dramatisée, une action qui implique le sujet avec ses objets ; la structure de cette scène est celle d'un scénario au service de la *réalisation d'un désir*, notamment d'un désir inconscient². Ainsi, directement rattachée à la notion de réalisation de désir, elle-même liée à la satisfaction substitutive des désirs sexuels refoulés, on peut parler du fantasme comme une « mise en scène » du désir : il met en scène psychiquement des actions qui sont autant d'accomplissements du désir.

D. Lagache (1964, p. 515-538) a proposé de traduire le terme allemand *Phantasie* (terme utilisé par S. Freud pour désigner l'ensemble de ces

1. « Depuis ses origines, la psychanalyse brasse le matériel des fantasmes. » (Laplanche, Pontalis, 1964.)

2. Un « scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient », écrivent J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967).

productions) par le mot *fantaisie*. Ce terme étant cependant trop marqué en français par son usage courant qui indique une idée de caprice, d'extravagance ou de lubie, c'est le mot *fantasme* qui prévaut dans l'usage psychanalytique du concept.

Lorsqu'elle est *consciente*, la production fantasmatique se présente sous la forme d'une *rêverie diurne* que le sujet développe afin de se procurer en imagination une satisfaction pulsionnelle, sexuelle ou agressive, d'ordre objectale ou narcissique. La rêverie diurne est l'exemple le plus clair de telles fantaisies conscientes ou préconscientes. L'utilisation de ce procédé apparaît dès les *Études sur l'hystérie* (Freud, Breuer, 1895), dans lesquelles les auteurs soulignent la fréquence de son emploi chez les hystériques. Comme le *fantasme inconscient* dont elle procède, la rêverie diurne est explicitement au service du désir et met en scène des satisfactions libidinales.

2 BREF HISTORIQUE DE LA NAISSANCE DU CONCEPT DE « FANTASME INCONSCIENT »

Dès le début de son œuvre S. Freud avait pressenti le rôle fondamental que joue la sexualité dans la vie psychique, notamment en ce qui concerne les symptômes hystériques dont l'origine peut être rattachée à un, ou des traumatisme(s), principalement d'ordre sexuel, à savoir une *séduction* subie pendant l'enfance du sujet et dont les effets sont favorisés par une disposition innée.

Si les souvenirs de ces événements traumatiques peuvent être oubliés (c'est-à-dire refoulés), leur charge affective reste cependant active. Ce sont donc ces souvenirs traumatiques, que le sujet ne peut consciemment se remémorer, qui trouvent leur expression transposée dans la conversion hystérique (symptôme). D'où la formule célèbre du chapitre inaugural (« Communication préliminaire ») des *Études sur l'hystérie* : « C'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique » (Freud, Breuer, 1895, p. 5).

Ainsi, initialement, S. Freud modèle une théorie traumatique de la séduction en *deux temps* qui suppose l'existence d'au moins *deux événements* :

- une première scène (la « scène de séduction » à proprement parler), où l'enfant subit de la part d'un adulte une séduction (qui peut aller d'une simple avance à un attentat de type sexuel) sans que cela n'entraîne chez lui d'excitation, du fait que cela se produit avant la puberté (avant sa « maturité sexuelle », écrit S. Freud) ;

- une seconde scène, qui intervient à la puberté, ou après celle-ci, laquelle est liée à un incident souvent anodin mais qui, par quelques traits associatifs, entraîne l'évocation rétroactive du premier événement et confère alors à celui-ci un effet d'autant plus important qu'il déclenche une montée déplaisante d'excitation sexuelle. Le moi du sujet, non préparé, se trouve alors débordé du fait que la première scène était restée sous le coup d'un *refoulement*, jusque-là fortement maintenu.

Ceci est remarquablement illustré par l'histoire d'Emma que rapporte S. Freud (1950 [1895], p. 657-660).

Emma, jeune adulte, se plaint de « se trouver actuellement sous la contrainte de ne pas pouvoir aller *seule* dans un magasin ». Les associations la conduisent à évoquer un souvenir qui remonte à ses douze ans (peu après sa puberté) : « Alors qu'elle faisait des courses dans un magasin, elle vit deux commis – elle se souvient de l'un d'eux – qui riaient ensemble, et saisie d'une sorte d'*affect d'effroi*, prit la fuite. » Deux pensées surgissent à l'évocation de cette scène : les commis avaient tous deux ri de sa robe et l'un d'eux l'avait attirée sexuellement. L'analyse conduit à la remémoration de l'épisode suivant : alors qu'elle était âgée de huit ans, elle était allée, « deux fois seule », dans le magasin d'un épicier pour acheter des friandises. Celui-ci, avec un rictus, « lui agrippe les organes génitaux à travers ses vêtements » et, malgré cette première expérience, elle s'y rendit une seconde fois, « comme si par là elle avait voulu provoquer l'attentat », ce qu'elle s'est reproché, après.

Les associations autour de la scène des douze ans (commis, rire, vêtements, sensation sexuelle) permettent la remémoration de certains éléments représentatifs et affectifs qui ont conduit au refoulement de la scène à huit ans, refoulement en lien à ce que S. Freud nomme la *dé liaison sexuelle* et à propos de laquelle il écrit : « Cette déliaison est rattachée au souvenir de l'attentat, mais le plus remarquable est qu'elle n'est pas rattachée à l'attentat lorsqu'il a été vécu (...) parce qu'entre-temps la modification (du souvenir qui éveille un affect) liée à la puberté a rendu possible une autre compréhension de ce qui est remémoré. » (Freud, 1950 [1895], p. 660.)

Avec cette théorie dite « des deux temps du traumatisme », S. Freud instaure la notion d'*après-coup*, qui devient fondamentale dans la théorie psychanalytique. Cette théorie du traumatisme lié à la séduction sexuelle précoce (théorie qu'il nomme *neurotica*) lui permet alors d'avancer que la sexualité est par essence traumatique et que le refoulement, qui porte sur la sexualité, est un mécanisme de défense typique chez l'hystérique.

Cependant S. Freud est rapidement conduit à remettre en question le bien-fondé de ses hypothèses, la réalité de l'événement séducteur et les fantasmes conscients qui les accompagnent, comme étant les éléments étiologiques princes des symptômes hystériques.

Comme en témoigne la célèbre lettre du 21 septembre 1897 à W. Fliess, il annonce qu'il ne croit plus à sa *neurotica*¹, entre autres du fait qu'il y a une réelle invraisemblance à désigner trop souvent les pères comme de potentiels séducteurs pédophiles pervers et que, par ailleurs, on doit faire le constat qu'il n'y a pas de « signe de réalité dans l'inconscient de sorte que l'on ne peut pas différencier la vérité et la fiction investie d'affect ».

Selon le fait que les événements sont vrais dans « tout le matériel qui les constitue », néanmoins ceux-ci semblent avoir été transformés par une action fantasmatique. Ceci le conduit à avancer que le refoulement porte alors davantage sur des fantasmes inconscients que sur des souvenirs d'événements réels, les fantasmes conscients ayant, pour leur part, un rôle essentiellement défensif.

À partir de ce moment fondateur, le *fantasme inconscient* occupera la place précédemment attribuée à la séduction traumatique. On peut d'autant plus dater cette période comme étant celle de la « naissance de la psychanalyse » du fait qu'elle est, d'une part, nourrie par l'auto-analyse que S. Freud mène, notamment dans sa correspondance soutenue avec W. Fliess, et que, d'autre part, elle s'étaye sur l'analyse systématique de ses rêves. Ceci va, peu à peu, le conduire à la découverte du complexe d'Œdipe dont il pressent l'importance dès 1897, comme en témoigne la lettre à W. Fliess du 15 octobre de cette même année, rappelée plus haut et dans laquelle il aborde pour la première fois cette question centrale.

3 FANTASMES ET RÊVES

Dès lors, le fantasme inconscient est posé comme la source, le pivot et l'organisateur des nombreuses productions psychiques telles que les symptômes, les actes manqués, les lapsus, les rêveries diurnes (ou fantasmes conscients), mais aussi surtout le *rêve*.

Dans le rêve, qui est un accomplissement de désir, le double jeu des processus primaires et de l'élaboration secondaire opère des transformations (par les mécanismes de condensation, de déplacement et de symbolisation) qui vont permettre aux fantasmes inconscients (pensées latentes) de franchir la censure en forgeant des images, des représentations ou des scénarios qui viennent former le texte manifeste du rêve.

1. Lettre 139, dans laquelle il écrit à son correspondant : « Je vais te confier le grand secret qui, au cours des derniers mois, s'est lentement fait jour en moi. Je ne crois plus à ma *neurotica*. » (Freud, 1887-1904, p. 334-335).

La *rêverie* est cousine du rêve, car les fantasmes conscients qu'elle déploie, comme le souligne S. Freud dans *L'Interprétation du rêve* (Freud, 1900, p. 543), sont « analogues » aux rêves et « méritent le nom de "rêves" » : « Comme les rêves, elles sont des accomplissements de souhaits ; comme les rêves, elles se basent pour une bonne part sur des impressions d'expériences vécues infantiles ; comme les rêves, elles jouissent d'un certain relâchement de la censure pour ce qui est de leurs créations. »

Cependant, remarque-t-il, il existe une différence essentielle entre le rêve nocturne et la rêverie diurne : tandis que le premier est *hallucinoire*, la seconde ne l'est pas, puisque, dans ce cas, le sujet garde relativement conscience du fait que sa rêverie n'est pas la réalité, laquelle n'est pas pour autant annulée. Autrement dit, la différence essentielle tient au caractère *hallucinoire* du rêve qui donne au rêveur le sentiment d'un vécu comparable à celui provoqué par une perception réelle, tandis que la rêverie diurne est d'emblée reconnue par le sujet comme étant en décalage avec la réalité.

Il n'est pas rare que lors de ces rêveries le sujet cherche à rejouer autrement une scène qui a pu être vécue autrefois comme pénible, frustrante ou humiliante, la reconstruction fantasmatique du scénario s'organisant alors sur le mode d'une compensation narcissique. Par exemple, dans l'analyse du rêve dit de la « Monographie botanique », S. Freud rapporte la pensée diurne suivante qui l'a conduit à imaginer que, atteint d'un glaucome, il part se faire opérer incognito à Berlin et éprouve alors un grand plaisir à entendre le chirurgien vanter les qualités anesthésiques de la cocaïne, ceci constituant une réparation de la blessure liée au fait qu'il avait autrefois manqué de peu cette découverte (Freud, 1900, p. 206-207).

Fondée sur l'idée que le rêve est une réalisation des désirs inconscients – on parle de *satisfaction hallucinoire du désir* –, l'étude du *travail du rêve*, ainsi que des mécanismes psychiques qui le régissent, est en elle-même une étude des expressions nocturnes du fantasme inconscient, car *rêves* et *fantasmes inconscients* sont inséparables du fait qu'ils représentent les *deux faces de la même médaille* et qu'ils relèvent tous les deux d'un même processus, à savoir : l'expression (sous une forme consciente plus ou moins déguisée) d'un désir inconscient refoulé qui est tout autant nourri par les fantasmes inconscients, qu'il en devient la source.

La place du fantasme inconscient dans le processus du rêve (fantasme dont le matériau est fait des restes diurnes des représentations, des affects, ou des excitations corporelles qui traduisent directement les poussées pulsionnelles) est explicitement désignée par S. Freud comme le « capitaliste » du rêve.

Le fantasme inconscient, qui est un produit du travail du rêve et du processus analytique, n'est jamais accessible tel quel. C'est par l'interprétation du rêve, qui est la « voie royale de l'inconscient », que l'on peut restituer, sous le contenu manifeste du rêve, les « pensées latentes » (aussi désignées par

S. Freud comme « pensées du rêve ») liées aux désirs refoulés, comme aux conflits infantiles en jeu, lesquels s'expriment, et se dissimulent à la fois, dans le récit du rêve.

4 LA QUESTION DU DÉSIR

Le fantasme est dans le rapport le plus étroit avec le *désir* ; le terme freudien *Wunschphantasie*, ou *fantasme de désir*, l'atteste bien. Dans *L'Interprétation du rêve* (1900), S. Freud définit le désir qui trouve son modèle et son origine dans l'*expérience de satisfaction* : « Le premier souhaité pourrait bien avoir été un acte d'investissement hallucinatoire du souvenir de satisfaction¹. » En d'autres termes, le désir se définit comme « l'investissement » de l'image mnésique de la perception liée à la satisfaction du *besoin*.

Le besoin se différencie du désir en ce que le premier se définit comme expression du fonctionnement organique (faim, soif, besoin sexuel, etc.), tandis que le second se situe au niveau de la psychisation de cette expression, notamment lorsque le besoin se mue en désir à (ou, de) se donner un objet (l'objet de la satisfaction). Le besoin étant satisfait, le désir traduit la recherche du rétablissement hallucinatoire de l'image de l'objet perdu.

En résumé, comme l'écrivent J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1964, p. 88-89) : « Le fantasme trouverait son origine dans la satisfaction hallucinatoire du désir, le nourrisson reproduisant sous forme hallucinée, en l'absence de l'objet réel, l'expérience de satisfaction originelle. En ce sens les fantasmes les plus fondamentaux seraient ceux qui tendent à retrouver les objets hallucinatoires liés aux toutes premières expériences de la montée et de la résolution du désir. »

Le moment fondateur de la formation du fantasme implique ainsi toujours l'objet : il est corrélatif de celui où la satisfaction hallucinatoire vient pallier l'absence de l'objet (absence de la mère, ou de son tenant lieu). Dès lors, le désir persistant, le sujet commence à se « représenter » cette absence. L'on peut dire, ainsi, que *la représentation de l'objet naît de son absence même*.

Ceci pose la question de la relation des fantasmes les plus primitifs avec le désir du sujet de retrouver les objets primordiaux (hallucinatoires) qui à l'époque de sa prime enfance ont permis d'apaiser, et de satisfaire, ses tensions internes. Toujours est-il que le fantasme, qui comporte une représentation d'objet, ne peut être confondu avec le souvenir hallucinatoire de la

1. Dans la traduction proposée « Le premier souhaité » désigne le désir, c'est-à-dire « désirer » (Freud, 1900, p. 654).

satisfaction, du fait qu'il est le produit d'une réaction de défense, le *refoulement*.

5 L'ACTION DU REFOULEMENT

C'est la présence du souvenir refoulé qui est à l'origine du fantasme.

Le statut du *fantasme inconscient* est inséparable de la notion de *refoulement*, refoulement primaire, comme refoulement secondaire lequel est, pour S. Freud, le « refoulement proprement dit » (1915c, p. 189-203).

Les manifestations du retour du refoulé que l'on voit apparaître dans toutes les formations psychiques de compromis tels les rêveries, les rêves, les actes manqués, les lapsus, etc., sont en lien avec les fantasmes (préconscients, ou conscients) qui ont affleuré la conscience et qui ont été refoulés : le refoulement porte sur des *représentations de souvenirs*, lesquelles, trop angoissantes du fait des interdits et de la conscience morale (surmoi), ont été refoulées. Ce sont donc celles-ci qui, lors du travail analytique, sont susceptibles d'accéder à la conscience (*remémoration*).

Cependant les relations entre souvenir et fantasme sont complexes du fait que le souvenir peut renvoyer à un événement réellement vécu qui a été refoulé, comme il peut être tout autant un fantasme forgé en tant que réalisation d'un désir inconscient.

Tel est, par exemple, le cas du célèbre « souvenir d'enfance » de Léonard de Vinci, analysé par S. Freud (Freud, 1910, p. 79-164), qui croyait se remémorer une scène où, bébé au berceau, un vautour (en fait, un milan) serait venu lui ouvrir la bouche avec sa queue et l'aurait frappé à plusieurs reprises sur les lèvres. Selon l'analyse qu'en fait S. Freud, ce souvenir était fondé sur un fantasme de fellation, expression de la nostalgie du sein de la mère. Le prétendu souvenir (véritable *souvenir-écran*) exprimait un fantasme, celui-ci recelant de vrais souvenirs : entre autres, celui d'avoir été allaité au sein, comme celui d'avoir été passionnément embrassé par sa mère dans l'enfance.

Cet exemple permet de voir comment la perception de la réalité historique peut être façonnée et modifiée par l'action du fantasme inconscient.

Dans tous les cas, le désir inconscient paraît déterminant et, comme S. Freud l'énonce, « les fantasmes inconscients ou bien ont de tout temps été inconscients, ont été formés dans l'inconscient, ou bien, ce qui est le cas le plus fréquent, ils furent autrefois des fantasmes conscients, des rêves diurnes, et ont ensuite été oubliés intentionnellement, sont tombés dans l'inconscient du fait du "refoulement" ». (Freud, 1908b, p. 150-151.)

6 FANTASME ET ORDRE PULSIONNEL

Le fantasme inconscient, soumis au principe de plaisir/principe de déplaisir, est toujours l'expression d'une réalisation de désir en relation avec une satisfaction pulsionnelle, la pulsion étant la source vive de toute activité psychique. En d'autres termes, le fantasme ne peut se comprendre qu'en référence à la pulsion qui le sous-tend, car il est une forme particulière de la représentation, elle-même étant un produit de transformation de la pulsion.

Le fantasme est donc animé par les pulsions, notamment par les pulsions sexuelles, lesquelles, innées dès la naissance, agissent tout au long de la vie. Il constitue des représentations susceptibles de relier les pulsions à leurs objets, et ceci d'autant plus qu'ils (les objets) sont toujours impliqués dans la réalisation des désirs.

En ce sens, le fantasme est un *médiateur* entre le *monde du désir* (qui façonne la complexité et l'originalité du psychisme de chacun) et l'*ordre pulsionnel* (lié aux fonctions biologiques du corps, ainsi qu'aux instincts les plus primitifs, ou fondamentaux). Le fantasme a donc pour spécificité de lier des représentations hétérogènes des pulsions sexuelles (qui peuvent être de type érotique, agressive et/ou destructrice) entre elles, ce qui constitue, en lui-même, un *processus organisateur* pour le sujet.

Dans sa première théorie des pulsions, S. Freud distingue deux types de pulsions : les pulsions sexuelles (dirigées vers l'objet) qui s'opposent aux pulsions du moi (pulsions narcissiques d'auto-conservation), lesquelles prennent le moi comme objet. Mais cette première conception ne lui permet pas de pouvoir rendre compte de manière suffisante et satisfaisante de l'existence des fantasmes agressifs ou sadiques qui renvoient alternativement à la castration, à la destruction et/ou à la mort et qui sont, à des degrés divers, constamment rencontrés en clinique psychanalytique.

Ceci conduit donc S. Freud à reformuler, à partir de 1920, sa première théorie des pulsions (seconde métapsychologie). À la dualité initiale établie entre pulsions sexuelles et pulsions d'auto-conservation il substitue celle des *pulsions de vie*, ou *Éros* (qui regroupent les pulsions sexuelles et d'auto-conservation), lesquelles s'opposent aux *pulsions de destruction*, ou de *mort*, *Thanatos*.

Cette dualité pulsionnelle (qui implique la coexistence de la pulsion sexuelle et d'une pulsion de destruction) donne non seulement la possibilité de rendre compte de l'existence d'une *agressivité primaire*, qui vise à la destruction de la vie comme à celle des mouvements d'organisation qui lui président, mais aussi de mettre l'accent sur l'importance de l'*intrication pulsionnelle* par laquelle les pulsions destructrices se trouvent liées par, et intégrées dans, la pulsion sexuelle.

Cette intrication est soutenue par la mise en jeu des fantasmes, notamment conscients, dans la mesure où les investissements des objets qu'ils représentent, ainsi que les représentations qui en résultent, peuvent avoir dans le même moment des significations, comme des valences affectives, à la fois diverses et opposées (amour/haine). Ainsi est-il fréquent de trouver réunies dans un même fantasme des connotations à la fois sexuelles et destructrices, lesquelles reflètent alors l'ambivalence (j'aime/je n'aime pas) du sujet à l'égard de son (ou de ses) objet(s).

La ligne ouverte par *Pulsions et destins des pulsions* (Freud, 1915b, P. 165-187) et remaniée à partir de *l'Au-delà du principe de plaisir* (1920, p. 277-338) qui met en avant l'opposition, comme l'intrication, de la pulsion de vie (ou pulsions sexuelles) avec la pulsion de mort (ou pulsion destructrice), donnera lieu dans les années qui suivent à d'importants développements théorico-cliniques dans le champ analytique, notamment liés aux apports de M. Klein et de ses successeurs.

M. Klein attribue aux fantasmes inconscients très précoces, tous en relation à l'amour (bon sein, source de gratification) et à la haine (mauvais sein, source de frustration), une place prépondérante dans l'établissement du fonctionnement psychique de *l'infans* (Klein, 1921-1945). Selon ses avancées, les fantasmes inconscients, auxquels elle donne beaucoup d'importance, existent dès le début de la vie en tant qu'expression psychique des pulsions, chaque incitation pulsionnelle induisant un fantasme spécifique.

Ceci la conduit à décrire aux origines de la vie psychique un monde où se joue une véritable dramaturgie qui met en scène un douloureux combat fait d'amour et de haine pour l'objet primaire, intéressant, entre autres, le sein (bon/mauvais), comme l'intérieur et les contenus du corps de la mère (bébés, fèces, urine, pénis paternel, etc.). Ceci donne lieu à toute une série de fantasmes primitifs cruels et sadiques, animés par des mouvements d'incorporation, d'absorption/expulsion, d'intrusion, de dévoration, d'attaque mortelle du sein, ou par le sein (*retaliation*), d'envie, d'empoisonnement, de dilacération, d'éclatement, de démembrement, d'évidement, etc.

Dans cette optique, les fantasmes primitifs, qui sont marqués par la lutte contre la pulsion de mort qui menace le moi naissant (et qui donne ultérieurement lieu à la constitution d'un surmoi primitif sadique et cruel) constitueraient les contenus les plus profonds de l'inconscient, ce qu'affirme très clairement l'une des tenantes les plus en vue de la pensée kleinienne, S. Isaacs (1952, P. 64-114), lorsqu'elle écrit : « Les fantasmes sont les contenus primaires des processus psychiques inconscients. »

On voit ici la différence entre le modèle freudien et le modèle kleinien du fait que, dans ce dernier, la place qu'occupe le monde très actif des fantasmes inconscients, et ceci dès le début de la vie, efface la conception freudienne du fantasme comme liée à la réalisation hallucinatoire de désir, qui

supplée l'absence de l'objet, ainsi qu'à la nécessité, liée au principe de plaisir, de pallier à la frustration¹.

7 THÉORIES SEXUELLES INFANTILES

Si les liens entre fantasme et théories sexuelles infantiles sont des plus étroits, ils ne doivent cependant pas être confondus, car pour autant que le fantasme a comme spécificité d'être une formation psychique liée au désir, tel n'est pas ce qui caractérise les *théories sexuelles infantiles*, lesquelles, comme l'écrit S. Freud, sont l'expression directe, sans inhibition, ni transformation, des composantes sexuelles infantiles.

Témoignage de la curiosité sexuelle des enfants, les théories sexuelles infantiles (Freud, 1909b, p. 14-27) émanent de leurs besoins de « fabriquer » eux-mêmes leurs propres réponses aux énigmes de la sexualité parentale au moyen de constructions fantasmatiques en guise de tentatives d'explication. Cette recherche d'intelligible confère à ces élaborations secondaires une valeur défensive.

Liées au développement pulsionnel, ainsi qu'aux stades libidinaux (oral, anal, phallique puis génital) qui président à l'organisation temporelle du développement psychique, les théories sexuelles infantiles portent essentiellement sur les conflits liés à la différence des sexes, au coït parental (rapports sexuels), à l'origine, comme à la conception, des enfants. Elles intéressent toutes, à des degrés divers, les productions imaginaires que l'enfant se construit pour aménager ses fantasmes œdipiens et l'élaboration de ceux-ci.

Ceci contribue à la création de trois théories typiques :

- d'une part, l'attribution d'un pénis à tous les êtres humains, ainsi que la perception de l'absence de celui-ci chez la femme, qui fonde la croyance en la castration (théorie du monisme phallique) ;
- d'autre part, une conception sadique du coït ;

1. Bien différente est la position de J. Lacan, qui considère le fantasme comme étant comparable à un « arrêt sur image » lors d'une projection cinématographique, arrêt qui permet de faire « écran » à une scène traumatique qui serait sur le point de surgir. À l'inverse de la position kleinienne, qu'il critique, il met l'accent sur la *fonction défensive du fantasme*, action qui vise à « geler » l'évocation d'une scène violente, et au premier chef, une scène en rapport à l'angoisse de castration. Tout en reconnaissant le pouvoir de l'image dans le fantasme, J. Lacan cherche cependant à dégager les implications de l'inscription du fantasme au regard de la structure du signifiant, insistant sur la fonction essentielle dévolue au fantasme, à savoir, « nouer » les registres du Symbolique, de l'Imaginaire et du Réel, organisateurs de la *réalité psychique* (voir Penot, 2002, p. 579-580).

- enfin, une théorie cloacale de la naissance, l'enfant étant évacué comme une selle.

On retrouve celles-ci, remarquablement illustrées, dans l'analyse du *petit Hans* (1909c, p. 1-130), laquelle a permis à S. Freud de largement déployer, dans sa complexité dynamique, la fantasmatique œdipienne d'un petit garçon en proie à une phobie liée à d'importantes angoisses de castration en relation à son ambivalence (amour/haine) à l'égard de son père.

8 ORGANISATION ET STRUCTURE FANTASMATIQUE

Le fantasme s'organise comme un scénario à l'intérieur d'un discours, voire comme une série de scénarios qui s'articulent et/ou, qui se renvoient les uns aux autres. Il s'agit d'une ou de plusieurs séquence(s) dont le sujet fait lui-même partie et dans laquelle (lesquelles) les permutations de rôles et d'attribution, ainsi que les changements syntaxiques qui peuvent leur être liés, permettent au fantasme inconscient de franchir la barrière du refoulement.

Tout en masquant le désir inconscient qui anime le fantasme, ces travestissements défensifs de la mise en scène (inversion, renversement, substitution, etc.), rendent le scénario acceptable : il en est ainsi d'un *fantasme typique* décrit par S. Freud, « Un enfant est battu » (Freud, 1919b, p. 219-243).

Ce *fantasme de fustigation*, souvent rencontré en clinique psychanalytique, est un fantasme conscient qui consiste à représenter un enfant battu par un adulte (en général un homme, ou un substitut paternel) : fantasme *auto-érotique* typique, il se développe en trois phases, dont l'une, la plus centrale et la « plus inconsciente », qui postule que le sujet est « battu par le père », doit être construite, ou reconstruite, par l'analyste, écrit S. Freud.

Ce fantasme – dont le scénario sado-masochiste présente des entrées multiples du fait qu'il combine conjointement, ou alternativement, activité/passivité, sadisme/masochisme, masculin/féminin, etc. – est un *fantasme œdipien* dont les expressions régressives cherchent à masquer la « liaison incestueuse au père », souligne S. Freud (1919b, p. 238) : « Chez la fille, le fantasme masochiste inconscient vient de la position œdipienne normale ; chez le garçon, il vient en position œdipienne inversée qui prend le père comme objet d'amour. »

Parmi les auteurs contemporains qui se sont intéressés à l'organisation, ainsi qu'à la structure des fantasmes, on doit relever la formulation théorique originale proposée par M. Perron-Borelli (1997), à savoir que tout fantasme est centré sur une *représentation d'action*, soit sous une forme active (par

ex., « séduire ») ou passive (par ex., « être séduit »), ce qui permet de définir le fantasme comme une *structure ternaire* impliquant *trois représentations* : celle d'un *agent* (un séducteur), d'une *action* (un acte sexuel, ou équivalent transposé, qui caractérise le désir érotique sous-jacent), d'un *objet de l'action* (celui, ou celle, à qui s'adressent le désir et l'acte sexuel).

L'auteur avance que cette structure ternaire est homologue à la structure grammaticale de base « sujet-verbe-complément d'objet », et propose d'envisager l'activité fantasmatique comme un système de transformation de cette structure de base, soit par rotation du sujet et de l'objet autour de la représentation d'action (basculement activité/passivité), soit encore par vicariance des objets, par substitution des sujets, par prise de position du sujet en tant qu'observateur de la scène, etc.

9 LES FANTASMES ORIGINAIRES

Avec les *fantasmes originaires*, qui intéressent à leur tour tout autant l'organisation que la structure du fantasme, S. Freud a cherché à rendre compte de la constance de certaines *catégories* de fantasmes, véritables *invariants psychiques*, qui s'observent dans le fonctionnement de chacun, quelles que soient la singularité et la diversité des histoires individuelles.

Formations fantasmatiques *organisatrices* communes à tous les êtres humains, les fantasmes originaires sont classiquement au nombre de trois : les *fantasmes* de *séduction*, de *castration* et de *scène primitive* (auxquels S. Freud a ajouté, par la suite, celui du *retour au sein maternel*).

Leur désignation, en tant qu'*originaires* par S. Freud, indique que cette catégorie de fantasmes ne concerne pas seulement la question posée par l'*origine* des fantasmes, mais que ces fantasmes sont aussi ceux qui sont à l'origine de tous les fantasmes secondaires qui en dérivent. Véritables *matri-ces symboliques*, ils permettent de *donner sens* aux nouvelles expériences du sujet confronté à la sexualité, comme ils intéressent au plus près l'organisation œdipienne du fait qu'ils sont associés, et diversement combinés, aux multiples réseaux fantasmatiques qui forment le complexe d'Œdipe.

Énoncée pour la première fois en 1915, dans un texte qui porte sur la paranoïa¹, S. Freud évoque, par la suite et à différentes reprises, la question de la

1. « L'observation du commerce amoureux des parents est une pièce rarement absente du trésor des fantaisies inconscientes que l'on peut retrouver par l'analyse chez tous les névrosés, vraisemblablement chez tous les enfants des hommes. Ces formations de la fantaisie, celle de l'observation du commerce sexuel parental, celle de la séduction, castration et d'autres, je les appelle fantasmes originaires. » (Freud, 1915a, p. 309-321.)

double origine de ces fantasmes, à savoir, d'une part, une origine *ontogénétique* (en référence aux conflits psychiques rencontrés dans l'enfance), comme, d'autre part, une origine *phylogénétique* (c'est-à-dire liée à l'inné et à la transmission d'un patrimoine de, et dans, l'espèce humaine). Cette question sera, notamment, longuement débattue dans le texte célèbre concernant l'analyse de *L'Homme aux loups* (Freud, 1914a [1918], p. 1-119).

Les fantasmes originaires sont des *organiseurs* du psychisme du fait qu'ils permettent un travail de *liaison* et de *symbolisation* des traumatismes fondamentaux (narcissiques et/ou sexuels) que tout être humain est conduit à rencontrer lors de son développement, tant libidinal que psychique :

- traumatisme lié à l'inévitable *séduction maternelle*, du fait que, comme S. Freud l'a souligné, c'est la mère, qui par les premiers soins donnés à l'enfant, est nécessairement la première séductrice ;
- traumatisme lié à la découverte de la différence des sexes à partir du *fantasme de castration*, qui fonde l'identité sexuelle ;
- traumatisme lié au fantasme de *scène primitive* qui, du fait qu'il renvoie le sujet à des fantasmes d'exclusion du couple parental, organise la triangulation et les capacités de symbolisation.

Comme le soulignent J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1964, p. 68), dans le fantasme de séduction, c'est l'origine de la sexualité qui se voit figurée ; dans le fantasme de castration, c'est celle de la différence des sexes ; dans le fantasme de scène primitive, c'est celle de l'individu.

Dans la trilogie des fantasmes originaires, il apparaît que la valeur du *fantasme de scène primitive* est d'autant plus centrale que sa structure inclut les deux autres fantasmes (*séduction* et *castration*). Classiquement considéré comme la représentation que le sujet se donne du coït des parents qui l'ont conçu, le fantasme de scène primitive potentialise, à lui tout seul, toutes les ramifications des conflits psychiques (narcissiques et objectaux), réactualisés par les vécus de frustration, d'exclusion, d'abandon, de deuil, etc.

Tout en traduisant directement le besoin de représentation et le désir de connaissance face aux énigmes de l'origine et de la sexualité parentale (les théories sexuelles infantiles), comme celles soulevées par les fantasmes qui tissent le « roman familial » (Freud, 1909a [1908], p. 157-160), le fantasme de *scène primitive* (ou scène originaire) conduit le sujet à se poser la question des (et de ses) origines, de l'identité ainsi que celle de la différence (différence des sexes et des générations), questions qui renvoient toutes au complexe d'Œdipe¹.

On doit noter enfin que du fait de sa structure, le fantasme de *scène primitive* permet au sujet l'élaboration de scénarios dans lesquels celui-ci se

1. Cf. la question que le Sphinx pose à Œdipe et des chiffres qui sont à la source de l'énigme (« Qui marche à quatre pattes le matin, à deux pattes à midi et à trois pattes le soir ? »).

retrouve, à partir de ses théories sexuelles infantiles, dans des identifications multiples et des positions psychiques qui peuvent alterner à l'infini, à savoir : fusion (confusion)/séparation (individuation), activité/passivité, sadisme/masochisme, exhibitionnisme/voyeurisme, masculin/féminin (ou les deux : bisexuel), phallique/châtré, enfant/adulte, etc.

10 LA CURE ANALYTIQUE

La persistance durant toute la vie des désirs sexuels infantiles, comme des conflits intra-psychiques qui leur sont inhérents, va de pair avec une organisation fantasmatique inconsciente qui se (re)présente comme une *dramatisation* des conflits infantiles, ceux-ci étant réactualisés par, et dans, la psychonévrose de-transfert.

Toujours en lien au développement du transfert, les fantasmes (fantaisies diurnes et fantasmes inconscients) qui se déploient pendant le travail analytique sont issus de différentes oppositions, sources de tensions intra-psychiques, qui s'établissent, notamment, entre les processus primaires et les processus secondaires, entre la libido narcissique et la libido objectale, entre les différentes instances de l'appareil psychique (ça, moi, surmoi) et la réalité, ainsi qu'à l'intérieur des différentes instances elles-mêmes. Quel que soit leur niveau d'organisation, les fantasmes inconscients (qui apparaissent dans le discours latent du patient) doivent toujours être envisagés comme des mécanismes de défense contre l'angoisse et la dépression.

Les fantasmes inconscients ne sont pas une donnée d'emblée, car ils s'organisent – au gré de la cure – à partir de la rencontre entre la réalisation hallucinatoire du désir et l'investissement ambivalent de l'objet. Cela entraîne le fait que les fantasmes inconscients, quelle que soit leur thématique, sont toujours, peu ou prou, organisés sur un thème œdipien et, de ce fait, comportent toujours une représentation de scène primitive (sujet – objet – objet de l'objet). Ils impliquent toutes les relations, tant passées qu'actuelles, du sujet en analyse avec ses principaux objets de désir et, donc, avec le nouvel objet que représente l'analyste, lequel se trouve à son tour impliqué dans la situation analytique, étant lui-même devenu par l'effet du transfert, de manière plus ou moins consciente, objet de désir.

Ainsi, la cure analytique, nourrie et tissée par les fantasmes transféro-contre-transférentiels des deux protagonistes de la situation (patient et analyste), suscite chez ceux-ci des motions pulsionnelles et des désirs qui donnent lieu à de nouvelles formations fantasmatiques, elles-mêmes susceptibles d'être refoulées. Dès lors, tout *processus de fantasmatisation* rend

compte de la conflictualité inhérente à l'action transférentielle, laquelle, du fait du transfert, vient réactualiser les conflits anciens.

Dans le cadre spécifique du *travail analytique*, et notamment grâce à l'*interprétation du transfert*, les fantasmes inconscients, mis en jeu par l'action processuelle et la dynamique transféro-contre-transférentielle, vont pouvoir être, peu à peu, mis au jour, et permettre que se crée une histoire (histoire du sujet, infiltrée de l'histoire propre à la cure) tissée de fantasmes, dont l'origine, pour certains, pourra être rattachée aux expériences les plus primordiales de l'enfance.

CONCLUSION

Au terme de ce parcours il est important de souligner, comme cela a déjà été évoqué plus haut, que l'*activité fantasmatique* est à l'origine de toute *création*, que celle-ci soit littéraire, artistique, ou même scientifique, créations dont elle est le principal ferment. S. Freud développe et illustre largement ce point de vue dans de nombreux écrits¹, tels, entre autres, *Le Délire et les rêves dans la « Gradiva » de W. Jensen* (Freud, 1907 [1906]), « Le créateur littéraire et la fantaisie » (1908a [1907], p. 29-46), « Le Moïse de Michel Ange » (1914b, P. 83-125), *Un souvenir d'enfance de « Poésie et vérités »* (Freud, 1917, p. 63-73), *L'Inquiétant* (Freud, 1919a, p. 147-188), *Une névrose diabolique au XVII^e siècle* (1923 [1922], p. 213-250), *Dostoïevski et la mise à mort du père* (1928 [1927], p. 205-226), etc.

Ces essais de psychanalyse appliquée, qui apportent chacun un éclairage supplémentaire sur le statut du fantasme, soulignent le fait que l'activité fantasmatique permet, tant chez l'enfant que, bien entendu, plus tard chez l'adulte, une *créativité* qui va du « jeu » à « l'activité intellectuelle », donnant ainsi au sujet la possibilité de transposer des éléments angoissants ou douloureux de la réalité dans un espace psychique, et un monde nouveau, qui se créent à sa convenance. Ces éléments, qui sont une source de souffrance, peuvent être ainsi transformés en une source de plaisir à laquelle la *temporalité* n'est pas étrangère, car, comme l'écrit S. Freud (1908a [1907], p. 39), « on peut dire qu'une fantaisie flotte en quelque sorte entre trois temps, les trois moments de notre faculté représentative. Le travail psychique se rattache à une impression actuelle, une occasion dans le présent qui a été dans la mesure de réveiller un des grands désirs de l'individu ; à partir de là, il se reporte sur le souvenir d'une expérience antérieure, la plupart du temps

1. En dehors de ceux évoqués jusqu'à présent dans ce texte.

infantile, au cours de laquelle ce désir était accompli ; et il crée maintenant une situation rapportée à l'avenir, qui se présente comme l'accomplissement de ce désir, précisément le rêve diurne ou la fantaisie, qui porte désormais les traces de son origine à partir de l'occasion et du souvenir. Passé, présent, avenir donc, comme enfilés sur les cordeaux du désir qui les traverse ».

LECTURES CONSEILLÉES

FREUD S. (1887-1904). *Lettres à Wilhelm Fliess (1887-1904)*, édition complète, Paris, PUF, 2006.

FREUD S. (1900). *L'Interprétation du rêve*, dans *Œuvres complètes*, IV, Paris, PUF, 2003.

FREUD S. (1905 [1906]). *Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses*, dans *O.C.*, VI, Paris, PUF, 2006.

FREUD S. (1907 [1906]). *Le Délire et les rêves dans la « Gradiva » de W. Jensen*, Paris, Gallimard, 1986.

FREUD S. (1908a [1907]). « Le créateur littéraire et la fantaisie », dans *L'Inquiétante Étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985.

FREUD S. (1908b). « Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité », dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

FREUD S. (1909a [1908]). « Le roman familial des névrosés », dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

FREUD S. (1909b). « Les théories sexuelles infantiles », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

FREUD S. (1909c). *Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans (le petit Hans)*, dans *O.C.*, IX, Paris, PUF, 1998.

FREUD S. (1910). *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, dans *O.C.*, X, Paris, PUF, 1993.

FREUD S. (1914a [1918]). *À partir de l'histoire d'une névrose infantile*, dans *O.C.*, XIII, Paris, PUF, 1994.

FREUD S. (1914b). « Le Moïse de Michel-Ange », dans *L'Inquiétante Étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985.

FREUD S. (1915a). *Communication d'un cas de paranoïa contredisant la théorie psychanalytique*, dans *O.C.*, XIII, Paris, PUF, 1994.

FREUD S. (1915b). *Pulsion et destin des pulsions*, dans *O.C.*, XIII, Paris, PUF, 1994.

FREUD S. (1915c). *Le refoulement*, dans *O.C.*, XIII, Paris, PUF, 1994.

FREUD S. (1917). *Un souvenir d'enfance de « Poésie et Vérité »*, dans *O.C.*, XV, Paris, PUF, 1996.

FREUD S. (1919a). *L'Inquiétant*, dans *O.C.*, XV, Paris, PUF, 1996.

- FREUD S. (1919b). « Un enfant est battu », dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
- FREUD S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, dans *O.C.*, XV, Paris, PUF, 1996.
- FREUD S. (1923 [1922]). *Une névrose diabolique au XVII^e siècle*, dans *O.C.*, XVI, Paris, PUF, 1991.
- FREUD S. (1928 [1927]). *Dostoïevski et la mise à mort du père*, dans *O.C.*, XVIII, Paris, PUF, 1994.
- FREUD S. (1950 [1895]). « Projet d'une psychologie », dans *Lettres à Wilhelm Fliess (1887-1904)*, Paris, PUF, 2006.
- FREUD S., BREUER J. (1895). *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.
- GREEN A. (1997). *Les Chaînes d'Éros. Actualité du sexuel*, Paris, éditions Odile Jacob.
- ISAACS S. (1952). « Nature et fonction du phantasme », dans *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966.
- KLEIN M. (1921-1945). *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967.
- LAGACHE D. (1964). « Fantasme, réalité, vérité », dans *Revue française de psychanalyse*, 28, n° 4.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1964). *Fantasme originaire, fantasme des origines, origine du fantasme*, Paris, Hachette, LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1985.
- PENOT B. (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*, dir. A. DE MIJOLLA, Paris, Calmann-Lévy.
- PERRON-BORELLI M. (1997). *Dynamique du fantasme*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- PERRON-BORELLI M. (2001). *Les Fantômes*, Paris, PUF, « Que sais-je ? ».

Chapitre 7

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

« Dès le tout début il faut bien que le moi cherche à remplir sa tâche, faire l'intermédiaire, au service du principe de plaisir, entre son ça et le monde extérieur, protéger le ça contre les dangers du monde extérieur. Si, au cours de cet effort, il apprend à se mettre en position défensive contre son propre ça également, et à en traiter les revendications pulsionnelles comme des dangers extérieurs, cela se produit, au moins en partie, parce qu'il comprend que la satisfaction pulsionnelle conduirait à des conflits avec le monde extérieur. Le moi s'habitue alors, sous l'influence de l'éducation, à déplacer le théâtre du combat de l'extérieur vers l'intérieur, à maîtriser le danger *intérieur*, avant qu'il ne soit devenu *extérieur*, et le plus souvent il a sans doute raison d'agir ainsi. Pendant ce combat sur deux fronts – plus tard un troisième front s'y ajoutera – le moi utilise différents procédés pour satisfaire à sa tâche, en termes généraux, éviter danger, angoisse, déplaisir. Nous appelons ces procédés “*mécanismes de défense*” » (Freud, 1937, p. 251).

INTRODUCTION : LES CONCEPTS DE DÉFENSE ET DE MÉCANISMES¹

Les notions de défense et de mécanismes de défense se sont imposées à Freud dès le début de ses travaux psychanalytiques. Ces concepts ont depuis largement été vulgarisés, voire réifiés, et recouvrent actuellement des phénomènes hétérogènes qui ont en commun l'aspect défensif par rapport au conflit psychique, lorsque la référence à la psychanalyse perdure. Si l'on reprend les définitions du *Vocabulaire de la psychanalyse* (Laplanche et

1. Par Aline Cohen de Lara et Jean-Yves Chagnon.

Pontalis, 1967), on se rend compte qu'elles contiennent dans leurs termes de nombreux questionnements théoriques toujours actuels. La défense serait un « ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Dans la mesure où le moi se constitue comme instance qui incarne cette constance et qui cherche à la maintenir, il peut être décrit comme l'enjeu et l'agent de ces opérations. (...) Le processus défensif se spécifie en mécanismes de défense plus ou moins intégrés au moi » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 108). Ainsi, la notion de défense est-elle plus large que celle de mécanisme. Les mécanismes défensifs étant définis ainsi : « différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalents sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif, etc. On s'accorde à dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le moi, la question théorique restant ouverte de savoir si leur mise en jeu présuppose toujours l'existence d'un moi organisé qui en soit le support » (Laplanche et Pontalis, p. 234). Freud a dans un premier temps dégagé certains mécanismes propres à l'hystérie et a tenté par la suite de spécifier certaines entités psychopathologiques en fonction des particularités défensives, ce que l'on retrouvera tout particulièrement dans la névrose obsessionnelle et la paranoïa.

Par ailleurs, tout en s'attachant à décrire les processus défensifs, il s'est aussi intéressé à distinguer la défense dite normale de la défense pathologique. La défense est pathologique lorsque aucun apprentissage défensif n'a été établi. Le moi, soumis à une trop forte excitation interne, risque d'être submergé et infiltré par les processus primaires. La défense normale, quant à elle, a lieu lors de la reviviscence d'une expérience pénible. Le moi n'est alors pas confronté pour la première fois à une expérience de déplaisir, il n'est pas submergé, l'intensité est ainsi moindre. C'est donc la massivité du mécanisme et non la fonctionnalité, le caractère uniforme de la défense, mais aussi l'absence de défense structurée, qui déterminent la dimension pathologique.

D'un point de vue historique, les termes de défense et de mécanisme sont présents tout au long de l'œuvre de Freud. Mais c'est surtout en 1926 qu'il juge nécessaire de restaurer le concept de défense dans *Inhibition, symptôme et angoisse* ; en particulier il y souligne « le lien intime entre des formes particulières de défense et des affections déterminées » (Freud, cité par Laplanche et Pontalis, 1967, p. 235). Il émet l'hypothèse que des méthodes de défense différentes sont utilisées en fonction des stades d'organisation de l'appareil psychique, et spécialement avant la différenciation des instances, la séparation entre le moi et le ça et avant la formation d'un surmoi, c'est-à-dire avant le déclin du complexe d'Œdipe. L'approche classique freudienne de la défense et de ses mécanismes se centre donc sur l'instance moïque, à travers l'expression « mécanismes de défense du moi » par exemple, et de ce

fait sur les motions pulsionnelles susceptibles d'entraîner du déplaisir et devant donc être combattues. La défense porte certes sur l'excitation interne, sur la pulsion, sur des représentations auxquelles elle est liée ainsi que sur les affects, mais aussi sur une situation capable de déclencher l'excitation. Si la défense peut être envisagée comme une lutte contre la satisfaction pulsionnelle, elle ne peut se réduire à cela, et d'autres enjeux que ceux de la pulsionalité suscitent la défense et ses mécanismes.

Le concept de défense va se trouver progressivement élargi au fil des travaux psychanalytiques et plus particulièrement ceux d'Anna Freud dans son ouvrage *Le Moi et les mécanismes de défense* paru en 1936. Elle va y décrire la variété et la complexité des mécanismes défensifs, sans en dresser une liste exhaustive ni systématique. Elle y montre à travers de multiples exemples cliniques comment la défense peut utiliser diverses activités pour atteindre son but de protection pas seulement contre les forces pulsionnelles mais aussi contre tout ce qui peut susciter le développement de l'angoisse. Par la suite, la métapsychologie kleinienne, qui fait remonter la formation des instances à des stades plus précoces du développement, a considérablement complété la description de l'arsenal défensif, en particulier par l'étude des défenses qualifiées de primaires, mécanismes primitifs, propres à la période précœdipienne, distincts des mécanismes dit névrotiques de la période œdipienne. Ainsi, les mécanismes de défense ne sont pas du seul registre du moi et, comme le proposent A. de Mijolla et S. de Mijolla Mellor : « un emploi généralisé de la notion de mécanismes de défense ne va pas sans poser de questions et l'on peut se demander (avec les auteurs du vocabulaire) si l'on utilise un concept véritablement opérationnel, d'autant que ces mécanismes peuvent aussi bien englober de bonnes voies d'atténuation, de dégagement, de régulation, que, dans leur massivité, leurs tendances, voire leurs finalités, se retourner contre le moi, le fragiliser, le rétrécir, l'appauvrir, le déchirer, devenir ainsi l'opposé, du moins à un certain niveau, de la défense, s'avérer "iatrogènes" pour le moi » (de Mijolla et de Mijolla Mellor, 1996, p. 199).

Il est clair que la défense engage d'autres paramètres que les mécanismes psychiques, mais nous n'envisagerons dans ce chapitre que les mécanismes mentaux de défense tels que différents travaux psychanalytiques les décrivent, mécanismes constitutifs de l'appareil psychique. Plusieurs mécanismes de défense peuvent être utilisés par un individu, mais la prédominance et l'efficacité de certains dans le fonctionnement psychique permettent de distinguer des profils différents.

1 LES MÉCANISMES DE DÉFENSE NÉVROTIQUES

Les mécanismes décrits dans cette partie sont généralement retrouvés dans le cadre des fonctionnements normaux, mais aussi névrotiques, limites et narcissiques, ainsi que dans certaines formes psychopathologiques psychotiques, dans lesquelles ils s'avèrent souvent inefficaces et sont ainsi relayés par des mécanismes primitifs. Nous l'avons évoqué, il serait vain de vouloir faire une liste exhaustive de tous les mécanismes de défense. Anna Freud dans son ouvrage en examine dix, dont certains seront repris ici de façon plus ou moins développée, ainsi en est-il du refoulement qui occupe une place particulière dans la théorie psychanalytique.

1.1 Le refoulement

Le concept de refoulement est un des pivots de la théorie psychanalytique, et la théorie du refoulement a été considérée par Freud comme la pierre d'angle de l'édifice psychanalytique. Il a évolué tout au long de son œuvre et est considéré comme « un processus psychique universel en tant qu'il serait à l'origine de la constitution de l'Inconscient comme domaine séparé du reste du psychisme » (Laplanche et Pontalis 1967, p. 396). Deux sens sont généralement distingués.

Dans un sens large, le concept de refoulement se rapproche de celui de défense. Dans cette acception plus générale, on pourrait considérer que le refoulement constitue un moment nécessaire à toutes les opérations défensives, une opération grâce à laquelle une représentation devient ou demeure inaccessible à la conscience. En effet, le modèle théorique du refoulement sera utilisé par Freud comme prototype d'autres opérations défensives. On retrouve alors le refoulement à l'œuvre dans d'autres mécanismes, par exemple l'isolation ou la formation réactionnelle. Le refoulement originaire, hypothèse freudienne présente tout au long de son œuvre, serait un processus correspondant au premier temps de l'opération du refoulement. Ce temps premier « a pour effet la formation d'un certain nombre de représentations inconscientes ou "refoulé originaire". Les noyaux inconscients ainsi constitués collaborent ensuite au refoulement proprement dit par l'attraction qu'ils exercent sur les contenus à refouler » (Laplanche et Pontalis 1967, p. 396). Il s'agirait ici de fragments de représentations, liés à des expériences précoces, qui ne seraient pas pris en charge par le conscient. Le lien peut être fait avec la notion de fixation, fixation de la pulsion à une représentation qui s'inscrit dans l'inconscient. Cette hypothèse freudienne a donné lieu à de nombreuses

discussions théoriques, en particulier sur l'existence d'un mécanisme original de défense.

Dans un sens propre, le refoulement est un mécanisme de défense particulier, une « opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 392). Le refoulement correspond au fait d'écarter et de maintenir hors de la conscience une représentation ; c'est un des destins de la pulsion, de son représentant. L'instance refoulante est la partie inconsciente du moi qui obéit aux ordres du surmoi, de l'idéal du moi et même du moi idéal. Le mécanisme du refoulement est dit alors secondaire. D'un point de vue clinique, un sujet ne se souvient pas, ne se souvient plus, de certaines représentations, souvenirs, il les a oubliés. Il s'agit souvent d'oublis sélectifs, de faux oublis, une apparence d'oublis que le traitement va chercher à retrouver, on parlera dès lors de levée du refoulement et de retour du refoulé. Freud dans son *Introduction à la psychanalyse* (1916) considère la levée du refoulement comme la raison d'être de la psychanalyse, qui aurait comme but de rendre conscient l'inconscient, en supprimant les refoulements ou en comblant les lacunes amnésiques. Actuellement, le processus analytique ne vise pas tant la recherche du passé et son interprétation, comme le proposait Freud dans un premier temps, que de favoriser la levée du refoulement, à travers l'analyse du transfert, des résistances et des défenses qui en sont à l'origine (Le Guen, 1992).

Le refoulement a été mis en évidence et constitue le mécanisme de défense privilégié, mais non spécifique, chez les hystériques. Freud avait constaté qu'il existait une sorte d'équivalence entre certains symptômes de conversion et des souvenirs, jusqu'alors oubliés, refoulés. Le refoulement est aussi à l'œuvre en dehors du symptôme conversif, dans des tableaux névrotiques hystériques et hystéro-phobiques sous forme par exemple de fatigue, certaines inhibitions intellectuelles, derrière lesquels l'évitement protège le sujet des représentations refoulées. Cependant, on l'a vu, le refoulement déborde le cadre d'une affection psychopathologique spécifique, il est présent dans différents tableaux cliniques, essentiellement névrotiques, ainsi que comme constituant du fonctionnement psychique normal. Le défaut de refoulement devient un des signes de psychopathologies autres que les névroses, ou psychonévroses de défense classiques, puisque dans ces formes, d'autres défenses plus massives sont mises en jeu, ce qui sera développé plus avant à propos des défenses primitives.

Freud décrit à côté du refoulement, dont ils seraient des succédanés, deux mécanismes de défense, caractéristiques de la névrose obsessionnelle mais présents dans diverses formes psychopathologiques ou non, l'annulation rétroactive et l'isolation.

1.2 L'annulation rétroactive

L'annulation rétroactive est un mécanisme psychologique « par lequel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus ; il utilise pour cela une pensée ou un comportement ayant une signification opposée. Il s'agit là d'une compulsion d'allure magique » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 29). Freud décrit l'annulation rétroactive dans « L'homme aux rats » (1909) lorsqu'il analyse les actes compulsionnels de son patient, actes en deux temps dont le premier est annulé par le second. Ces actes représentent le conflit de deux mouvements opposés et d'intensité presque égale qui correspondent à l'opposition amour-haine. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, le même mécanisme est dégagé à propos de la formation des symptômes dans la névrose obsessionnelle, mais sous un autre terme, traduit littéralement actuellement par « le rendre non advenu ». « Dans la névrose de contrainte, on rencontre le rendre non advenu d'abord dans les symptômes en deux temps, où le second acte supprime le premier, comme si rien n'était advenu, là où en réalité les deux sont advenus » (Freud, 1926, p. 35). Cette technique est très ancienne et, selon Freud, elle serait issue de l'attitude animiste à l'égard du monde environnant. « Elle est pour ainsi dire magie négative, elle veut, par une symbolique motrice, "enlever en soufflant dessus" non pas les conséquences d'un événement (d'une impression, d'une expérience vécue), mais cet événement lui-même » (*ibid.*, p. 34). En choisissant l'expression « enlever en soufflant dessus », Freud renvoie ainsi au rôle que joue l'annulation rétroactive aussi bien dans la névrose que dans les pratiques d'enchantement, les coutumes populaires et dans le cérémonial religieux. Véritable procédé magique, ce mécanisme est parfaitement illustré dans les rituels conjuratoires et les conduites compulsives, comme la compulsion au lavage constamment réitérée afin d'annuler l'acte sale antérieur, réel ou imaginé.

Ainsi l'annulation rétroactive a-t-elle un grand champ d'application et la « tendance au rendre non advenu trouve une transition par dégradé vers le normal dans la décision de traiter un événement comme non arrivé » (*ibid.*, p. 35). On peut alors s'interroger sur le rattachement possible de ce mécanisme à un comportement normal fréquent comme la réparation, la rétractation, la réhabilitation, etc. Mais Freud précise bien que, dans le cadre de la névrose, l'annulation rétroactive vise la réalité même de l'acte, en niant l'irréversibilité du temps, et non pas les conséquences de l'acte. L'obsessionnel cherche l'annulation pure et simple de l'événement passé et ne se contente pas d'un travail de désinvestissement ou de contre-investissement.

1.3 L'isolation

C'est dans *Inhibition, symptôme et angoisse* que Freud décrit pour la première fois l'isolation comme une technique typique de la névrose

obsessionnelle. Elle « consiste en ceci qu'après un événement désagréable, de même qu'après une activité personnelle significative au sens de la névrose, est intercalée une pause dans laquelle plus rien ne doit se produire, aucune perception n'est effectuée et aucune action exécutée » (*ibid.*, p. 36). L'isolation est un mécanisme de défense qui permet d'isoler une pensée ou un comportement afin que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet soient rompues. « Parmi les procédés d'isolation, citons les pauses dans le cours de la pensée, des formules, des rituels, et d'une façon générale, toutes les mesures permettant d'établir un hiatus dans la succession temporelle des pensées ou des actes » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 215).

Dans la névrose obsessionnelle, à la différence de l'hystérie, l'expérience vécue n'est pas oubliée, « mais dépouillée de son affect et ses relations associatives se trouvent réprimées ou interrompues, si bien qu'elle reste là, comme isolée, et qu'elle n'est pas non plus reproduite dans le cours de l'activité de pensée » (Freud, 1926, p. 36). Freud fait ici le parallèle entre l'isolation et le refoulement chez l'hystérique, ce qui conduit à ne pas réduire l'isolation à un type de symptôme particulier. Freud avait précédemment introduit cette notion d'isolation dans son texte sur les *Névropsychoses de défense* (1894), la défense étant, pour les entités cliniques regroupées sous ce terme, conçue comme une isolation, une séparation entre la représentation insupportable et son affect.

Comme pour l'annulation rétroactive, Freud rapproche l'isolation d'un processus normal, celui de la concentration, qui fournirait un prétexte à ce mécanisme de la névrose. « Déjà dans le normal la concentration est utilisée pour tenir à distance non seulement ce qui est indifférent, ce qui ne relève pas de cela, mais avant tout ce qui, étant opposé, ne convient pas » (*ibid.*, p. 36). L'une des tâches du moi est, en effet, d'isoler afin d'orienter le cours de la pensée, mais ce procédé est considérablement amplifié chez les névrosés obsessionnels. C'est à ce travail que le moi doit renoncer temporairement dans la technique analytique afin de laisser libre cours aux associations. D'ailleurs, dès cette époque, Freud notait la grande difficulté pour les patients obsessionnels à suivre la règle fondamentale, du fait notamment de l'importance des mécanismes d'isolation puisque « ce qui est ainsi maintenu séparé, c'est justement ce qui forme un ensemble de façon associative » (*ibid.*, p. 36). L'isolation constitue en effet l'une des résistances majeures de la cure puisque les fantasmes, les souvenirs traumatiques peuvent y être évoqués, parfois même crûment, mais sans aucun lien avec d'autres associations et déconnectés de leurs affects. Le vide émotionnel représente un obstacle au traitement et l'un des aspects frappants des patients obsessionnels est la stérilisation des affects. La mise à distance de l'affectivité par l'isolation entraîne une certaine froideur dans les gestes ainsi que l'absence manifeste d'émotivité.

In fine, Freud ramène l'isolation à un mode archaïque de défense contre la pulsion, le tabou du toucher. « En cherchant à empêcher les associations, une mise en liaison des pensées, [le moi] suit un des commandements les plus anciens et les plus fondamentaux de la névrose de contrainte, le tabou du toucher. (...) Le toucher, le contact corporel, est le but premier de l'investissement d'objet, aussi bien agressif que tendre » (*ibid.*, p. 37). C'est ainsi qu'on peut expliquer pourquoi l'évitement du contact, de la contamination par exemple, joue un rôle si important dans la névrose obsessionnelle. Selon Freud, la névrose obsessionnelle avait pour objectif initial le toucher érotique, puis, après la régression au stade sadique-anal, le toucher est masqué en agression. Pour cette affection, « rien d'autre n'a été prohibé à un si haut degré, rien n'est aussi propre à devenir le point central d'un système d'interdiction » (*ibid.*, p. 37). L'isolation équivaut à supprimer la possibilité de contact, elle permet de soustraire une chose à toute espèce de toucher. Quand le névrosé isole « une impression ou une activité par une pause, il nous donne symboliquement à comprendre qu'il ne veut pas laisser les pensées qui s'y rapportent se toucher associativement avec d'autres » (*ibid.*, p. 37).

2 LES FORMATIONS RÉACTIONNELLES

La formation réactionnelle, mise en évidence par Freud dès ses premiers articles sur la névrose obsessionnelle, est un mécanisme psychique particulier, une « attitude ou *habitus* psychologique de sens opposé à un désir refoulé, et constituée en réaction contre celui-ci » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 169), d'où le terme de « réactionnel » qui souligne l'opposition directe avec la réalisation du désir. Il s'agit d'une lutte contre la représentation douloureuse qui est remplacée par un symptôme primaire de défense, ou contre-symptôme, consistant en des traits de personnalité, scrupulosité, pudeur, défiance de soi. Ces traits sont en contradiction avec l'activité sexuelle infantile pratiquée dans le passé par le sujet. D'un point de vue économique, la formation réactionnelle est un contre-investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient. En excluant de la conscience la représentation sexuelle et la sensation de reproche qui lui est liée, et en leur substituant une vertu morale excessive, la formation réactionnelle constitue une défense réussie. Freud montre bien dans *Les Trois Essais sur la théorie sexuelle* (1905) que les formations réactionnelles ont un caractère normal dans le développement d'un sujet. Durant la période de latence, elles participent à l'édification du caractère et des vertus humaines. Qualifiées par Freud de contre-forces aux excitations sexuelles, elles deviennent des digues psychiques de type dégoût, pudeur, moralité, susceptibles de

réprimer le déplaisir lié à l'activité sexuelle. Une place importante leur est accordée dans la genèse du surmoi.

Selon les tableaux cliniques, les formations réactionnelles peuvent être soit très localisées et se manifester dans un comportement spécifique, soit être généralisées comme dans la névrose obsessionnelle où elles prennent la forme de traits de caractère, d'altération du moi, constituant des moyens de défense à côté de la régression et du refoulement (Freud, 1926). D'un point de vue clinique et particulièrement dans la névrose obsessionnelle, les formations réactionnelles prennent leur valeur symptomatique du fait de leur force, de leur rigidité et de leur aspect compulsif. Cela peut aboutir parfois à un résultat opposé à celui consciemment désiré, la formation réactionnelle devenant alors le lieu du retour du refoulé. Si théoriquement, dans la formation réactionnelle, seule l'opposition à la pulsion doit apparaître, on peut y repérer en fait l'action contre laquelle se défend le sujet, par exemple l'extrême méticulosité de la ménagère qui la conduit à focaliser constamment son intérêt sur la poussière alors même qu'elle cherche à affirmer son dégoût pour la saleté.

Les formations réactionnelles font donc partie, à côté de la sublimation, des mécanismes les plus souvent invoqués pour rendre compte de la formation du caractère. Pour certains auteurs comme O. Fenichel, il n'est pas évident que les formations réactionnelles représentent un mécanisme de défense séparé et indépendant, bien qu'il inclue leur étude dans son chapitre sur les mécanismes de défense. « Elles semblent plutôt être une conséquence et une réassurance d'un refoulement déjà établi. (...) Les formations réactionnelles évitent les refoulements secondaires en réalisant « une fois pour toutes » une modification définitive de la personnalité. Le sujet qui a élaboré des formations réactionnelles ne développe pas certains mécanismes de défense à employer quand un danger instinctuel menace ; il a changé la structure de sa personnalité comme si ce danger était toujours présent, pour être prêt quel que soit le moment où ce danger se présente » (Fenichel, 1945, p. 187). Cela correspond aux modifications du moi résultant des modalités spécifiques du conflit entre instances. Dans la névrose obsessionnelle, le moi lutte contre le refoulé, car le ça, qui exige satisfaction d'une façon de plus en plus impérieuse, cherche à la fois à obtenir l'objet du désir et à le détruire. Il est aussi en conflit avec un surmoi cruel et intolérant qui se comporte comme si le refoulement n'avait pas eu lieu. Sur l'ordre du surmoi, gagné par la régression sadique qui affecte la libido, le moi se modifie par formation réactionnelle. Lorsque les formations réactionnelles prédominent dans le caractère, celui-ci peut apparaître comme étant lui-même défensif, destiné à protéger le sujet de la menace pulsionnelle et de l'apparition de symptômes. On parle alors de défense caractérielle, distincte du symptôme, dans la mesure où elle est relativement intégrée au moi (Cohen de Lara, 2000, p. 37-38). Progressivement, Freud décrira la formation réactionnelle comme un

contre-investissement destiné à protéger le moi, devenant une disposition générale de cette instance, pas uniquement chez l'obsessionnel.

3 RENVERSEMENT DANS LE CONTRAIRE ET RETOURNEMENT SUR SOI

À côté du refoulement et de la sublimation, Freud introduit dans « Pulsions et destins des pulsions » en 1915 ces deux processus comme destins pulsionnels, l'un concernant le but l'autre l'objet de la pulsion. Dans le renversement dans le contraire « le but d'une pulsion se transforme en son contraire, dans le passage de l'activité à la passivité » et dans le retournement sur la personne propre, « la pulsion remplace un objet indépendant par la personne propre » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 409 et 425). Ces deux processus sont très fortement intriqués. Ils peuvent agir en sens inverse, du passif vers l'actif, ce que l'on peut voir à l'œuvre chez la fille dans l'identification à l'agresseur, et le retournement à partir de soi peut s'opérer sur autrui. Freud en donne un exemple à travers le retournement du sadisme dans le masochisme, qui nécessite un passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles.

4 IDENTIFICATION À L'AGRESSEUR

Anna Freud s'interroge sur le caractère primaire de ces mécanismes de défense, ce qui serait le cas de l'identification à l'agresseur, mécanisme décrit par l'auteur en 1936 et fréquemment retrouvé chez l'enfant, sans qu'il ait pour autant un caractère pathologique. Sans qu'il soit directement mentionné par Freud, celui-ci le décrit pourtant dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920) concernant certains jeux d'enfants. Dans l'identification à l'agresseur, « le sujet, confronté à un danger extérieur (représenté typiquement par une critique émanant de l'autorité), s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 190). Ce mécanisme serait un des premiers à agir dans la constitution du stade préliminaire du surmoi selon Anna Freud, alors que D. Lagache (1962) le place à l'origine de la formation du moi idéal. L'identification à l'agresseur tout comme l'identification projective, que nous aborderons plus avant,

peuvent être considérés comme des mécanismes de défense, bien qu'ils puissent aussi être pensés comme recouvrant des aspects d'un processus psychique plus vaste, l'identification, ce que nous allons brièvement évoquer maintenant.

5 LA RÉGRESSION, LA SUBLIMATION, L'IDENTIFICATION

Dans le chapitre consacré aux mécanismes de défense, A. de Mijolla et S. de Mijolla Mellor s'interrogent sur ces procédés en tant que modes de défense, au seul service du moi afin de lutter uniquement contre les exigences pulsionnelles. Ne devrait-on pas plutôt les considérer comme des procédés permettant la diminution de la conflictualité interne ? En effet, ces procédés ont un sens plus large que celui de mécanismes de défense car ils sont inhérents à l'activité psychique, comme pour le refoulement au sens large certes. Mais, s'ils sont bien au service du moi, ils le débordent souvent, l'aidant à éviter le refoulement. Nous ne développerons donc pas plus avant ces processus psychiques et renvoyons les lecteurs à leurs définitions dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* (Laplanche et Pontalis, 1967) ou dans d'autres chapitres de cet ouvrage.

6 LES MÉCANISMES DE DÉFENSE PRIMITIFS

Nous avons vu que S. Freud n'élabora pas de vue d'ensemble des mécanismes de défense, laissant ce soin à sa fille Anna (1936) : il ne différencia donc pas les mécanismes de défense dits névrotiques des mécanismes de défense dits primitifs ou psychotiques. On doit cette distinction à M. Klein et ses élèves, cette dénomination étant restée en usage de nos jours chez les cliniciens malgré son caractère relativement sommaire et peu conforme aux complexités introduites par Freud. « Les mécanismes de défense primitifs (ou psychotiques) sont utilisés contre les angoisses qui dérivent de l'instinct de mort ; il y a lieu de les différencier des mécanismes de défense névrotiques contre la libido, et notamment du refoulement. Ils déterminent le caractère psychotique des positions (dépressive et schizo-paranoïde) et comprennent : le déni, le clivage, les formes excessives de projection et d'introjection, les identifications qui leur sont apparentées, et l'idéalisation. La plupart de ces mécanismes ont été décrits par des psychanalystes

classiques, mais Melanie Klein leur a donné une importance particulière, car ils caractérisent les phases les plus précoces du développement » (Hinshelwood, 2000, p. 135). Ces mécanismes de défense primitifs auxquels il faut ajouter les défenses maniaques s'adressent donc (pour les auteurs kleinien) à des angoisses psychotiques (dépressive et persécutive) et ils s'avèrent violents et omnipotents d'où leur caractère « primaire » au double sens de brutal et, dans cette conception développementale, primitifs, premiers, par opposition aux mécanismes secondaires comme le refoulement. Ils portent également davantage sur des « parties » du psychisme que sur des représentations, des contenus de celui-ci, contribuant ainsi à appauvrir le moi. Nous verrons qu'aujourd'hui, en particulier à la suite des travaux d'A. Green (1990) on différencie plus volontiers les mécanismes primitifs ou archaïques des mécanismes psychotiques. Auparavant et avant de faire droit aux conceptions post-freudiennes nous reprendrons sommairement leur étude historique chez Freud en nous centrant sur le « déni-clivage » autour duquel « tournent » les autres processus défensifs.

6.1 Le déni de réalité, le clivage du moi et la projection chez Freud

6.1.1 *Déni et clivage du moi*

Nous choisissons de traiter dans le même paragraphe du déni et du clivage du moi car historiquement il s'agit de deux concepts totalement intriqués et indissociables, l'un (le clivage du moi) étant chez Freud la conséquence passive de l'autre (le déni de réalité), conception qui diffère chez d'autres auteurs, en particulier chez M. Klein et ses successeurs.

Déni (de la réalité) : « Terme employé par Freud dans un sens spécifique : mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 115).

Clivage du moi : « Terme employé par Freud pour désigner un phénomène bien particulier qu'il voit à l'œuvre surtout dans le fétichisme et les psychoses : la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production de désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 67).

Les auteurs du *Vocabulaire de la psychanalyse* ont choisi de traduire le terme allemand *Verleugnung* par déni alors qu'ils ont choisi la (dé)négation

pour traduire le terme *Verneinung* : ces deux termes prennent en effet des significations différentes dans l'œuvre freudienne, même s'ils renvoient tous les deux à l'idée générale de négation. Le déni (*Verleugnung*) porte plus sur la négation d'un acte que sur une négation logique, et peut donc être traduit par « déni de justice » ou « reniement », il y a ici une nuance d'action, d'intention, un refus actif de percevoir ; alors que la dénégation est « un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 112) : elle porte donc sur une représentation et non une perception. Par le déni, le sujet ne veut pas voir ou reconnaître une réalité externe source d'angoisse. Notons que Freud emploie également dans ses écrits, en particulier dans « L'homme aux loups » (1918), le terme de *Verwerfung* traduit par rejet.

Freud décrit puis conceptualise le déni de réalité dans trois cas : chez l'enfant, chez le psychotique, puis chez le fétichiste, et donc le pervers. Du point de vue historique Freud évoque assez tôt (« Les théories sexuelles infantiles », 1908) le refus par le petit garçon de reconnaître l'absence de pénis chez la fille, refus motivé par la surestimation narcissique du pénis et le caractère impensable du fait qu'un semblable à soi et digne d'estime (la mère) en soit dépourvu. Toutefois Freud ne désigne pas encore ce refus par un terme spécifique qui n'apparaît qu'en 1923-1925. Du point de vue du développement, c'est la théorie sexuelle infantile de la castration lors de la phase génitale-phallique qui viendra mettre un terme au déni « normal » du jeune enfant (« L'organisation génitale infantile », 1923). Dans « Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes » (1925) Freud apporte des précisions essentielles : « ... quand le petit garçon aperçoit de prime abord la région génitale de la petite fille, il se conduit de manière irrésolue, peu intéressée avant tout ; il ne voit rien ou bien par un déni il atténue sa perception, cherche des informations qui permettent de l'accorder à ce qu'il espère. Ce n'est que plus tard, lorsque une menace de castration a pris de l'influence sur lui, que cette observation devient pour lui pleine de signification : s'il se la remémore ou s'il la répète, il est la proie d'une terrible tempête émotionnelle et se met à croire à la réalité d'une menace dont il se riait jusqu'alors » (1925, p. 127). Et plus loin, à propos de la fillette cette fois : « ou bien c'est le processus que j'aimerais décrire comme déni (*Verleugnung*) qui entre en scène ; il ne paraît ni rare ni très dangereux pour la vie mentale de l'enfant, mais chez les adultes, il introduirait une psychose » (*ibid.*, p. 127).

Ceci introduit à la deuxième série de travaux relatifs à la psychose datant de 1924 (a et b) et réunis dans *Névrose, psychose et perversion* même si le mécanisme de rejet (*Verwerfung* : traduit par forclusion chez Lacan) d'un élément de réalité a été évoqué dès « L'homme aux loups » (1918) pour désigner le rejet de l'absence de pénis chez la femme, absence impensable, engendrant le retour hallucinatoire d'un doigt coupé. Dans la psychose, le

moi psychotique, entré en conflit avec le monde extérieur, opère un déni de réalité perceptive et remplace celle-ci par une (néo)réalité hallucinatoire ou délirante plus avantageuse pour le ça alors que le névrosé refoule certaines représentations pulsionnelles pour résoudre son conflit avec le ça. Notons que s'interrogeant sur les raisons qui font que le moi succombe (ou non) à ses inévitables conflits avec les autres instances ou avec la réalité externe, Freud évoque le rôle de l'économie (de la force des différentes tendances opposées) et anticipe la future notion de clivage : « il sera possible au moi d'éviter la rupture de tel ou tel côté en se déformant lui-même, en acceptant de faire amende de son unité, éventuellement même en se crevassant ou en se morcelant. De la sorte on mettrait les inconséquences, les extravagances et les folies des hommes sous le même jour que leurs perversions sexuelles, dont l'adoption leur épargne bien des refoulements » (Freud, 1924a, p. 286).

Ensuite, de l'article sur « Le fétichisme » (1927) jusqu'à l'*Abrégé de psychanalyse* (1938b), Freud élargit la clinique du déni (corrélée à celle du clivage) à la perversion, puis (contre toute attente) à la névrose et la « quasi-normalité », ce qui va lui permettre de revenir par ce biais sur la question de la psychose. Dans « Le fétichisme » Freud « élabore la notion de déni, défense qui consiste à refuser la perception d'une réalité intolérable, et il relie cette défense au clivage du moi qui en est la conséquence » (Quinodoz, 2004, p. 277). Freud montre tout d'abord que le fétiche est le substitut du pénis de la femme (la mère) auquel le petit garçon a cru et auquel il ne veut pas renoncer : l'enfant, futur fétichiste, dénie la « castration » féminine (ce que G. Bayle rend par « je ne veux pas le savoir » (1996) et la remplace par un substitut phallique, composé à partir des dernières impressions visuelles (chaussure, pied, lingerie, etc.) laissées avant la perception traumatique de l'organe génital féminin. Mais l'évocation d'un autre cas de déni, celui de la mort du père chez deux hommes (dont l'un pourrait être « L'homme aux rats »), va permettre une avancée décisive quant à la conceptualisation du déni et de sa conséquence topique, à savoir le clivage du moi : en effet, Freud constate que « les deux jeunes gens avaient "scotomisé" la mort de leur père tout comme les fétichistes la castration de la femme. Il n'y avait qu'un courant de leur vie psychique qui ne reconnaissait pas cette mort ; un autre courant en tenait parfaitement compte ; les deux positions, celle fondée sur le désir et celle fondée sur la réalité, coexistaient » (Freud, 1927, p. 137), ce qui définit précisément le clivage du moi (à différencier du clivage de la conscience tel qu'il apparaît au début de l'œuvre freudienne dans les premiers travaux sur l'hystérie). Freud se saisit alors de cette découverte de la coexistence non conflictuelle de deux courants de pensée pour l'appliquer au fétichisme. En effet dans ce cas même il est régulier de constater déni et affirmation de la « castration » féminine (ce qu'O. Manonni (1969) traduira par « je sais bien mais quand même »), double courant qui va se retrouver dans la construction même du fétiche qui affirme et nie dans le même mouvement l'absence de pénis chez la femme (par exemple chez le coupeur

de nattes). Le fétiche tient donc une double fonction contradictoire, celle de maintenir la croyance que la femme a un pénis et parallèlement de se protéger contre la perception traumatique de la réalité de son absence : « il [le fétiche] demeure le signe d'un triomphe sur la menace de castration et une protection contre cette menace » (*ibid.*, p. 135).

Ce n'est qu'avec « Le clivage du moi dans le processus de défense » (1938a) que Freud théoriserait le clivage du moi toujours à partir du fétichisme (la perversion). Le moi d'un sujet confronté à deux exigences contradictoires peut réagir à cette contradiction par deux attitudes opposées : l'une qui refuse la réalité et ne se laisse rien interdire de ses pulsions et l'autre qui reconnaît le danger provenant de la réalité et en assume l'angoisse sous forme de symptôme. Mais cette solution habile a son prix : « le succès a été atteint au prix d'une déchirure dans le moi, déchirure qui ne guérira jamais plus, mais grandira avec le temps. Les deux réactions au conflit, réactions opposées, se maintiennent comme noyau d'un clivage du moi » (Freud, 1938a, p. 284), clivage qui vient perturber la fonction synthétique du moi. Le détournement « rusé » (*ibid.*, p. 286) de la réalité par le pervers que Freud réservait volontiers auparavant à la psychose en diffère toutefois par le fait que dans le fétichisme, le sujet n'hallucine pas une néo-réalité (un pénis là où il n'y en a pas) mais « procède à un déplacement de valeur et transfère la signification de pénis à une autre partie du corps » (*ibid.*, p. 286¹).

Le rapprochement entre psychose et perversion va alors avoir des conséquences majeures sur la conception du clivage et du fonctionnement psychique en général, conséquences ébauchées en 1937 dans « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin ». En effet, s'interrogeant sur les résistances du moi à l'analyse, Freud en vient à tenir ces propos fondamentaux : « Mais un tel moi-normal [avec lequel l'analyste cherche une alliance] est, comme la normalité en général, une fiction idéale (...). Toute personne normale n'est en fait que moyennement normale, son moi se rapproche de celui du psychotique dans telle ou telle partie, dans une plus ou moins grande mesure... » (Freud, 1937, p. 250). Dans l'*Abrégé de psychanalyse* (1938b), Freud précise que dans la psychose, le moi ne se détache jamais totalement de la réalité : « nous pouvons probablement admettre que ce qui se passe dans tous les états semblables consiste en un clivage psychique. Au lieu d'une unique attitude psychique, il y en a deux ; l'une, la normale, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière. Les deux attitudes coexistent, mais l'issue dépend de leurs puissances relatives. Les conditions nécessaires à l'apparition d'une psychose sont présentes quand l'attitude anormale prévaut » (Freud, 1938b, p. 78). Mais Freud va encore plus loin et réduit l'écart entre psychose et normalité en

1. De ce point de vue, le fétiche (l'aménagement pervers) protège de la solution psychotique (désinvestissement de la réalité plus solution délirante).

affirmant qu'il existe un clivage du moi, non seulement dans la perversion (le fétichisme) mais également dans les névroses : « nous disons que dans toute psychose existe un clivage du moi et si nous tenons tant à ce postulat, c'est qu'il se trouve confirmé dans d'autres états plus proches des névroses et finalement dans ces dernières aussi » (*ibid.*, p. 78). Freud conclut par le fait que tout enfant refoule et dénie, la normalité ou la pathologie étant la résultante d'un équilibre des forces entre deux attitudes, l'une acceptant la réalité, l'autre la déniait : « le rejet est toujours doublé d'une acceptation ; deux attitudes opposées, indépendantes l'une de l'autre, s'instaurent, ce qui aboutit à un clivage du moi. Ici encore l'issue doit dépendre de celle des deux qui disposera de la plus grande intensité » (*ibid.*, p. 80).

Que retenir de cette étude historique des concepts de déni et de clivage chez Freud ? Il a souvent été discuté de l'ambiguïté de l'emploi du terme « réalité de la castration féminine¹ » et il est vrai que parfois la théorie sexuelle infantile du petit garçon Freud semble infiltrer sa théorisation de la sexualité féminine, mais cette ambiguïté est levée partiellement par une lecture attentive des textes : c'est moins la « réalité de la castration » et donc l'absence de pénis chez la femme qui est déniée que sa signification de castration dans le psychisme du sujet, soit la menace de castration par le père en cas d'obstination masturbatoire œdipienne, le complexe de castration du garçon résultant d'une condensation opérant entre deux temps, celui de la menace puis celui de la perception de la différence des sexes. Le sujet qui lors de l'œdipe dénie la signification de castration à l'absence de pénis chez la femme dénie la menace de castration et contourne donc de façon « rusée » le complexe de castration, ne renonçant pas à ses investissements œdipiens incestueux, puisque dans ce secteur dénié-clivé, son pénis n'est pas menacé.

Ainsi, et nous rejoignons la complexité des phénomènes mentaux, le déni de réalité externe (le déni d'absence : du pénis ou du disparu) a une incidence sur la réalité interne, celle de la signification symbolique du manque : le déni et le clivage qui en est la conséquence passive privent le sujet d'une portion de réalité à élaborer dans le psychisme, d'où leur caractère fondamentalement anti-conflictuel et anti-symbolisant, donc anti-pensée. « Le déni (d'absence) constitue donc une entrave foncière au processus même de constitution de la réalité psychique, à l'inverse de la négation qui opère comme temps premier de la reconnaissance mentale (préconsciente) de quelque chose (...). À l'inverse de la négation, le déni constitue un expédient narcissique par lequel quelqu'un prétendrait faire l'économie de la prise en compte des manques et manquements de ses figures parentales de référence (castration de la mère, mort du père). On constate pourtant dans la pratique qu'un déni persistant ne permet guère au sujet de surmonter la charge traumatique des représentations en cause ; le potentiel de virulence latente de

1. Raison pour laquelle nous écrivons « castration féminine » entre guillemets.

celles-ci semble bien plutôt pérennisé par l'invalidation des liaisons symboliques possibles. En outre, ce que le déni-clivage peut épargner de souffrance à la conscience du sujet se révèle généralement payé en proportion par son entourage » (Penot, 2005, p. 444), ce qui ouvre à la clinique de l'identification projective et de l'intersubjectivité. Si comme Freud l'y invite dans ses deniers travaux, le déni-clivage concerne tout un chacun (dans des proportions variables¹) et si le même déni-clivage est fondamentalement une opération anti-pensée, alors l'évaluation de type psychanalytique consiste moins à évaluer la présence du processus de déni dans le fonctionnement psychique qu'à évaluer la place et de la fonction qu'il occupe parmi les autres processus indispensables à la constitution du sujet : « autrement dit, ce serait l'importance de ce que le processus de déni laisse pour compte (réel non symbolisé) qui détermine *a contrario* le champ dont un appareil psychique dispose pour exercer son jeu propre, organiser son activité de pensée, et bien sûr la stratégie défensive interne qui est la sienne » (Le Guen et coll., 1986, p. 198).

6.1.2 *Projection*

« Dans le sens proprement psychanalytique, opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets, qu'il méconnaît ou refuse en lui. Il s'agit d'une défense très archaïque et qu'on retrouve à l'œuvre particulièrement dans la paranoïa mais aussi dans des modes de pensée très normaux comme la superstition » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 344). D'abord découverte dans la paranoïa dont elle constitue le mécanisme central, la projection fut ensuite décrite dans la construction phobique où le moi projette à l'extérieur du sujet le danger pulsionnel, avant d'être étendue à la jalousie puis à des mécanismes normaux comme la superstition et l'animisme, et enfin au développement du moi qui « couple » les mécanismes d'introjection et de projection pour aboutir à la différence dedans/dehors. Enfin à de rares occasions Freud évoquera la projection pour décrire la situation psychanalytique et le transfert. Malgré le succès de la notion Freud n'a jamais traité la question dans son ensemble et n'en a jamais laissé d'élaboration métapsychologique aussi poussée que celle relative au « déni-clivage », laissant en suspens des questions fondamentales comme la nature de ce qui est projeté (la pulsion, l'affect, le fantasme, une instance, etc.) et son articulation avec d'autres mécanismes de défense névrotiques ou psychotiques. Malgré ces hésitations « il s'agit toujours de rejeter au-dehors ce qu'on refuse de

1. Freud se livrera à un essai d'auto-analyse de ce phénomène dans « Un trouble de mémoire sur l'Acropole » (1936). Le sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation, de non-familiarité avec le réel dénié est alors évoqué.

reconnaître en soi-même ou d'être soi-même » (*ibid.*, p. 349), ce qui déprive le moi d'une « partie » substantielle de son contenu.

6.2 Les mécanismes de défense chez M. Klein

Les processus défensifs décrits par M. Klein s'adressent moins aux angoisses (castration, perte d'amour) issues des pulsions libidinales qu'aux angoisses de destruction (de soi : persécutives ; de l'objet : dépressives) en rapport avec une conception « extrême » et bruyante de la pulsion de mort, différente de la pulsion de mort freudienne qui, elle, est silencieuse. S'ils sont primitifs du point de vue du développement, leur ressemblance avec certains mécanismes rencontrés dans les psychoses (paranoïa, mélancolie, schizophrénie) les ont fait qualifier de psychotiques : ils en constituent ainsi les points de fixation en cas de régression pathologique.

Nous venons de voir que pour Freud, le clivage est la conséquence passive d'un déni de réalité, ce qui a pour conséquence de faire coexister sans conflit deux attitudes contradictoires et ce dans des proportions variables selon chaque individu. Selon Hinshelwood (2000), que nous suivrons ici, pour M. Klein et les post-kleiniens, *cliver (to split)* est un mécanisme de défense actif, dont les modalités sont nombreuses, ce que la richesse de la langue anglaise (*splitting up, off, apart, etc.*) rendrait mieux que le français. Dans ses premiers travaux, M. Klein décrit essentiellement le *clivage de l'objet* : dans le processus de construction du moi qui s'effectue par introjection et projection puis identification d'une partie du moi aux objets internes, elle montre que les objets (partiels puis totaux) ne sont pas perçus et compris objectivement mais sont « colorés » par les affects d'amour et de haine et clivés en bons et mauvais objets. En clivant ainsi les objets, les *imagos* parentales sont dotées de qualités idéalisées et d'intentions totalement bonnes et bienveillantes ou bien totalement mauvaises. Ce processus vise à protéger le sujet des angoisses persécutives et dépressives. L'intégration progressive des aspects bons et mauvais ainsi que la perception plus réaliste des objets sont à l'origine de la position dépressive et jouent un rôle déterminant dans le développement du psychisme. La constitution de l'objet interne et du moi étant corrélatives, au clivage de l'objet correspond un clivage du moi en bon et en mauvais.

À partir de 1946, avec l'introduction de la position schizo-paranoïde M. Klein étudie davantage le *clivage du moi* et en approfondit les diverses modalités. Elle parle alors de *splitting off* pour décrire le processus de détachement de parties du *self* ressenties comme mauvaises et redoutées, qui s'accompagne habituellement d'une projection intrusive dans l'objet, soit le mécanisme d'identification projective. Elle décrit également dans la schizophrénie un clivage des objets en fragments minuscules (*minute splitting*), ce qui entraîne une fragmentation du moi à l'origine de la crainte d'annihilation

ou d'anéantissement. Dans ces cas il n'y a plus une division nette entre bon (objet/moi) et mauvais mais un clivage multiple. Bion (1959) poursuivra cette étude à travers son célèbre concept « d'attaque contre les liens ». Selon Hinshelwood (2000, p. 270) on peut distinguer quatre types de clivages différents susceptibles de coexister : un clivage cohérent de l'objet et du moi, une fragmentation de l'objet et du moi. Dans ces perspectives, ces mécanismes de défense primitifs constituent le soubassement des mécanismes névrotiques, un clivage vertical s'opposant à un clivage horizontal qui donnera lieu au futur refoulement. Celui-ci procède d'un clivage par séparation de parties de soi qui au cours du développement deviendra un clivage entre conscient et inconscient. Plus le clivage sera sévère, plus les formes de refoulement seront rigides et imperméables.

On doit également à M. Klein l'introduction dans la théorie psychanalytique des *défenses maniaques* (1934) par lesquelles le sujet, dans le cadre de la position dépressive, évite les sentiments paranoïdes et les affects dépressifs liés à la conviction d'avoir détruit l'objet interne et au sentiment d'en être responsable, ce par la force de son ambivalence pulsionnelle. Grâce aux défenses maniaques (qui intègrent les mécanismes de la position schizo-paranoïde – déni, clivage, idéalisation, identification projective – mais tournés vers de nouveaux buts), le sujet tend à minimiser l'importance et la puissance de l'objet, à le dédaigner et à exercer sur lui une maîtrise omnipotente incessante. Elles reposent sur une triade de sentiments : le contrôle, le mépris et le triomphe, et visent le déni de la dépendance à l'objet externe afin d'écarter la menace de sa perte et aboutissent à un déni de la réalité interne du sujet. Faisant partie du développement normal du sujet lors de la position dépressive qui impose une grande souffrance, elles cèdent normalement le pas à la réparation avec laquelle elles s'équilibrent et ne deviennent pathologiques qu'en excès, entravant dès lors le développement (Segal, 1964).

Décrite postérieurement aux défenses maniaques, mais antérieure du point de vue du développement, l'*identification projective* est un concept majeur de l'œuvre de M. Klein dont les développements sont innombrables y compris chez les psychanalystes non kleinien. « Dans la position schizo-paranoïde (...) le moi expulse hors de lui les expériences intolérables en se clivant lui-même et en projetant ces parties clivées dans les objets extérieurs. Habituellement même si ce n'est pas toujours le cas, ce sont les "mauvaises" parties du sujet qui sont expulsées et projetées dans des objets qui, dès lors, seront identifiés avec les parties "mauvaises" de la personne propres et redoutés en tant que tels » (Hinshelwood, 2005, p. 820). Après M. Klein, Bion (1967) contribuera à différencier une identification projective pathologique, encore dite intrusive, qui « consiste à évacuer violemment un état d'esprit douloureux pour obtenir un soulagement immédiat, ce qui conduit à entrer de force dans un objet, fantasmatiquement, et avec souvent l'intention de le contrôler et de l'intimider » (Hinshelwood, 2000, p. 200), d'une forme de communication non symbolique par laquelle l'objet (le psychanalyste)

ressent ce qu'éprouve le sujet (le patient). À un degré de plus dans la « normalité » l'identification projective rend compte de l'empathie, c'est-à-dire de la capacité à se mettre à la place de l'autre. La différence entre expulsion et communication est cruciale du fait de ses incidences sur la pensée ; ajoutons que dans l'identification projective la séparation entre sujet et objet est abolie à la différence de la projection qui renforce les limites.

6.3 Les mécanismes primitifs chez les auteurs contemporains

La clinique contemporaine s'intéresse moins aux névroses et aux psychoses qu'aux perversions (McDougall, 1978, 1982 ; Chasseguet-Smirgel, 1984) et surtout aux cas limites (Bergeret, 1975 ; Green, 1990 ; Misès, 1990 ; Chabert et coll., 1999) dont l'expression peut être psychosomatique (Fain, 1971 ; Marty, 1990) ou comportementale violente (Balier, 1988). Les cas limites sont aujourd'hui devenus le nouveau paradigme de la cure psychanalytique, forçant celle-ci à de nouveaux aménagements. Chacun de ces auteurs aborde la psychopathologie selon des considérations métapsychologiques personnelles où les particularités défensives de chaque organisation sont argumentées. De façon générale il est possible de dire que dans les travaux psychanalytiques contemporains (résumés pour la plupart par G. Bayle, 1996) le déni-clivage-projection concerne moins « la castration » que les carences ou manques de l'objet primaire à soutenir et « réfléchir » le moi du sujet. Il s'agit donc d'un déni-clivage des traumatismes narcissiques précoces (Roussillon, 1999), perspective initialement entrevue par Ferenczi (Bokanowski, 1997), puis Winnicott (Rybas, 2000), le retour du dénié-clivé s'effectuant selon les organisations psychiques sous forme hallucinatoire, somatique ou agie. Le rôle de « l'objet » externe et celui de la transmission transgénérationnelle sont ainsi (ré)introduits dans la théorie contemporaine concernant la genèse du moi et ses avatars, d'où l'importance donnée à la relation « transféro-contre-transférentielle » dans la cure et aux manifestations d'identification projective qui s'y produisent (De Urtubey, 1994). G. Bayle (1996) proposera de distinguer des clivages fonctionnels et des clivages structuraux, le clivage fonctionnel des parents créant le clivage structurel des enfants, la transmission des effets des traumatismes pulsionnels, des blessures narcissiques, des deuils non faits créant à la génération suivante des carences narcissiques par dé-symbolisation et dé-subjection. À partir de sa clinique des états limites A. Green (1993) proposera de réunir le refoulement, le clivage, la forclusion et la négation sous la bannière du « travail du négatif » comportant l'obligation de décider par oui ou par non. Ainsi les mécanismes primitifs ne relèvent plus de mécanismes psychotiques, ces derniers relevant au fond d'un échec des premiers, entraînant une confusion

mentale que la destructivité se chargera de « régler », le moi s'anéantissant dans la « conjuration de l'objet ».

LECTURES CONSEILLÉES

- BALIER C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.
- BAYLE G. (1996). « Les clivages », dans *Revue française de psychanalyse*, tome LX (spécial congrès), 1301-1547.
- BERGERET J. (1975). *La Dépression et les états limites*, Paris, Payot.
- BION W. (1959). « Attaques contre la liaison », dans BION W. (1967), *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983, p. 105-123.
- BION W. (1967). *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983.
- BOKANOWSKI T. (1997). *Sandor Ferenczi*, Paris, PUF.
- CHABERT C., BRUSSET B., BRELET-FOULARD C. (1999). *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod.
- CHASSEGUET-SMIRGEL J. (1984). *Éthique et esthétique de la perversion*, Seyssel, Champ Vallon.
- COHEN DE LARA A. (2000). « Névrose obsessionnelle : théorie et clinique », dans *La Névrose obsessionnelle : contraintes et limites*, Paris, Dunod.
- DE URTUBEY L. (1994). « Le travail de contre-transfert », dans *Revue française de psychanalyse*, LVIII, numéro spécial congrès, 1994, 1271-1372.
- FAIN M. (1971). « Prélude à la vie fantasmatique », dans *Revue française de psychanalyse*, n° 2-3, 291-364.
- FENICHEL (1945). *La Théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF, 1953.
- FREUD A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1969.
- FREUD S. (1894). *Les Névropsychoses-de-défense*, dans *Œuvres complètes*, III, Paris, PUF, 1989, p. 1-18.
- FREUD S. (1905). *Les Trois Essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.
- FREUD S. (1908). « Les théories sexuelles infantiles », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, 5^e éd. revue et corrigée, 1977, p. 14-27.
- FREUD S. (1909). « L'Homme aux rats. Journal d'une analyse », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, 9^e éd., 1979, p. 199-261.
- FREUD S. (1915). « Pulsions et destins des pulsions », dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Folio Essais », 1996.
- FREUD S. (1916). *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1999.
- FREUD S. (1918). « Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups) », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, p. 325-420.

- FREUD S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981.
- FREUD S. (1923). « L'organisation génitale infantile », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, 5^e éd. revue et corrigée, 1977, p. 113-116.
- FREUD S. (1924a). « Névrose et psychose », dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 283-286.
- FREUD S. (1924b). « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, p. 299-303.
- FREUD S. (1925). « Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, 5^e éd. revue et corrigée, 1977, p. 123-132.
- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1993.
- FREUD S. (1927). « Le fétichisme », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, 5^e éd. revue et corrigée, 1977, p. 133-138.
- FREUD S. (1936). « Un trouble de mémoire sur l'Acropole (Lettre à Romain Rolland) », dans *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, p. 221-230.
- FREUD S. (1937). « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », dans *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, p. 269-281.
- FREUD S. (1938a). « Le clivage du moi dans le processus de défense », dans *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, p. 283-286.
- FREUD S. (1938b). *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1978.
- GREEN A. (1990). *La Folie privée. Psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard.
- GREEN A. (1993). *Le Travail du négatif*, Paris, éditions de Minuit.
- HINSHELWOOD R. D. (2000). *Dictionnaire de la pensée kleinienne*, Paris, PUF.
- HINSHELWOOD R. D. (2005). « Identification projective », dans DE MIJOLLA A. (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Hachette Littératures, p. 820-821.
- KLEIN M. (1934). « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1982, p. 311-340.
- KLEIN M. (1946). « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », dans KLEIN M. et coll. (1952). *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966, 4^e éd. 1980, p. 274-300.
- LAGACHE D. (1962). « Pouvoir et personne », dans *L'Évolution psychiatrique*, 1, 111-9.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967-1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LE GUEN C. et coll. (1986). « Le refoulement (les défenses) », dans *Revue française de psychanalyse*, n° 1, 23-335.
- LE GUEN C. (1992). *Le Refoulement*, Paris, PUF.
- MANONNI O. (1969). *Clefs pour l'imaginaire*, Paris, Le Seuil.
- MARTY P. (1990). *La Psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF.

- MCDUGALL J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard.
- MCDUGALL J. (1982). *Théâtres du Je*, Paris, Gallimard.
- MIJOLLA (DE) A., MIJOLLA MELLOR (DE) S., dir. (1996). *Psychanalyse*, Paris, PUF, 3^e éd. corrigée, 1999.
- MISES R. (1990). *Les Pathologies limites de l'enfant*, Paris, PUF.
- PENOT B. (2005). « Dénî (de réalité) », dans DE MIJOLLA A. (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Hachette Littératures, p. 442-444.
- QUINODOZ J.-M. (2004). *Lire Freud. Découverte chronologique de l'œuvre de Freud*, Paris, PUF.
- ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.
- RYBAS D. (2000). *Donald Woods Winnicott*, Paris, PUF.
- SÉGAL H. (1964). *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*, Paris, PUF, 1969.

Chapitre 8

LE CONCEPT D'INFANTILE DANS LA CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE

1 LA PART INCONSCIENTE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE DANS LA RENCONTRE ANALYTIQUE¹

La spécificité professionnelle du psychanalyste est tissée de son identité même, puisque c'est sa structure psychique qui constitue son instrument de travail. Cette implication contient une particularité lourde de conséquences, en raison de la nature inconsciente de la quasi-totalité de la structure psychique.

Chaque jour, lors de chaque rencontre avec chacun de ses patients, le psychanalyste va devoir mettre en œuvre cet instrument de travail qui lui demeure en grande partie inconnu et dont son analyse personnelle, même très approfondie, ne lui permettra jamais de saisir toute l'envergure et le constant renouvellement. Dominée, protégée, mais aussi aveuglée par ses mécanismes de défense primaires et secondaires, la structure psychique de l'analyste doit néanmoins s'engager sans restriction dans sa tâche quotidienne, avec la nature essentiellement inconsciente de ses processus, témoin contenant du passé refoulé, mais aussi réservoir de ce qui n'est encore jamais advenu des formes et des motions pulsionnelles utilisables pour ses investissements, tant narcissiques qu'objectaux.

Je proposerai comme métaphore de la *rencontre analytique* l'image d'une constellation de points d'impact entre deux espaces psychiques : celui de l'analyste et celui de l'analysant. Les points d'impact de cette constellation mouvante et à géométrie variable sont générateurs d'excitation et de tension pulsionnelle entre ces deux espaces, qui ont chacun leur organisation propre.

1. Par Florence Guignard.

Ce sont ces lieux/frontières de rencontre qui sont appelés à devenir fonctionnels dans la relation analytique. Explorés par l'analyste au moyen de son écoute clinique ancrée dans son expérience analytique personnelle, ces lieux/frontières seront investis par l'analysant sur un mode relationnel propre à son passé, c'est-à-dire à son *transfert*. Pour l'analyste, ces lieux sont la matrice du double surgissement de son *contre-transfert* et de sa *valence d'objet d'étayage* ; pour l'analysant, ils vont être ceux de l'infléchissement de ses investissements dans la *répétition*, vers une *remémoration* et les prémisses d'une *élaboration*.

2 LES DEUX LOGIQUES DE LA VIE PSYCHIQUE

L'exploration de la rencontre analytique se heurte donc à la coexistence, chez les deux protagonistes, de *deux* types de logique : la logique du fonctionnement *conscient* – sinon toujours connue, du moins connaissable – et la logique du fonctionnement *inconscient*, qui échappe aux instruments de repérage de la logique du conscient. Le besoin de cohérence du moi conduit spontanément à dénier la *logique de l'inconscient*. Pourtant, c'est bien elle qu'il va falloir repérer dans le travail clinique quotidien, comme étant une composante essentielle de la souffrance psychique et des réactions émotionnelles les plus puissantes, créatrices de pensée tant chez l'analyste que chez l'analysant.

Pour tenter de se représenter et de qualifier les compromis effectués entre ces deux logiques dans le *hic et nunc* du conflit intrapsychique et interpersonnel, il importe de connaître le fonctionnement de cette logique de l'inconscient. Décrites par Freud (1911) et développées, notamment par Bion (1961), Matte-Blanco (1975) et Neyraut (1978), ses caractéristiques sont les suivantes :

- la logique de l'inconscient ignore la contradiction, d'où l'absence de *négation* ;
- elle traite les relations asymétriques comme si elles étaient symétriques, d'où l'absence de *sériations* temporo-spatiales ;
- elle ignore les emboîtements organisationnels et hiérarchiques reliant la partie au tout, le commencement à la fin, d'où son fonctionnement *atemporel*, en boucles infinies ;
- son fonctionnement est simultané à celui de la logique du système Cs, d'où la création, entre ces deux logiques, d'un champ de tensions et d'interactions comparable au champ d'activité reliant les fantasmes inconscients avec les pensées du rêve.

3 L'INFANTILE

L'écoute de mes patients – enfants, adolescents, adultes – et l'écoute tierce de mes collègues – jeunes et moins jeunes – m'ont conduite à questionner l'œuvre freudienne et post-freudienne sur le qualificatif d'*infantile*, qui revient si souvent dans la réflexion psychanalytique sur le fonctionnement psychique. L'enfant se soucie moins que l'adulte de la cohérence logique de sa pensée et de son discours. Une exploration du mode de fonctionnement psychique infantile, demeuré présent chez tout être humain au-delà du refoulement, m'est donc apparue indispensable pour approcher la névrose infantile et son *analogon*, la névrose de transfert.

En effet, même si sa conception varie selon les divers auteurs et à l'intérieur des différents travaux d'un même auteur, la référence à l'infantile parcourt la totalité de la littérature psychanalytique, à commencer par Freud et Ferenczi. Avant d'en proposer ma vision personnelle, je voudrais rappeler brièvement les indices de cette omniprésence de l'infantile dans l'œuvre de Freud, et mentionner quelques-uns des apports de Ferenczi :

Chez Freud (*passim*) :

- la découverte de la sexualité infantile, avec son polymorphisme aux allures de perversion et les aléas de l'installation d'une économie entre le principe de plaisir/déplaisir et le principe de réalité à partir de la mise sous tension d'un champ mobilisant aussi bien l'hallucinatoire que le perceptif ;
- la découverte de la précocité du fonctionnement psychique inconscient produisant d'une part, des contenus psychiques, et d'autre part, une instance refoulante qui fonctionnera simultanément et la vie durant sur deux modes : primaire et secondaire ;
- l'organisation du psychisme, dès les premières relations sensorielles et les premières actions motrices sur le corps propre et les objets de la réalité extérieure avec, au niveau du système Pcs, la constitution de la double spirale des processus primaires et des processus secondaires, comme matrice de la vie fantasmatique d'une part et des processus de symbolisation d'autre part ;
- l'organisation œdipienne spécifique à l'espèce humaine, avec les différents niveaux de sa complexification, tant relationnelle et objectalisante que narcissique et identificatoire ;
- conceptualisé comme un espace psychique, le cadre/contenant de cette organisation œdipienne, pour le libre-échange des conflictualités intrapsychiques entre les trois instances : ça, moi et surmoi ;

- la névrose infantile comme modèle axial, tant de la psychopathologie que de la situation thérapeutique, sous la forme de son homologue, la névrose de transfert, où les points de fixation et le mécanisme défensif de régression donnent leur impulsion au parcours incessant entre le passé et le présent, entre les formes infantiles et les formes adultes d'investissement et de pensée.

Chez Ferenczi :

- l'analyse de l'enfant dans l'adulte (1931) ;
- la confusion des langues entre le langage de la tendresse chez l'enfant et le langage de la passion chez l'adulte (1932) ;
- l'importance de l'omnipotence infantile comme seul recours contre l'impuissance infantile (*Hilflosigkeit*) (1923).

3.1 Qualification des diverses utilisations du terme d'infantile

La frontière mouvante qui sépare les descriptions psychiatriques des descriptions psychanalytiques oblige le psychanalyste à préciser son opinion sur de nombreux concepts. L'*infantile* est l'un d'entre eux, notamment en raison de ses liens directs avec la *régression* qui est favorisée artificiellement dans tout travail psychanalytique. Si l'on ne définit pas la forme normale de l'infantile, il sera difficile d'en observer et d'en caractériser les diverses pathologies. Je pense notamment aux pathologies du narcissisme et de l'hypermaturité, mais aussi aux diverses configurations intéressant le polymorphisme et la perversion des pulsions.

3.2 De la nécessité théorico-technique de créer un concept qui élargisse le champ considéré

Plusieurs psychanalystes ont éprouvé la nécessité théorico-technique de caractériser l'infantile en tant que concept. Par exemple, Bernard Brusset (1994) remarque que « l'infantile comme catégorie de la causalité psychique est en position intermédiaire entre l'inconscient hors le temps et l'histoire singulière de l'enfance ». Je suis pleinement en accord avec ce point de vue, qui m'a encouragée à poursuivre dans la voie d'une définition plus large et plus précise à la fois de ce qui m'est apparu comme méritant d'acquérir un statut de concept à part entière.

3.3 Des caractéristiques de ce concept : définition et situation de la structure considérée

J'ai proposé (1996) la définition suivante de l'infantile : « Étrange agrégat d'histoire personnelle et de condition universelle, creuset des fantasmes originaires et des expériences sensori-motrices primaires, l'Infantile est le lieu psychique des émergences pulsionnelles premières et irréprésentables. De cet "avant-coup", nous ne connaissons que les rejets représentables, sous la forme des théories sexuelles infantiles d'une part, et des traces mnésiques d'autre part ».

Structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinales ou haineuses qu'épistémophiliques, l'Infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural « souple », qui fait que l'on est soi et pas un(e) autre. Irréductible, unique et par là même universel, l'Infantile est donc bien ce par quoi notre psychisme va advenir, dans tous les développements de la bisexualité psychique organisée par l'œdipe.

Aux limites de l'inconscient et du système Pcs, l'Infantile est le point le plus aigu de nos affects, le lieu de l'espérance et de la cruauté, du courage et de l'insouciance ; il fonctionne la vie durant, selon une double spirale processuelle et signifiante, et l'on peut le retrouver même dans les pathologies les plus lourdes, à condition de ne pas confondre celles-ci avec le mode d'organisation normal de cet Infantile.

Et si, jusqu'à notre mort, il continue à agir simultanément au niveau des mécanismes les plus primitifs comme au niveau des processus œdipiens secondaires, c'est bien parce que cet Infantile humain a en partage la force pulsionnelle inouïe dont on peut constater le fantastique déploiement dans le rythme de développement psychique des premiers temps de la vie humaine.

Pourtant, l'aspect pulsionnel n'est pas seul en jeu dans cette tentative de définition de l'Infantile. Le concept vaut aussi pour ce qu'il entraîne avec lui de l'hallucinoire et du proto-symbolique, pré-formes en devenir permanent dans toutes nos activités mentales. C'est notre Infantile qui « donne le ton » à notre personnalité de sujet dans notre fonctionnement adulte habituel.

Mais cet Infantile connaît aussi ses souffrances et ses troubles de fonctionnement. C'est lui qui est le lieu des « points de fixation » qui figent nos modes d'être et d'avoir dans une répétition stérile et qui favorisent, en cas de détresse psychique ou de nouveaux traumatismes, nos mouvements de régression à un fonctionnement plus ancien, y compris du point de vue de notre capacité de penser.

4 L'IMPACT DE L'INFANTILE DU PATIENT SUR L'INFANTILE DU PSYCHANALYSTE

Il est banal de reconnaître que les patients qui s'adressent au psychanalyste sont dans un état psychique de *régression*. On peut donc admettre que, même s'il entre aussi des parties adultes de leur personnalité dans leur relation à l'analyste, ce dernier aura essentiellement à se confronter à leur infantile. C'est à leur infantile qu'il va consacrer son écoute, c'est aussi de lui qu'il va se servir pour tenter de dénouer les nœuds pathologiques douloureux qui entravent leur fonctionnement et leur développement psychique.

Plus précisément, et suivant en cela la logique de l'inconscient, c'est sur l'infantile du psychanalyste que l'infantile du patient va exercer son impact le plus important et le plus inconscient. C'est donc sur l'infantile du psychanalyste que pèsera le plus lourdement la pathologie de l'organisation pulsionnelle du patient, ainsi que son histoire infantile relationnelle et identificatoire. C'est son infantile qui sera sollicité par les modes de pensée du patient, ainsi que par les éléments traumatiques et intergénérationnels qu'il transporte avec lui.

L'impact de l'infantile d'un individu A sur l'infantile d'un individu B va créer chez tous deux une excitation pulsionnelle nouvelle, dont le destin habituel est de se diversifier, se liant pour une part dans des représentations et des sublimations, et replongeant pour une autre part dans les abysses de l'inconscient, grâce au refoulement et au clivage, en activité continuelle dans tout fonctionnement psychique normal.

Je pense qu'il n'en est pas de même en ce qui concerne l'impact de l'infantile du patient sur l'infantile du psychanalyste en exercice, et je vais m'en expliquer :

Dans la vie courante, si un individu a un comportement ou un discours qui nous paraît inadéquat, nous pouvons écarter relativement rapidement l'impact émotionnel que celui-ci a eu sur nous. S'il s'agit d'un inconnu, nous pouvons oublier l'incident – le refouler. S'il s'agit d'un proche, nous tentons de nous débrouiller pour faire un compromis entre notre envie de réagir et notre désir de maintenir de bonnes relations avec celui-ci.

Mais lorsqu'il s'agit d'un patient, le psychanalyste doit garder beaucoup plus longtemps en activité ce champ relationnel, cette « constellation d'impacts » entre son espace psychique et celui du patient, dans l'espoir de *comprendre* comment fonctionne cet appareil psychique qui lui est à la fois si étranger et si proche. C'est dire que l'investissement que le psychanalyste fait de son travail pousse constamment ses pulsions épistémophiliques à contre-courant de son refoulement normal.

En d'autres termes, il laissera la porte ouverte à ses mouvements inconscients d'*identification* à son patient, sachant que cet effort d'identification comporte toujours et inévitablement une part de *projection*, tout aussi inconsciente, de sa problématique personnelle. Or, ces mouvements sont le propre de son infantile : l'enfant se développe en observant, en imitant, en s'identifiant, mais aussi en projetant ses propres états d'esprit dans l'objet de la réalité extérieure.

C'est au prix de ces mouvements de *projection identificatoire* que l'analyste pourra proposer au patient une écoute tout à la fois cadrante et contenant. Et c'est ici que les qualités et les caractéristiques de son infantile vont prendre toute leur importance, dans la façon dont l'analyste supportera ou non l'infantile de son patient, dans la manière dont il saura ou non maintenir avec lui une juste distance, sans le rejeter ni en tirer quelque avantage personnel, relationnel ou narcissique.

4.1 Statut de l'infantile et de son refoulement chez l'analyste en exercice

Il découle donc des exigences de sa fonction professionnelle que le psychanalyste soit dans un statut tout à fait particulier quant aux critères de terminaison de son propre travail analytique et quant aux réaménagements post-analytiques du refoulement de son infantile.

4.2 L'infantile, l'omniscience et l'omnipotence du psychanalyste

L'un des investissements essentiels gagnés par le psychanalyste grâce à son analyse personnelle est sa capacité à utiliser de façon plus adéquate les limites de son moi comme conteneur de son propre infantile.

Antidote des débordements pathologiques du narcissisme, cette capacité réduit le risque qu'il se laisse séduire et mener par cet enfant-en-lui-même. Car il faut aussi compter sur les caractéristiques de l'infantile, qui cherche à imposer l'*omniscience* et l'*omnipotence* de « Sa Majesté le Bébé ». Ainsi, cette omniscience pourrait-elle amener le psychanalyste à inclure son patient dans un reflet narcissique sur lequel il plaquerait des interprétations projectives, son omnipotence risquant alors de le conduire à effectuer divers passages à l'acte contre-transférentiels. Je renvoie ici le lecteur au rêve du nourrisson savant (Ferenczi, 1923).

L'importance que prend l'infantile dans le fonctionnement psychique du psychanalyste est l'expression d'une situation qui est loin d'être simple, du point de vue de son économie psychique. En effet, elle suppose que le

psychanalyste passe son temps d'exercice professionnel à lutter contre le refoulement qui est intervenu chez lui normalement, dans un temps post-analytique – « tertiairement » pourrait-on dire – au niveau d'une bonne partie de ses éléments infantiles libérés de leur organisation névrotique.

Par conséquent, l'excitation liée à la force pulsionnelle de l'infantile-dans-le-psychanalyste se verra artificiellement détournée d'une partie de son destin – qui est le refoulement – afin de demeurer au service de son activité professionnelle.

4.3 L'analyse du psychanalyste : avec ou sans fin ?

On rejoint ici la question soulevée par Freud, de l'analyse avec fin ou sans fin (Freud, 1937). « Il semble, écrit-il, qu'un certain nombre d'analystes apprennent à utiliser les mécanismes de défense dans le but d'écarter de leur personne propre les conséquences et les efforts qu'implique l'analyse, vraisemblablement en les détournant sur d'autres personnes, afin de demeurer inchangés et d'esquiver l'influence de critique et de modification liée à l'analyse. » Il ajoute, un peu plus loin : « Rien d'étonnant à ce que cette attention incessante portée à tout ce qui est refoulé, à ce qui, dans l'âme humaine, demande à être libéré, n'éveille aussi chez l'analyste toutes les voix de l'instinct qu'il aurait réussi, sans cela, à maintenir étouffées. »

On se souviendra que Freud fait suivre ces remarques du conseil, pour tout psychanalyste, de reprendre périodiquement un temps d'analyse, ce qui le conduit à constater : « Cela signifierait donc que sa propre analyse, et pas seulement celle de ses malades, se transformerait, elle aussi et, d'une tâche terminable, deviendrait une tâche infinie. »

Il arrive souvent qu'un psychanalyste débutant soit surpris par la persistance du patient à le prendre pour un surmoi sévère et rigide, alors que tout, dans son écoute, témoigne de sa compréhension et de sa bienveillance. C'est oublier la formidable puissance du transfert du patient, avec sa dimension projective. Un tel oubli risque de pousser l'infantile du jeune psychanalyste vers une collusion inconsciente avec l'omnipotence narcissique du patient – omnipotence qui constitue la défense à la fois drastique et fragile contre l'impuissance infantile, dont elle est le déni. Cet appel de séduction narcissique à son propre infantile risque d'infléchir sa position contre-transférentielle vers une complicité, éventuellement vers des agirs qui, au bout du compte, augmenteront l'insécurité du patient, le privant du sentiment d'être *contenu* dans la relation thérapeutique.

Relation en miroir, problématique du double, identification mimétique, l'économie et la dynamique des échanges entre les deux infantiles intéressent aussi la complémentarité bisexuée, la fonction parentale ou thérapeutique de

l'enfant, mais également la jalousie, la rivalité, l'inceste et le meurtre, tant dans le transfert que dans le contre-transfert.

5 FONCTIONNALITÉ ET FONCTIONNEMENT DU CONCEPT D'INFANTILE DANS LE TRAVAIL CLINIQUE QUOTIDIEN DU PSYCHANALYSTE

Mes observations sur l'infantile du psychanalyste m'ont conduite à faire du *contre-transfert* la quatrième situation d'identification narcissique aux limites de la pathologie, aux côtés des trois autres déjà connues que sont :

- l'état amoureux (Freud, 1915-1917) ;
- la « maladie normale » de la mère du nourrisson (Winnicott, 1956) ;
- la relation transférentielle (Freud, 1920).

Sans négliger pour autant la part des conflits infantiles qui auraient échappé antérieurement à l'analyse personnelle de l'analyste, on peut réfléchir à cette exigence professionnelle d'une constante mise à l'écoute du point d'entrée du pulsionnel dans le psychique comme à une modalité particulière des critères de la fin d'analyse de celui-ci, quant au statut de son infantile, ainsi maintenu expérimentalement en un lieu aussi proche que possible de la conscience.

La dissymétrie des deux parties en présence constitue un facteur dynamisant, mais aussi un facteur d'aveuglement chez l'analyste. En effet, il s'agira pour ce dernier d'être constamment attentif à la rencontre des facteurs transféro-contre-transférentiels qui intéressent les limites des capacités psychiques, tant de l'analysant que de l'analyste lui-même. Car nul d'entre nous n'a des capacités psychiques illimitées, et leur qualité essentiellement inconsciente rend notre travail encore plus hasardeux dans la nécessité de débusquer nos propres résistances, qui se forment continuellement tout au long de notre relation avec un patient.

Faute d'un travail de repérage, ce point d'impact excitatoire forme une *tache aveugle* et tend à être refoulé avant d'avoir été soumis à un travail d'auto-analyse. Il risque ainsi de resurgir chez l'analyste, tant dans ses agirs contre-transférentiels que, de façon déplacée hors du champ de la relation analytique, dans des agirs intéressant sa vie personnelle, ou encore dans des somatisations.

Corrélativement, et dans la mesure où le psychanalyste est suffisamment intéressé et attentif à ce que l'analysant sollicite en lui de son propre infantile, c'est à partir de cette excitation même que va pouvoir se générer, dans

son psychisme, cette pré-forme dont j'ai parlé plus haut, spécifiquement pare-excitante et contenant des éléments infantiles de la relation transféro-contre-transférentielle.

5.1 L'infantile pervers/polymorphe

Subtils et complexes, ces échanges inconscients se déploient dans l'espace caractérisé par Freud dès les *Trois essais sur les théories sexuelles* (Freud, 1905), c'est-à-dire, aux limites du polymorphisme et de la perversion.

Le maniement plus ou moins perspicace de son propre infantile par le psychanalyste jouera un rôle crucial dans le devenir normal ou pathologique de l'intrication pulsionnelle en jeu au niveau du sadisme primaire de son patient (Klein, 1927 ; Guignard, 2002) et, partant, dans les risques d'impasse de la cure analytique.

Notamment, l'érotisation pseudo-génitale, par le couple analytique, du fantasme originaire de *scène primitive* risque de servir de camouflage aux composantes sadiques-orales et sadiques-anales, visant à la maîtrise de l'objet dont le patient, voire l'analyste, dénie l'exigence de perte nécessaire pour parvenir à la symbolisation (Segal, 1957, 1987).

On le voit, les relations inconscientes entre les deux infantiles ne sont pas sans effets sur le développement et sur l'équilibre de la vie psychique des deux protagonistes. Il importe donc de pouvoir se représenter, à tout moment du travail analytique, la structure et les modalités que prend la relation identificatoire du couple analytique.

5.2 Les taches aveugles

Dans le décours d'une relation avec un patient, il s'installe très vite un mode et un rythme de base, dont le psychanalyste apprend à observer la tonalité et les oscillations, plus ou moins progressives ou, au contraire, essentiellement répétitives. Mais il se produit aussi des ruptures dans cette rythmique originale et spécifique de la relation, et il est très important d'accorder une attention particulière à ces moments de rupture de l'habituel décours du comportement et/ou du discours du patient. Or, la difficulté de ce travail d'adaptation à chaque patient induit chez l'analyste une résistance plus ou moins inconsciente à ces changements, puisqu'ils risquent de bouleverser dans une direction imprévisible l'équilibre toujours fragile de la relation analytique.

En examinant la nature de cette résistance, j'ai découvert que, dans ces moments-là, nous sommes « victimes » d'une *identification inconsciente* à

l'un des *objets internes* du patient. C'est ce que j'ai appelé une *tache aveugle*.

Vignette clinique

Une jeune psychanalyste a en traitement un garçon de sept ans, à la fois hyperactif et collé à sa mère dans un accrochage obstiné à la régression et au refus de grandir. Les multiples aides psychopédagogiques échouent à le mobiliser, tant il investit sa passivité et sa négativité.

Au bout d'un certain temps de psychothérapie psychanalytique, le tableau change considérablement, les pulsions épistémophiliques renaissent, le garçon commence à pouvoir s'intéresser au monde environnant, et en tout premier lieu à son père, et il évolue vers un meilleur investissement de son identité masculine.

Pour parvenir à un tel résultat, il est évident que ce petit patient a réussi à utiliser la partie paternelle du transfert qu'il a effectué sur son analyste femme, mais aussi la relation d'étayage sur un objet maternel différent de celui qu'a pu produire en lui sa mère réelle. En effet, l'analyste lui a proposé une image maternelle qui incluait le tiers paternel dans ses investissements, et qui valorisait la relation du garçon avec ce tiers.

C'est à ce moment-là que le garçon demande à terminer le traitement, et c'est aussi à ce moment-là que va intervenir la tache aveugle chez l'analyste : elle hésite et tergiverse pendant un certain temps à accepter cette séparation... jusqu'à ce qu'elle prenne conscience, avec l'aide de son superviseur, du fait qu'elle était en train de reproduire inconsciemment l'agrippement mère/enfant !

Je voudrais insister sur le fait qu'il n'existe *aucune* relation analytique digne de ce nom qui puisse se targuer d'être exempte de ces moments de *tache aveugle*... sauf les relations « pseudo », basées sur des principes théoriques plutôt que sur l'éprouvé clinique de l'analyste dans le quotidien de la relation. Mais je voudrais aussi souligner le fait que, si l'analyste redoute de tomber sur le Charybde de ces taches aveugles, il se heurtera inmanquablement au Scylla de la relation « pseudo », ce qui est la pire des propositions qu'il puisse offrir à ses patients, qui quitteront la cure psychothérapique plus mal encore qu'ils n'y sont entrés (Freud, 1912).

Une seule solution positive demeure : tenter d'analyser ces taches aveugles. Cette analyse peut se faire en supervision individuelle, ou en groupe de travail clinique. Il y faut un climat de bienveillance et d'absence de jugement qui permette à l'analyste concerné d'exprimer ses affects sans crainte d'être jugé ni sanctionné. Il y faut aussi la conviction de chacun que *seul* l'analyste pris dans une telle configuration a *en lui* le pouvoir de la *transformer* en quelque chose de positif, et que nul autre, même beaucoup plus expérimenté, ne pourra le faire à sa place, en dirigeant, par exemple, la relation avec le patient.

5.3 Le travail sur les taches aveugles : un travail en après coup

Depuis que j'ai conceptualisé et appris à déceler et à travailler les taches aveugles – d'abord dans le transfert, puis dans le contre-transfert – l'atmosphère de mes groupes de travail clinique a beaucoup évolué : au début, l'analyste à qui l'on signalait qu'il ou elle se trouvait dans une tache aveugle se sentait pris en faute. Aujourd'hui, il ou elle est reconnaissant(e) au groupe de cette possibilité de travailler *ensemble* un point douloureux de son contre-transfert – celui-ci étant *toujours* inconscient – et de l'aider à faire repartir la dynamique du traitement. En outre, le débusquage d'une tache aveugle chez l'un des membres du groupe renvoie tous les autres à une réflexion – privée – sur leur propre pratique.

La tache aveugle signe toujours une *rupture de communication*, et elle se présente comme un *manque à représenter*. Comme on l'aura compris à travers ma brève vignette clinique, elle survient toujours en réaction à un sentiment de *perte d'objet*. Ici, la fin de la psychothérapie était vécue par l'analyste comme la première séparation déchirante entre l'*infans* et sa mère, lorsque le bébé, vers l'âge de quatre à six mois environ, abandonne l'illusion primaire que sa mère est un prolongement de lui-même. Il expérimente alors la séparation et son individuation, ce qui va le pousser, à travers une grande souffrance, à regarder autrement le monde qui l'environne et où se meut sa mère « perdue ». Le premier avantage de cette situation de deuil est la découverte et l'investissement qu'il va faire de la personne de son père.

Dans mon exemple clinique, tous les efforts de cette analyste avaient visé à inclure le tiers paternel dans la relation, et elle y était parvenue avec succès. Cela n'a pourtant pas évité son enfermement temporaire dans une tache aveugle, liée à son identification à l'objet maternel interne de son petit patient. Il ne s'agit pas là seulement des caractéristiques personnelles de l'analyste, mais bien de la rencontre de sa personnalité avec l'atmosphère des relations internes véhiculées en elle par le transfert de l'enfant.

Le travail sur la tache aveugle requiert donc un *tiers*, dont le rôle consistera à élargir le champ de rêverie et de pensée concernant le patient. Le but de ce travail à plusieurs est de favoriser le surgissement chez l'un des protagonistes – superviseur, supervisé, membre du groupe, peu importe – d'une représentation *nouvelle*, qui pourra prendre la place psychique de l'objet réel perdu, et permettre de faire redémarrer le processus d'élaboration de la relation. On le voit, le travail sur la *tache aveugle* ne peut s'effectuer que dans l'*après-coup* du moment de relation avec le patient, et il s'apparente au *travail du deuil*.

5.4 Les interprétations-bouchons

Qu'apportent ces élaborations au fonctionnement du psychanalyste et, notamment, à son activité d'interprète ?

J'ai montré que toute tache aveugle se traduisait, dans la communication transféro-contre-transférentielle, par un *manque à représenter*, et que ce manque était vécu comme la *perte* d'un objet signifiant. J'ai rappelé que cette perte mettait en mouvement, au niveau inconscient, un processus de figuration qui s'apparente au rêve et suivait la même destinée que celui-ci : refoulement, flou perceptivo-hallucinatoire, ou surgissement d'une représentation.

Mais le désagrément inconsciemment éprouvé du fait de ce manque pousse autant l'analyste que l'analysant à dénier celui-ci. C'est alors que surgiront, en pseudo-associations, ce que j'ai nommé des *représentations-bouchons*, destinées à camoufler l'hémorragie libidinale et objectale qui est en train de se produire silencieusement dans le champ relationnel établi entre eux.

Tant qu'elles se produisent chez l'analysant, ces pseudo-associations non signifiantes sont relativement aisées à détecter pour un psychanalyste quelque peu expérimenté. Elles sont beaucoup plus sournoises à déloger lorsqu'elles surviennent chez le psychanalyste, dans la mesure où son objet culturel de base, c'est-à-dire, son *corpus* théorique, va s'engouffrer dans cette faille inespérée, avec tous les avantages et les inconvénients propres à la « mentalité de groupe » (Bion, 1948).

Or, l'impact de l'infantile de l'analysant sur celui de l'analyste constitue une occasion de choix pour la survenue d'une telle situation. Le niveau de fonctionnement de l'analyste va alors « baisser d'un cran », abandonnant les affres de l'incertitude et de la position « sans mémoire ni désir » (Bion, 1970) pour se rabattre sur de prétendues évidences. On verra ainsi apparaître les « tics » favorisés de notre corporation, dont je ne citerai que les plus usuels :

- le recours à l'histoire personnelle du patient ;
- le recours à un savoir théorique.

Le *recours à l'histoire personnelle du patient* est particulièrement utilisé lorsqu'il s'est produit, au cours de cette histoire, un ou plusieurs traumatismes graves, éventuellement intergénérationnels. L'évocation répétitive d'un événement relevé dans l'histoire du patient va prendre une place de *représentation-bouchon* au lieu précis occupé par la *tache aveugle qui désigne la rencontre des deux infantiles*.

Cette répétition ne fera qu'entraver l'analyse du traumatisme psychique dans le sens plein, c'est-à-dire transférentiel, du terme. Un certain taux d'excitation pulsionnelle non liée se maintiendra dans le champ transféro-

contre-transférentiel, érotisant répétitivement ce champ à un niveau infantile, notamment *sado-masochiste*, au détriment d'une quelconque activité de pensée. Or, un patient qui s'entend renvoyer régulièrement le plus clair de son matériel onirique et associatif au récit qu'il a fait d'un élément de son passé finira par y découvrir le système de défense de son analyste.

Quant au *recours à la théorie*, tout analyste, à commencer par Freud, en a connu la tentation. Ce recours est évidemment destiné à contourner un élément pénible du champ émotionnel dans la relation analytique. Je pense que la *tache aveugle* suscitée par l'impact de l'infantile de l'analysant sur l'infantile de l'analyste sollicite tout particulièrement le recours de ce dernier à *la théorie comme représentation-bouchon*, en raison de l'intense poussée de sa propre omniscience, comme défense contre son ignorance et son impuissance à résoudre rapidement ce qui fait souffrir son analysant. Ainsi en a-t-il été, par exemple, du concept de *théories sexuelles infantiles* (Freud, 1905), dont le contenu oral, anal et phallique condense à la fois la pulsion épistémophilique de Freud et sa défense contre ce qu'il a découvert : l'existence d'une sexualité, y compris *génitale*, chez l'enfant. En effet, en demeurant au niveau prégénital de ces théories, il a minimisé le scandale de la sexualité infantile, qui réside dans la précocité de cette composante génitale. Du même coup, il a camouflé la clairvoyance du petit Hans (Freud, 1909) qui s'extasiait sur la beauté du « fait-pipi » de sa petite sœur toute neuve – preuve qu'il avait perçu la différence des sexes. C'est cet élément de la genitalité infantile qui n'a pu être intégré dans les théories du Professeur qui s'est, en revanche, emparé sans hésiter de toutes les remarques défensives « unisexe » de celui qu'il appelait « le petit investigateur ».

Malheureusement, ce recours aux représentations-bouchons joue un rôle non négligeable dans l'économie psychique délicate du psychanalyste, qui doit recevoir et accueillir à longueur de journée des projections, à la fois excitantes, attaquant et anxiogènes. De sorte que la tentation inconsciente est forte, pour lui, soit de proposer directement une *interprétation-bouchon*, soit de solliciter chez le patient une *représentation-bouchon* sous l'aspect trompeur de l'inusable « qu'en pensez-vous ? ». C'est parfois l'analysant qui exprime le mieux l'état de la situation, lorsqu'il se plaint, à ce moment précis, de ne plus se sentir contenu et encadré par la situation thérapeutique. La méconnaissance, par l'analyste, de sa propre tache aveugle n'a pas permis à l'excitation pulsionnelle sous-jacente, née de la rencontre des deux infantiles, de se transformer en s'organisant à un niveau psychique de conflictualité *représentable*. Le matériel psychique demeure ainsi « dans les limbes », non représentable, donc aussi non refouable, et pourtant existant, au niveau de son impact pulsionnel sur l'infantile de l'analyste.

Outre le gaspillage du temps de vie des deux protagonistes, cette situation surcharge gravement le patient de la culpabilité non éprouvée par l'analyste à l'égard de sa propre tache aveugle. Dès lors, c'est la répétition du passé qui

prend le dessus dans la relation thérapeutique, avec son cortège de défenses, tant primaires que secondaires.

CONCLUSION

On l'aura compris, le concept d'infantile cherche à cerner ce qu'il y a à la fois d'unique et d'universel dans la structuration inconsciente des pulsions et des expériences relationnelles, sensorielles et motrices de la première enfance chez un être humain. Il s'agit donc d'un concept « impur » en raison de sa composante qualitative, et non purement quantitative. Cependant son utilité dans la pratique analytique se révèle particulièrement féconde dans sa référence à la couleur et à la tonalité des composantes infantiles des deux protagonistes du couple analytique qui entrent en activité et en conflit dans tout travail d'analyse. Dépassant la qualité phénoménologique et autarcique de concepts comme ceux de « personnalité » ou de « caractère », le concept d'infantile possède les dimensions inconscientes et dynamiques nécessaires pour être utilisé d'emblée dans l'espace relationnel et, tout particulièrement, dans le champ analytique. Il permet d'aborder de façon plus précise les aléas du fonctionnement de l'analyste en séance et constitue, de ce fait, un instrument utile à l'auto-observation de ce dernier.

Élargissant le champ des descriptions freudiennes à ce sujet, le concept d'infantile traverse plusieurs champs de conceptualisations psychanalytiques. Il a un impact sur le fonctionnement psychique du psychanalyste, dans et hors de la séance analytique, notamment en ce qui concerne le devenir du refoulement. On peut en étudier les effets de fonctionnement dans l'écoute et dans l'interprétation de l'analyste, sous la forme de taches aveugles et d'interprétations-bouchons.

LECTURES CONSEILLÉES

BION W.R. (1948). *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965.

BION W.R. (1961). « Une théorie de la pensée », dans *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983.

BION W.R. (1970). *L'Attention et l'Interprétation*, Paris, Payot, 1974.

BRUSSET B. (1994). « L'enfant, l'infantile et la causalité psychique », dans *R.F.P.*, LVIII/3, Paris, PUF.

- FERENCZI S. (1923). « Le rêve du nourrisson savant », dans *Psychanalyse*, III, Paris, Payot, p. 203.
- FERENCZI S. (1931). « Analyse d'enfants avec les adultes », dans *Psychanalyse*, IV, Paris, Payot, 1982, p. 98-112.
- FERENCZI S. (1932). « Confusion de langues entre les adultes et les enfants. Le langage de la tendresse et de la passion », dans *Psychanalyse*, IV, Paris, Payot, 1982, p. 125-135.
- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- FREUD S. (1909). « Analyse d'une phobie chez un enfant de cinq ans (Le petit Hans) », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, p. 93-198.
- FREUD S. (1911). « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques », dans *Résultats, idées, problèmes*, vol. II, Paris, PUF, 1984.
- FREUD S. (1912). « La dynamique du transfert », dans *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 4^e édition, 1972.
- FREUD S. (1915-1917). « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard 1952 ; *O.C.*, XIII, Paris, PUF 1988.
- FREUD S. (1920). « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1951 ; *O.C.*, XV, Paris, PUF, 1996.
- FREUD S. (1937). *L'Analyse avec fin et l'analyse sans fin*, Paris, Bayard, 1993, p. 348-349.
- GUIGNARD F. (1996). *Au vif de l'infantile. Réflexions sur la situation analytique*, Lausanne, Delachaux & Niestlé, coll. « Champs psychanalytiques », 2^e éd. 2002, épuisé (s'adresser à l'auteur).
- GUIGNARD F. (2002). « Intrication pulsionnelle et fonction du sadisme primaire », dans *R.F.P.*, LXVII/4, Paris, PUF.
- KLEIN M. (1927). « Les tendances criminelles chez les enfants normaux », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967, p. 211-228.
- MATTE-BLANCO I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*, Duckworth, Londres.
- NEYRAUT M. (1978). *Les Logiques de l'inconscient*, Paris, Hachette.
- SEGAL H. (1957). « Notes sur la formation du symbole », tr. fr. F. Guignard, *R.F.P.*, XXXIV/4, 685-696.
- SEGAL H. (1987). *Délire et Créativité*, Paris, Des Femmes, p. 93-111.
- WINNICOTT D.W. (1956). « La préoccupation maternelle primaire », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

Chapitre 9

LE NARCISSISME

INTRODUCTION¹

Narcisse est cet enfant si beau auquel le devin Tirésias prédit la mort s'il se regarde. Indifférent aux passions qu'il suscite chez les autres, il devient un adolescent amoureux puis meurtrier de lui-même, dont Ovide dit bien le malheur, et le paradoxe – « ce que je désire, je le porte en moi-même, mon dénuement est venu de ma richesse ».

Sans se référer explicitement au mythe, Freud introduit officiellement le concept de narcissisme dans la psychanalyse (Freud, 1914) comme un trait normal de la psycho-sexualité humaine : « l'être humain a deux objets sexuels originaires, lui-même et la femme qui lui donne ses soins ». Ce nouveau concept va connaître un destin paradoxal : Freud y recourt peu dans sa *Métapsychologie* rédigée en 1915, et moins encore après 1920, après l'introduction de la pulsion de mort.

Le concept est certes hétérogène, à plus d'un titre. Freud distingue dès 1914, narcissisme primaire et secondaire, qui recevront au fil de l'œuvre des contenus bien différents. Il désigne comme narcissique tantôt un stade du développement, tantôt un type de relation, ou un choix d'objet, tantôt une catégorie psychopathologique – les « névroses narcissiques » – d'ailleurs instable. « Narcissique » qualifie aussi un mode d'identification, ou même un caractère. Ainsi morcelé, le concept de narcissisme garde-t-il chez Freud son unité, voire sa cohérence ?

Paradoxe encore : ce concept à moitié abandonné par Freud et nombre de ses héritiers directs connaît depuis les années 1950 une fortune psychanalytique croissante, mais très diversement exploitée par les auteurs post-freudiens. Dans le système lacanien, la structure spéculaire du moi, née de

1. Par Françoise Neau.

l'expérience du miroir et de la dynamique identificatoire qui s'y joue, est fondatrice pour le devenir du sujet, tandis qu'aux États-Unis, des psychanalystes viennois émigrés comme H. Hartmann (1950), H. Kohut (1971) et O. Kernberg (1975) ont dégagé des « troubles narcissiques » et des « personnalités narcissiques », qui seraient de plus en plus nombreux, au moins dans la littérature analytique actuelle.

1 LE NARCISSISME DANS L'ŒUVRE DE FREUD

1.1 Avant 1914

Si Freud rencontre certains traits du narcissisme bien avant 1914, il apparaît explicitement comme une particularité du choix d'objet dans ses études sur Léonard de Vinci (1910), et le Président Schreber (1911) : la libido homosexuelle adressée au procureur Flechsig a été refoulée, et, ainsi libérée, s'est fixée sur le moi, provoquant la mégalomanie d'un Schreber devenant, dans son délire des grandeurs, le fils de Dieu. Dans *Totem et Tabou* (1913), Freud souligne la concordance entre les enfants, avec leurs fantaisies de toute-puissance, les primitifs et les névrosés obsessionnels avec leurs rituels : une telle « surestimation des actions psychiques », autrement dit la « toute-puissance des pensées », Freud la qualifie de « narcissisme intellectuel ».

1.2 Les caractéristiques du narcissisme dans l'article de 1914

Les enjeux de l'article publié juste avant que n'éclate la Grande Guerre (F. Neau, 2007) sont majeurs, dans le combat de Freud contre Jung. Là où Jung voit dans les psychoses les limites de la théorie de la libido, incapable selon lui d'en rendre compte, Freud va expliquer ces pathologies par une fixation à un placement *narcissique* de la libido. La libido, maintenue et étendue au moi, reste ainsi la théorie centrale de la psychanalyse.

1.2.1 *Le narcissisme normal*

Freud affirme d'abord l'existence d'un narcissisme normal : il ne résulte pas d'une fixation à un stade archaïque du développement, il n'est pas assimilable à une perversion. Il fait au contraire partie intégrante du « développement sexuel régulier de l'être humain », et va jouer un rôle fondamental chez

l'adulte, dans ses choix amoureux et la formation d'un moi idéal héritier de cette libido narcissique infantile. Le narcissisme normal consiste en un investissement libidinal originel et permanent du moi, un placement de la libido sur le moi que les investissements d'objet émis par la suite ne suffiront jamais à convertir tout à fait.

1.2.2 *Libido du moi et libido d'objet*

Investissement, placement : au cœur de cette nouvelle économie libidinale, qui déploie la métaphore bancaire, Freud (1914) souligne « une opposition entre la libido du moi et la libido d'objet » : « plus l'une consomme, plus l'autre s'appauvrit ». Ainsi l'amoureux aimerait l'autre plus que lui-même, comme le font les névrosés, tandis que chez les paraphrènes (schizophrènes et paranoïaques), l'hypocondriaque ou le malade organique, tout l'investissement libidinal refluerait dans le moi. La répartition harmonieuse des investissements narcissiques et objectaux et leur libre circulation, deviennent alors le critère de la santé : « un solide égoïsme préserve de l'entrée en maladie, mais à la fin l'on doit se mettre à aimer pour ne pas tomber malade, et l'on doit tomber malade lorsqu'on ne peut aimer par suite de refusèrent ». La répartition des richesses est cependant dès le début inégale : le moi est le premier détenteur du capital de libido, et c'est, dit Freud, l'excès d'investissement narcissique qui oblige à investir sur des objets.

1.2.3 *Narcissisme primaire, auto-érotisme, narcissisme secondaire*

Ce capital de libido narcissique se constitue en deux temps, primaire et secondaire, que Freud définira d'une autre manière après 1920. En 1914, le narcissisme primaire, ou originel, caractérise l'état précoce, et normal, où l'enfant place toute sa libido sur lui-même, et le narcissisme secondaire le retour de la libido sur le moi après des investissements objectaux antérieurs insatisfaisants, comme dans la schizophrénie.

Ce narcissisme « primaire » de 1914 résulte d'un processus de développement, à partir des pulsions auto-érotiques partielles, que les soins maternels vont exciter en même temps qu'ils apaisent la faim et la détresse. Dans et par cette transformation de l'auto-érotisme au narcissisme, vont prendre *forme* le moi, réalisateur hallucinatoire de désir et producteur de travail psychique, et l'objet – la mère : l'un comme l'autre, objet total, et différencié.

Il résulte aussi de l'amour des parents pour l'enfant, imprégné de « la contrainte à (lui) attribuer toutes les perfections » et tous les privilèges, à le mettre à l'abri des accidents et des nécessités de la vie : face à cet enfant merveilleux, l'adulte retrouve *His Majesty the Baby* qu'il s'imaginait être jadis, sauvegarde ainsi « cette immortalité du moi que la réalité bat en

brèche », et retrouve son propre narcissisme infantile fait de toute-puissance, d'idéalisation et de déni de la réalité extérieure.

Ainsi, pour Freud en 1914, le narcissisme primaire n'est pas celui d'une monade (J. Laplanche, 1970) : « s'aimer¹ » suppose d'être aimé.

1.2.4 Choix d'objet narcissique

Le narcissisme originel peut être transféré chez l'adulte sur un objet sexuel extérieur choisi selon le type de l'étaillage : cet adulte aimera alors « la femme qui nourrit » ou « l'homme qui protège ». S'il n'est pas transférable, si la libido narcissique reste la plus forte, l'objet extérieur est choisi selon le type narcissique. Autrement dit, à travers celui ou celle que nous aimons, nous aimons ce que nous sommes, ou voudrions être, ou une partie de nous, à l'instar de Léonard de Vinci qui aurait aimé les jeunes garçons comme il a été aimé, lui, par sa mère. Que nous aimions selon le type par étaillage ou selon le type narcissique, notre amour qui toujours surestime l'objet aimé – avec excès, dans la passion amoureuse – garde la trace de son origine, en fait narcissique dans les deux cas.

1.2.5 Le moi idéal, héritier de la libido narcissique

Cette libido narcissique, très tôt exposée à la menace de castration, aux réprimandes de l'entourage et à leur intériorisation, va se trouver aussi déplacée, dit Freud, sur un nouveau moi idéal formé à l'image du moi infantile tout-puissant et parfait, qui devient le nouvel objet d'amour et de satisfaction narcissique. Cet idéal à l'intérieur de lui-même auquel le sujet va comparer son moi actuel, et réel, est aussi l'agent, et la condition, du refoulement.

La division du moi en une instance qui va comparer le moi réel au moi idéal, parfois avec une infinie sévérité, est une des conséquences majeures de l'introduction du narcissisme dans la psychanalyse, que Freud développera largement dans la deuxième topique en introduisant le surmoi, cette instance formée par intériorisation des exigences narcissiques infantiles des parents et de leurs interdits.

1. Ainsi s'appelle le numéro de la revue *Libres cahiers de psychanalyse* qui prend pour argument l'article de Freud (Fenouillet, In Press, 2005).

1.3 Le narcissisme de 1915 à 1920

Curieusement, après avoir introduit ce concept complexe et fécond dans la psychanalyse, Freud ne revient guère sur ces développements, ou alors de façon partielle, voire contradictoire.

Avec les essais rédigés en 1915 qui composent la *Métapsychologie*, il s'attache à décrire « l'entrée de l'objet dans le stade du narcissisme » : le concept introduit en 1914 se réduit à « la relation narcissique à l'objet » tandis que le moi narcissique, qui est aussi un réservoir de haine pour le monde extérieur, se trouve rabattu sur la notion d'« identification narcissique », elle aussi mortifère.

La relation narcissique à l'objet. Dans *Pulsions et destins de pulsions* (Freud, 1915), le moi narcissique, sous la domination du principe de plaisir, prend en lui – introjecte – les objets sources de plaisir, et rejette au-dehors ce qui au-dedans est source de déplaisir, tout en récusant un monde extérieur qui le menace. En tant qu'il est aimé et donc incorporé, l'objet entre selon Freud « dans le stade du narcissisme », et perd alors sa qualité objectale ; mais récusé par le moi narcissique et rejeté au-dehors, il naît en tant qu'objet dans la haine. « L'externe, l'objet, le haï seraient, au tout début, identiques. » Ce n'est plus alors l'amour narcissique mais la haine narcissique qui vient marquer et l'objet et le moi.

L'identification narcissique avec l'objet. L'incorporation puis l'introjction de l'objet caractérisent l'identification narcissique dont Freud fait dans *Deuil et mélancolie* (1917) la clé du processus de la mélancolie, qui devient après la schizophrénie, la névrose narcissique par excellence. Dans la mélancolie l'objet est perdu, ou abandonné, mais l'amour pour l'objet ne l'est pas : en se réfugiant dans l'identification narcissique, il installe régressivement dans le moi, avec l'ombre de l'objet, la haine dont cet objet est aussi le dépositaire.

1.4 Le narcissisme après l'introduction de la pulsion de mort en 1920

Ainsi, après 1914, le concept de narcissisme se transforme. La libido narcissique peut se fractionner, et se déposer sur les instances qui composent le système du moi (idéal du moi, moi idéal, surmoi). Et le moi narcissique n'est plus tant celui qui se prend comme objet d'amour que celui qui hait, récusant le monde extérieur ou emplî envers une part de lui-même d'une haine « plus ancienne que l'amour » (Freud, 1923). En fait, l'opposition entre libido d'objet et libido du moi n'est plus le seul organisateur du narcissisme, dont l'unité est menacée par la partition du moi et l'ambivalence pulsionnelle.

1.4.1 *Narcissisme et destructivité*

Dans le nouveau dualisme qui s'instaure en 1920, où auto-conservation et libido rejoignent le camp des pulsions de vie – l'autre nom d'Éros –, où le conflit pulsionnel peut aller jusqu'à la désunion d'Éros et Thanatos, que devient le narcissisme ?

Les nouvelles analyses de la mélancolie (Freud, 1923) le montrent : en cas de désunion pulsionnelle, le moi peut être visé par la pulsion de mort retranchée dans le surmoi. Cette désunion est un effet de l'identification narcissique, structurellement paradoxale : en même temps qu'elle préserve en l'intériorisant l'amour pour l'objet perdu, l'identification narcissique désexualise et ainsi libère au sein du moi Thanatos, jusque-là neutralisé par son mélange avec Éros. Dans l'économie mélancolique, « pure culture de la pulsion de mort » (Freud, 1923), la libido narcissique qui se retire sur le moi ne sert plus l'expansion du moi mais sa destruction. La régression mélancolique révèle combien le moi naît hétérogène, construit par identifications successives et toujours susceptibles d'éclater, de se diviser, de se morceler à partir de ses lignes de failles naturelles.

1.4.2 *Un autre narcissisme primaire : l'état anobjectal*

Freud (1923) revient sur la distinction entre narcissisme primaire et secondaire : si le narcissisme primaire de 1914 a dès le début une dimension objectale puisqu'il est issu d'un auto-érotisme étayé sur la satisfaction procurée par l'autre, le prototype du narcissisme primaire après 1920 n'est plus « Sa Majesté le bébé », mais l'état anobjectal de la monade intra-utérine, ou de l'amibe, selon le modèle biologisant de la symbiose ou de l'indifférenciation. Le sommeil, caractérisé par l'absence de toute relation à l'entourage, reproduirait cette vie intra-utérine à jamais perdue, dans un mouvement quotidien de régression narcissique.

Face à ce narcissisme primaire anobjectal, qui prend maintenant sa source dans le ça, le narcissisme du moi est devenu secondaire. Le moi en majesté de 1914, à la fois source et objet de l'investissement narcissique de 1914 à 1920, est à partir de 1920 le serviteur de trois maîtres à la fois (le monde extérieur, le ça et le surmoi) entre les exigences desquelles il est pris et qu'il tente de concilier.

La *réalité* d'un état narcissique primitif anobjectal a fait l'objet de vives discussions du vivant même de Freud : M. Balint par exemple lui opposait un « amour primaire d'objet » qui relançait, sans en sortir, l'impossible question des origines (D. Widlöcher, 2000). Winnicott a souligné, fidèle en cela au Freud de 1914, le rôle des interactions avec l'environnement dans la constitution précoce du narcissisme de l'enfant – de son *self* –, et les observations sur les bébés confirment aujourd'hui ces hypothèses. Mais le *fantasme* d'un

tel état n'est-il pas fréquent dans la clinique du normal comme du pathologique ?

1.4.3 Résumé

La succession des constructions freudiennes sur le narcissisme, qui peut amener à s'interroger sur l'unité du concept, souligne en fait son hétérogénéité native, à l'image du moi. Chacun des courants qui le structure (G. Rosolato, 1976) est pris dans cette oscillation entre un narcissisme positif et un narcissisme négatif. Le retrait libidinal sur soi, qui peut permettre de s'affranchir de l'objet et de la dépendance, peut mener *via* l'illusion de l'autosuffisance à l'isolement et à la désolation mortifères. Le dédoublement dans le miroir et l'idéalisation, qui jouent un rôle structurant dans les processus identificatoires et la constitution du moi, peuvent conduire le moi au clivage et à sa perte ou au meurtre, du fait de l'écart jamais réductible entre moi et moi-même, entre moi et l'autre.

A. Green (1983) organise cette oscillation entre un narcissisme de vie et un narcissisme de mort sur le modèle du narcissisme primaire d'après 1920, qu'il définit comme aspiration à la réduction de toute tension. Il fait l'hypothèse, largement reprise, que le concept de narcissisme s'effacerait dans l'œuvre freudienne au profit de la pulsion de mort, dont le « narcissisme de mort » serait une illustration exemplaire.

2 DESTINS POST-FREUDIENS DU NARCISSISME

Hétérogène dès le début, le concept de narcissisme le reste après Freud. Sans prétendre nous engager dans l'histoire critique du narcissisme au sein de la pensée psychanalytique, nous nous attacherons à repérer de près deux de ses destins majeurs, et quasi opposés, chez Kohut et chez Lacan.

Absent du système kleinien – pour M. Klein, la vie pulsionnelle d'un moi précoce et d'emblée distinct est dirigée dès le début vers un objet d'emblée distinct –, il est très utilisé par les émigrés viennois aux États-Unis qui dès les années cinquante en font une pierre angulaire de l'*ego-psychology* et de la psychologie du *self*, au prix de transformations, voire de déformations violemment dénoncées en France par Lacan, qui lui aussi modifiera largement le concept originel.

2.1 Heinz Kohut

Partant de la redéfinition du concept entamée par H. Hartmann (1950), H. Kohut (1971) revendique « une attitude positive – théorique et pratique – d'acceptation du narcissisme » et finit par affirmer la prévalence des « besoins narcissiques » sur les désirs sexuels. Cette notion de *self*, sur laquelle Kohut fonde une nouvelle métapsychologie, connaîtra une grande fortune psychanalytique, mais avec des définitions parfois assez éloignées – Winnicott par exemple, qui l'utilise sans employer le concept de narcissisme, fait du *self* un moi vivant, et dynamique, « une totalité qui se fonde sur les processus de maturation ».

Comme l'a montré A. Oppenheimer (1996), le *self* devient au fil de l'œuvre de Kohut central dans le développement psychique, avec la notion de « relation *self*-objet » : l'objet n'a au départ pour fonction que d'assurer, par la satisfaction des besoins, l'unité du *self*, tandis que la libido narcissique prend la valeur d'une énergie psychique non sexuelle. La disparition d'un *selfobjet* entraîne une fragmentation partielle du *self*, ou totale dans le cas des psychoses. Seul un *self* solide, donc un environnement précoce satisfaisant, permet au complexe d'Œdipe de prendre toute sa valeur organisatrice et canalise une menace de désintégration archaïque plus essentielle que la menace de castration.

À distance de la balance freudienne entre investissements narcissiques et objectaux, Kohut privilégie la qualité des investissements du soi ; le *self* grandiose et exhibitionniste, mégalomane, et l'*imago* parentale idéalisée, vont constituer deux courants du narcissisme, qui alimenteront pour l'un, les ambitions qui nous poussent, et pour l'autre, les idéaux qui nous guident. L'un et l'autre permettent de restaurer un *self* endommagé soit par les défaillances des objets primaires soit par les défenses mises en œuvre par le moi pour y pallier, et gardent cette valeur dans des pathologies diverses où la rage narcissique infantile peut mener à la destruction de l'autre, à l'échelle de l'individu comme du groupe.

2.2 Jacques Lacan

De la théorie du narcissisme, qu'il dit « cruciale dans Freud », Lacan (1949) ne retient que l'identification narcissique : il insiste sur la relation spéculaire à l'autre, qui détermine la structure en miroir du moi, dans la constitution duquel l'imaginaire joue un rôle déterminant, intrinsèquement lié à la tendance agressive.

Lacan (1949) construit le stade du miroir, corrélatif d'une « phase narcissique », à partir des travaux d'Henri Wallon, ce psychologue qui observa l'enfant de 8-9 mois, encore immature au plan moteur et dépendant de qui le nourrit, au moment où il rencontre son image dans un miroir. Il

acquiert ainsi une image globale, unifiée, de son corps dont il ne peut sans miroir percevoir que des parties, et s'engage dans la représentation et la symbolisation : il va finir par renoncer à saisir cette image dans le miroir vers laquelle d'abord l'enfant accourt à l'appel de son nom, il finit par renoncer à l'appréhender sensoriellement, pour ensuite la reconnaître comme sienne. Cette image spéculaire devient « la forme intuitive par laquelle le sujet accomplit la recherche de son unité » mentale, découverte avec jubilation dans la mesure où « l'enfant anticipe sur le plan mental la conquête de l'unité fonctionnelle de son propre corps, encore inachevée à ce moment sur le plan de la motricité volontaire ». Cette jubilation est le noyau de la jouissance, imaginaire – ou plutôt, de ce qui de la jouissance se réfère au corps.

Imaginaire, l'ensemble du processus identificatoire dont l'expérience du miroir est la matrice l'est aussi, dans les deux acceptions du terme : né de l'image, et fictif. L'image spéculaire n'est qu'un leurre, l'enfant ne peut se reconnaître qu'en se méconnaissant, le miroir renvoie au mirage. Ce moi se trouve situé, comme instance, « dans une ligne de fiction, envers et contre toute illusion d'autonomie » – aux antipodes donc, des conceptions de l'*egopsychology* ou même de la psychologie du *self*.

Cette expérience spéculaire, avec la « phase narcissique » qu'elle ouvre, est de ce fait aussi la matrice de l'agressivité (Lacan, 1948). L'identification primaire, qui « structure le sujet comme rivalisant avec soi-même », engage la dynamique identificatoire tout entière sous le sceau de la « tendance agressive » ; au double rencontré dans le miroir, premier rival, succédera le rival œdipien. Ainsi se prépare « l'effet structural d'identification au rival », au fondement des identifications œdipiennes secondaires où l'*imago* du parent de même sexe est introjectée. « L'agressivité est la tendance corrélative d'un mode d'identification que nous appelons narcissique et qui détermine la structure formelle du moi de l'homme et du registre d'entités caractéristiques de son monde. »

3 L'AXE DU NARCISSISME DANS LA CLINIQUE

L'axe narcissique, constitutif de l'expérience humaine elle-même, joue un rôle dans l'ensemble de la psychopathologie, et pas seulement dans les pathologies caractérisées depuis plus de trente ans comme « narcissiques ». Cet axe, modelé par l'intensité et la qualité de la « régulation narcissique » (D. Widlöcher, 1994) toujours tressé dans le conflit avec l'axe objectal, traverse l'ensemble des organisations psychiques, selon des modalités spécifiques, et singulières chez chaque sujet.

3.1 L'axe narcissique dans la psychopathologie

3.1.1 Les névroses

Dans les névroses, qui déclinent chacune à leur manière la problématique de la castration, c'est « l'intérêt narcissique pour l'organe génital » qui, selon Freud (1925), génère l'angoisse de castration – le garçon a à faire avec « ce morceau de narcissisme » qu'est le pénis, et la fille avec l'offense narcissique de son absence. Et si la névrose est caractérisée par le conflit intra-psychique, la régulation narcissique à l'intérieur du moi entre les formations idéales est au premier plan.

L'hystérie. Organisée à partir d'investissements objectaux, et non d'un repli de la libido sur le moi, l'hystérie a cependant étroitement partie liée avec le narcissisme, et pas seulement parce que les femmes feraient à la manière des homosexuels et des pervers, selon Freud, un choix d'objet narcissique, où être aimée compterait plus qu'aimer. L'hystérie se construit et se déploie à partir d'une grande fragilité narcissique. Les filles y seraient plus exposées, par la perception de la différence anatomique des sexes qui les fait perdantes, et par le destin œdipien qui exige qu'elles perdent leur premier objet d'amour – la mère – pour pouvoir s'identifier à elle comme rivale, alors que les garçons seraient plus assurés de le retrouver. Cette fragilité structurelle, qui les inscrirait d'emblée sous le régime du manque et de la perte, les rendrait plus sensibles aux ratés du maternage et de sa fonction narcissisante – que ce maternage soit excessif ou défaillant – et faciliterait le devenir hystérique. Le retrait de la libido sur le moi dans l'hystérie défendrait alors le sujet de l'angoisse d'être l'objet (défaillant) du désir de l'autre, tandis qu'une enveloppe d'excitation permanente (A. Anzieu, 1987) servirait de prothèse narcissique pour pallier l'abandon de et par l'objet, et maintiendrait la cohésion du moi.

La névrose obsessionnelle. Le retrait de la libido sur le moi y prend aussi une valeur défensive, mais c'est d'une sexualisation extrême de l'activité ou du fantasme, et d'une haine à l'égard de l'objet au premier plan dans l'ambivalence, que le scénario de la contrainte, l'intensité de l'idéalisation et les formations réactionnelles doivent protéger. Dans la névrose de contrainte, l'objet haï continue d'être investi sans être détruit, sans s'abattre sur le moi jusqu'à le menacer dans un processus d'identification mélancolique. C'est de l'effraction du sexuel et de la haine en lui que l'obsessionnel s'efforce de se protéger, par le recours narcissique, sans pour autant dénier l'altérité de l'objet, ni sa perte. Ce recours narcissique n'empêche pas les affects dépressifs d'advenir au décours de la cure des obsessionnels, quand peut apparaître la dimension illusoire et aliénante de la relation d'emprise (C. Chabert, 1992).

3.1.2 *Les psychoses*

Dans les psychoses, l'hypothèse freudienne d'un surinvestissement narcissique au principe de la plupart des psychoses a été très tôt contestée par Federn, qui soulignait au contraire l'insuffisance narcissique, cliniquement facile à constater dans la catatonie et l'hébéprénie, des formes graves de la schizophrénie, où le désinvestissement, de soi comme de l'objet externe, paraît au premier plan.

Un repérage plus spécifique des pathologies psychotiques, une attention à la qualité du narcissisme engagé et aux processus engagés permettraient de mieux articuler surinvestissement et désinvestissement narcissiques : la désertification psychotique ne témoigne-t-elle pas que le processus de destruction mis en œuvre par le « narcissisme de mort » contre le moi, en morcelant, dépersonnalisant, peut arriver jusqu'à son terme, c'est-à-dire la destruction du fonctionnement psychique lui-même ? J.-C. Rolland (1998) fait une hypothèse voisine, quand il met à jour un « noyau mélancolique » commun à toute pathologie psychotique.

3.1.3 *Les perversions*

Narcissisme et perversion sont pour Freud solidement liés puisque la régression et la fixation au narcissisme sont dans les années 1910-1914 l'une des théories freudiennes de la perversion, jamais unifiées. Selon cette hypothèse, les pervers se caractériseraient par leur choix d'objet narcissique, mais surtout par une régression en deçà de l'idéal du moi : sans le refoulement produit par l'idéal du moi, lui-même produit du narcissisme, la tendance sexuelle va pénétrer, dit Freud, « telle quelle » dans la personnalité.

Des réflexions cliniques actuelles s'attachent davantage à la place de la perversion dans certaines pathologies narcissiques identitaires ; pour R. Roussillon par exemple, la « solution perverse » peut être une « solution secondaire » face à certains « traumatismes primaires » du narcissisme primaire (1999, 2004).

3.1.4 *Les états limites*

Le narcissisme joue un rôle fondateur dans l'invention post-freudienne d'états ou de fonctionnements limites (ou *borderline*), quelles que soient leurs formes cliniques ou leur approche théorique. Le tressage entre investissements narcissiques et objectaux est organisé par une problématique de perte d'objet absolument centrale (C. Chabert, 1999), qui prend cliniquement la forme d'une dépendance extrême aux objets externes (l'autre, la nourriture, la substance ou la conduite addictive...).

Ainsi, pour J. Bergeret (1970), dans une perspective développementale, l'état limite apparaît comme une maladie du narcissisme lui-même, maladie

qui a atteint et déformé un moi préœdipien trop immature pour se protéger d'une perte objectale traumatogène. Selon d'autres auteurs, la perte ou l'absence soudaine de l'objet primaire, ou bien des idéaux (G. Rosolato, 1975) va entraîner désertification et mortification du moi, à travers un désinvestissement narcissique et une identification à cet objet perdu. D'après O. Kernberg (1975a) la « faiblesse du moi », qui induit le manque de contrôle pulsionnel et de tolérance à l'angoisse, empêche le développement des voies de sublimation et amène la domination de mécanismes de défense primitifs.

3.2 Organisations narcissiques et troubles narcissiques graves de la personnalité et du comportement

Chez des personnalités organisées de façon prépondérante sur un mode narcissique comme chez d'autres atteintes de troubles narcissiques graves (H. Kohut, 1971), l'axe narcissique s'est renforcé, notamment du fait de l'angoisse d'avoir perdu à jamais l'objet détruit par un excès de haine. Cette angoisse est à l'œuvre également dans les organisations limites où elle fragilise les limites du moi (O. Kernberg, 1975b), et peut-être aussi dans les perversions où l'indifférence à l'objet pourrait bien être une autre tentative pour se prémunir de la même angoisse de perte (J. André, 1999).

Mais le durcissement extrême de l'enveloppe narcissique peut s'avérer une défense coûteuse, et entraîner une pathologie narcissique manifeste. Symptomatiquement, dit Kohut, elle prendra des formes aussi diverses que des fantasmes pervers, une absence d'intérêt sexuel, ou des inhibitions au travail, ou l'impossibilité d'établir des relations authentiques, ou encore des passages à l'acte, souvent délinquants, ou des troubles psychosomatiques plus ou moins lourds. Mais pour Kohut, le *self* traumatisé est restaurable dans et par le traitement psychanalytique, grâce au transfert, narcissique – deux mots inconciliables pour Freud.

CONCLUSION

Ces développements post-freudiens, trop résumés ici, témoignent de l'étrange destin du concept de narcissisme dans la psychanalyse. Alors même que Freud l'y introduisait pour sexualiser le moi, la tentation est grande pour certains héritiers d'effacer sa charge libidinale, que le narcissisme devienne cette prison de verre aliénant le moi, ou l'occasion, pour le patient comme pour l'analyste, d'éviter la sexualité. Le paradoxe n'est-il pas

cependant au cœur du destin même du narcissisme chez Freud, à la frontière jamais étanche entre Éros et Thanatos ?

LECTURES CONSEILLÉES

- ANDRÉ J. (dir.) (1999). « Introduction. L'unique objet », *Les États-limites*, Paris, PUF.
- ANZIEU A. (1987). « L'enveloppe hystérique », in D. ANZIEU et coll., *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- BERGERET J. (1970). « Les états-limites », dans *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37395A10, Psychiatrie, Paris.
- CHABERT C. (1992). « Incidences narcissiques dans la névrose obsessionnelle », in *Psychanalyse à l'Université*, 65, n° 17.
- CHABERT C. (1999). « Les fonctionnements limites : quelles limites ? », in J. ANDRÉ (dir.), *Les États limites*, Paris, PUF.
- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.
- FREUD S. (1910). *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, Paris, Gallimard, 1987.
- FREUD S. (1911). « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : le président Schreber », *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1993.
- FREUD S. (1913). *Totem et Tabou*, O.C., XI, Paris, PUF, 1998.
- FREUD S. (1914). « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
- FREUD S. (1915). *Pulsions et destins de pulsions*, in O.C., XIII, Paris, PUF, 1988.
- FREUD S. (1917). *Deuil et mélancolie*, in O.C., XIII, Paris, PUF, 1988.
- FREUD S. (1921). *Psychologie des masses et analyses du moi*, in O.C., XVI, Paris, PUF, 2003.
- FREUD S. (1923). *Le Moi et le Ça*, in O.C., XVI, Paris, PUF, 2003.
- FREUD S. (1925). « Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique des sexes », *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1985.
- GREEN A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit.
- GREEN A. (1984). « Pulsion de mort, narcissisme négatif et fonction désobjectalisante », in *Le Travail du négatif*, Paris, Minuit, 1993.
- HARTMANN H. (1950). « Commentaires sur la théorie psychanalytique du moi », *Revue française de psychanalyse*, 1967, 31, 3.
- KERNBERG O. (1975a). *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1979.
- KERNBERG O. (1975b). *La Personnalité narcissique*, Toulouse, Privat, 1980.
- KOHUT H. (1971). *Le Soi*, Paris, PUF.
- LACAN J. (1948). « L'agressivité en psychanalyse », dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.

- LACAN J. (1949). « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je », dans *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.
- LAPLANCHE J. (1970). *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, Aubier.
- NEAU F. (2007). « Le narcissisme dans la guerre, et sa disgrâce », dans « Parler de la mort : actuelles sur la guerre et la mort, Sigmund Freud, 1915 », *Libres cahiers de psychanalyse*, 16, In Press.
- OPPENHEIMER A. (1996). *Kohut et la psychologie du self*, Paris, PUF.
- ROLLAND J.-C. (1998). *Guérir du mal d'aimer*, Paris, Gallimard.
- ROSOLATO G. (1975). « L'axe narcissique des dépressions », dans *La Relation d'inconnu*, Paris, Gallimard.
- ROSOLATO G. (1976). « Le narcissisme », dans « Narcisses », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 13, Paris, Gallimard.
- ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.
- ROUSSILLON R. (2004). « Narcissisme et "logiques" de la perversion », dans D. WIDLÖCHER, F. NEAU, N. JEAMMET, *Narcissisme et Perversion*, Paris, PUF.
- WIDLÖCHER D. (1994). « La relation narcissique », dans D. WIDLÖCHER (dir.), *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF.
- WIDLÖCHER D. (2000). « Amour primaire et sexualité infantile », dans D. WIDLÖCHER, J. LAPLANCHE, P. FONAGY *et al.*, *Sexualité infantile et attachement*, Paris, PUF.

Chapitre 10

LE COMPLEXE
D'ŒDIPE
OU LA QUESTION
DES ORIGINES

INTRODUCTION¹

Le complexe d'Œdipe est la pierre d'angle de la théorie psychanalytique, *la* « découverte » de la psychanalyse (Assoun, 2007, p. 215), son concept de plus crucial (Nasio, 2005), dans la mesure où il met en évidence la construction très précoce qui anime l'enfant dans ses relations à ses parents pour se singulariser, se repérer dans sa filiation et son identité sexuée. Le complexe d'Œdipe donne à l'enfant ses coordonnées psychiques en même temps qu'il décrit chez lui un mode particulier d'investissement libidinal et de choix d'objet. La sexualisation des liens avec les parents constitue un apport essentiel pour comprendre le destin d'un sujet. Le rôle de la sexualité infantile y trouve ici son point d'orgue dans la mesure où la vie pulsionnelle de l'enfant s'organise sous le primat du génital infantile : l'enfant intègre le polymorphisme de sa sexualité prégénitale et narcissique pour se faire sujet (unifié) d'un désir pour un autre sujet reconnu comme tel par le parent œdipien. Dans le même temps, il développe un sentiment de haine (ou de jalousie) pour le parent rival. C'est cette configuration typique et simplifiée intégrant la dimension parentale – paternelle et maternelle – qui va placer l'enfant au sommet d'un triangle, et le fait accéder à la représentation de la tiercéité (Green, 1995, p. 15-56). Le fait que l'enfant ait à investir libidinalement ses propres parents comme premiers objets de désir et de haine à la fois aura pour conséquence de lier désir et interdit : le premier objet investi sexuellement par l'enfant se trouve être en même temps son parent, son géniteur. Cette coïncidence conduira l'enfant à se reconnaître (et à être reconnu par ses parents) comme sujet désirant au moment où ce désir vise un objet frappé du sceau de l'interdit.

1. Par François Marty.

Depuis les travaux de Freud et, à sa suite, de certains anthropologues, cette structure œdipienne est considérée comme fondatrice des rapports entre les êtres, de façon universelle, quelle que soit la diversité de ses modalités d'expression : l'interdit de l'inceste scelle les relations entre les humains en distinguant les places (symboliques) dans la parenté et la filiation au sein de la dynamique familiale. Le complexe d'Œdipe est en ce sens un procès de symbolisation permettant à l'enfant de se repérer par rapport à son appartenance sexuée, ses ascendants, sa filiation. À ce titre, il peut être considéré comme la base même de la capacité à se penser comme sujet, processus – celui de la subjectivation – essentiel pour l'existence même.

1 ŒDIPE DANS LA MYTHOLOGIE

Dans la théorie freudienne, le complexe d'Œdipe désigne un ensemble de relations dont la configuration ressemble à celle qui est décrite dans la légende d'Œdipe telle qu'elle nous est rapportée par Sophocle dans *Œdipe roi*. Freud en donne l'argument dans *L'Interprétation des rêves* (1900, p. 267-268) : « Œdipe, le fils de Laïos, roi de Thèbes, et de Jocaste, est exposé comme un enfant trouvé, parce qu'un oracle avait averti le père que son fils encore à naître serait son meurtrier. Il est sauvé et grandit, comme fils de roi dans une cour étrangère, lorsque, incertain de son origine, il interroge lui-même l'oracle et obtient de lui le conseil de quitter le pays, parce qu'il devait devenir le meurtrier de son père et l'époux de sa mère. Sur le chemin de son pays d'origine présumé, il se heurte au roi Laïos et le tue en un combat subitement déchaîné. Là-dessus, il arrive devant Thèbes où il résout l'énigme du Sphinx qui lui barre le chemin et se trouve, en remerciement pour cela, choisi comme roi par les Thébains et récompensé de la main de Jocaste. Il règne pendant une longue période en paix et dignité et procréé, avec celle qui est à son insu sa mère, deux fils et deux filles, jusqu'à ce que la peste éclate, ce qui donne l'occasion d'interroger à nouveau l'oracle du côté des Thébains... Les émissaires apportent la décision que la peste cessera quand le meurtrier de Laïos sera expulsé du pays... Œdipe lui-même est le meurtrier de Laïos, mais aussi le fils de sa victime et de Jocaste. Ébranlé par son forfait exécuté à son insu, Œdipe s'aveugle et quitte le pays. L'oracle est accompli¹. »

En choisissant cette version du mythe, il en rend compte dès 1897 dans sa correspondance avec Fliess² (1897), Freud a privilégié le drame psychologi-

1. Cité dans cette version par P.L. Assoun (2007, p. 218).

2. Cf. infra. Le jeune Sigmund avait été interrogé sur *Œdipe roi* de Sophocle au baccalauréat en 1873 (cf. lettre à Emil Fliess du 17 mars 1873).

que à la version antique d'Eschyle qui fait de l'histoire d'Œdipe l'un des épisodes d'une histoire bien plus large dans laquelle la vie du jeune héros s'inscrit profondément et indissociablement dans celle de ses ascendants, notamment et directement en réponse aux agissements de son père Laïos. Freud se différencie ainsi nettement des conceptions d'Eschyle et des Anciens pour qui le drame d'Œdipe n'a de sens que parce qu'il est référé à la faute de Laïos ; et les luttes fratricides d'Étéocle et Polynice s'inscrivent dans l'oracle qui concerne Œdipe et la malédiction qui s'abat sur sa descendance. La prise en compte de cette histoire familiale, préhistoire du mythe, donnera l'occasion à J. Bergeret (1994) d'y voir la source de la violence (fondamentale), la violence infanticide parentale précédant celle, parricide, de l'enfant Œdipe.

Freud se sert de l'action et de l'intrigue d'un moment qu'il isole pour illustrer la ressemblance qu'il peut y avoir entre les sentiments qu'éprouve le jeune enfant vis-à-vis de ses parents et le drame d'Œdipe dans la tragédie grecque. Il procède à la manière d'Euripide et de Sophocle en mettant l'accent sur l'action davantage que sur la succession des séquences qui l'annoncent et l'expliquent.

Dans son article « Secret de famille », Guy Ausloos (1980, p. 60-79) analyse le mythe œdipien en termes de problématique transgénérationnelle. Il propose l'hypothèse selon laquelle, chez Œdipe et dans sa famille, « les secrets sont faits pour être agis ». Comme s'il y avait une transmission inconsciente du secret dont l'une des fonctions serait précisément de servir de lien entre les générations. Dans cette perspective, l'acte (incestueux et parricide) chez Œdipe vient à la place du fantasme des origines. Par son double crime, il se révèle à lui-même ce qui était jusque-là une énigme impensable, irreprésentable.

2 L'ŒDIPE DANS LA THÉORIE FREUDIENNE

Freud fait allusion au complexe d'Œdipe pour la première fois dans une note du 31 mai 1897 (1897a, p. 183-184) : « Les pulsions hostiles à l'endroit des parents (désir de leur mort) sont également parties intégrantes des névroses. Elles viennent consciemment au jour sous la forme d'idées obsessionnelles. Dans la paranoïa, les délires de persécutions les plus graves (méfiance pathologique à l'égard des chefs, des monarques) émanent de ces pulsions. Elles se trouvent refoulées dans les périodes où les sentiments de pitié pour les parents l'emportent, au moment de leurs maladies, de leur mort. Dans le deuil, les sentiments de remords se manifestent, alors on se reproche leur mort (c'est ce que l'on décrit sous le nom de mélancolies) ou bien l'on se punit soi-même sur le mode hystérique, en étant malade comme eux (idée de

rachat). L'identification n'est alors, comme on voit, qu'un mode de penser et ne nous délie pas de l'obligation de rechercher les motifs.

Il semble que, chez les fils, les désirs de mort soient dirigés contre le père, et chez les filles, contre la mère¹. Une jeune domestique reporte ce désir sur sa patronne dont elle souhaite la mort pour pouvoir épouser le patron. (Voir à ce sujet le « rêve de Lisel à propos de Martha et de moi-même². »)

Il reprendra cette allusion dans une lettre adressée à son ami Fliess en date du 15 octobre 1897. « C'est un bon exercice que d'être tout à fait sincère envers soi-même. Il ne m'est venu à l'esprit qu'une seule idée ayant une valeur générale. J'ai trouvé en moi, comme partout ailleurs, des sentiments d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments qui sont, je pense, communs à tous les jeunes enfants, même quand leur apparition n'est pas aussi précoce que chez les enfants rendus hystériques (d'une façon analogue à celle de la « romantisation » de l'origine chez les paranoïaques – héros, fondateurs de religions). S'il en est bien ainsi, on comprend, en dépit de toutes les objections rationnelles qui s'opposent à une inexorable fatalité, l'effet saisissant d'*Œdipe roi*. On comprend aussi pourquoi tous les drames plus récents de la destinée devaient misérablement échouer. Nos sentiments se révoltent contre tout destin individuel arbitraire tel qu'il se trouve exposé dans "l'Aïeule", etc. Mais la légende grecque a saisi une compulsion que tous reconnaissent parce que tous l'ont ressentie. Chaque auditeur fut un jour en germe, en imagination, un Œdipe et s'épouvante devant la réalisation de son rêve transposé dans la réalité ; il frémit suivant toute la mesure du refoulement qui sépare son état infantile de son état actuel » (Freud, 1897b, p. 198).

C'est à la suite de l'analyse de ses rêves, en particulier le rêve dit du coffret, que Freud exhume les mouvements tendres qui le poussent vers sa vieille bonne et sa mère, et les sentiments hostiles projetés sur Philipp, son frère aîné (de vingt ans plus âgé que Sigmund, ce qui lui conférait un statut de substitut paternel). C'est à ce propos qu'il parle de ce qu'il a trouvé en lui comme partout ailleurs, des sentiments tendres envers la mère et de jalousie envers le père.

Dans *L'Interprétation des rêves* (1900, p. 227), Freud évoque le rôle des parents dans la vie psychique des enfants en montrant qu'il n'y a pas sur ce point de différence fondamentale entre les individus normaux et les névrosés, si ce n'est chez ces derniers une sorte de grossissement des tendances communes. « Mais je ne crois pas que les névropathes se distinguent en cela des individus normaux, il n'y a là aucune création nouvelle, rien qui leur soit particulier. Il semble plutôt, et l'observation des enfants normaux paraît en

1. Première allusion au complexe d'Œdipe.

2. Gouvernante des enfants de Freud.

être la preuve, que ces désirs affectueux ou hostiles à l'égard des parents ne soient qu'un grossissement de ce qui se joue d'une manière moins claire et moins intense dans l'esprit de la plupart des enfants. L'Antiquité nous a laissé, pour confirmer cette découverte, une légende dont le succès complet et universel ne peut être compris que si on admet l'existence universelle de semblables tendances dans l'âme des enfants. Je veux parler de la légende d'Œdipe roi et du drame de Sophocle. »

Avec les *Trois essais* (1905, p. 91), Freud aborde à nouveau la vie amoureuse et sexuelle de l'enfant. Deux allusions concernent Œdipe : la première a trait aux recherches sexuelles de l'enfant et à l'énigme du Sphinx. « La pulsion de savoir : à cette même époque où la vie sexuelle de l'enfant atteint son premier degré d'épanouissement – de la troisième à la cinquième année – on voit apparaître les débuts d'une activité provoquée par la pulsion de recherche et de savoir. La pulsion de savoir ne peut pas être comptée parmi les composantes pulsionnelles élémentaires de la vie affective et il n'est pas possible de la faire dépendre exclusivement de la sexualité. Son activité correspond d'une part à la sublimation du besoin de maîtriser et, d'autre part, elle utilise comme énergie le désir de voir. Toutefois, les rapports qu'elle présente avec la vie sexuelle sont très importants ; la psychanalyse nous montre ce besoin de savoir bien plus tôt qu'on ne le pense généralement. L'enfant s'attache aux problèmes sexuels avec une intensité imprévue et l'on peut même dire que ce sont là des problèmes éveillant son intelligence.

L'énigme du Sphinx. Ce n'est pas un intérêt théorique mais un besoin pratique qui pousse l'enfant à ces recherches. Lorsqu'il se sent menacé par l'arrivée réelle ou supposée d'un nouvel enfant dans la famille, et qu'il a lieu de craindre que cet événement n'entraîne pour lui une diminution de soins ou d'amour, il se met à réfléchir et son esprit commence à travailler. Le premier problème qui le préoccupe, en conformité avec son développement, n'est pas de savoir en quoi consiste la différence des sexes, mais la grande énigme : d'où viennent les enfants ? Sous un déguisement qu'on peut facilement percer, cette énigme est la même que celle du Sphinx de Thèbes. Qu'il y ait deux sexes, l'enfant l'accepte sans objection et sans y attacher beaucoup d'importance. Les petits garçons ne mettent pas en doute que toutes les personnes qu'ils rencontrent ont un appareil génital semblable au leur ; il ne leur est pas possible de concilier l'absence de cet organe avec l'idée qu'ils se forment d'autrui. »

Ici Freud évoque la curiosité sexuelle de l'enfant et le fait que comme les énigmes que le Sphinx de Thèbes soumettait à ceux qui le rencontraient, l'enfant est confronté à l'énigme de la différence des sexes et à celle de la provenance des enfants.

La seconde allusion se situe au chapitre III des *Trois essais* dans une partie intitulée : « La barrière contre l'inceste. » Là, le texte est plus explicite : « Certes, l'enfant tendrait naturellement à choisir les personnes qu'il a

aimées depuis son enfance par l'effet d'une libido en quelque sorte atténuée » (1905, p. 136). Mais surtout Freud évoque ce lien privilégié de l'enfant attiré sexuellement par les parents à propos des fantasmes des adolescents et du caractère différencié de l'inclinaison sexuelle des enfants. « Mais le choix de l'objet s'accomplit d'abord sous la forme de représentation, et la vie sexuelle de l'adolescence ne peut, pour le moment, que s'abandonner à des fantasmes, on retrouve chez tous les hommes les tendances et inclinaisons de l'enfant renforcées alors par le développement somatique ; et parmi ces tendances, celle qui compte le plus par l'importance et la fréquence est l'inclinaison sexuelle qui, la plupart du temps, a acquis un caractère différencié en vertu de l'attirance sexuelle de l'enfant vers les parents : le fils vers la mère et la fille vers le père. » (1905, p. 136-137.)

2.1 Le complexe nucléaire des névroses

Dans une note (82) ajoutée en 1920, Freud précise : « On a raison de dire que le complexe d'Œdipe est le complexe nucléaire des névroses, qu'il constitue la partie la plus essentielle du contenu de nos maladies » (1905, p. 187). Et, plus loin dans cette même note, « tout être humain se voit imposer la tâche de maîtriser le complexe d'Œdipe ; s'il faillit à cette tâche, il sera névrosé. »

Freud introduit en 1910 le terme d'Œdipe à propos de la vie amoureuse du petit garçon : « Les explications qu'il a reçues ont en effet réveillé en lui les traces mnésiques des impressions et des désirs de son enfance et ont réactivé à partir de ces traces certaines motions psychiques. Il commence à désirer la mère elle-même, au sens qui vient de s'ouvrir pour lui et à haïr de nouveau le père, comme un rival qui se met en travers de son désir ; il tombe, comme nous disons, sous la dominance d'Œdipe. » (Freud, 1910, p. 52.)

Après 1910, les références au complexe d'Œdipe deviennent explicites et nombreuses : *Totem et Tabou* en 1912, *Introduction à la psychanalyse* (1916-1917), *Le Moi et le Ça* (1923b), « Le déclin du complexe d'Œdipe » (1924). Dans *Totem et Tabou*, Freud développe le mythe du meurtre du père de la horde primitive, assignant ainsi au père et au fantasme parricide un rôle et une fonction symbolique éminente non seulement dans la constitution subjective avec le sentiment de culpabilité, la rivalité fraternelle et l'identification au père mort mais aussi, au plan sociétal, avec la constitution du lien social dans l'élaboration du fantasme fratricide comme fondement du lien fraternel. Jusqu'à cet article de 1924, Freud décrit le complexe d'Œdipe dans une forme identique pour le garçon et pour la fille. Dans cette première théorie du complexe, il n'existe qu'un seul organe, le pénis. L'identification aux traits parentaux constitue l'issue du complexe en permettant l'abandon du choix d'objet incestueux, annonçant ainsi son déclin.

2.2 Le déclin du complexe d'Œdipe

En consacrant un texte au déclin du complexe d'Œdipe, Freud entend montrer à tous ses détracteurs, au contraire, l'importance qu'il accorde à cette configuration psychique. Si le complexe décline, se dissout, c'est à cet instant crucial de son histoire infantile que se révèle pour l'enfant la solidité de l'édifice. En effet, le complexe semble disparaître sous l'effet d'une menace (concernant l'intégrité narcissique) et donne lieu à la naissance d'une angoisse qui s'avère essentielle à vivre et à dépasser : l'angoisse de castration.

« Si la satisfaction amoureuse, sur le terrain du complexe d'Œdipe, doit coûter le pénis, alors on en vient nécessairement au conflit entre l'intérêt narcissique pour cette partie du corps et l'investissement libidinal des objets parentaux. Dans ce conflit, c'est normalement la première de ces forces qui l'emporte ; le moi de l'enfant se détourne du complexe d'Œdipe. » (Freud, 1924, p. 120.) Et plus loin : « Le complexe d'Œdipe sombre du fait de la menace de castration. »

Le moi se détourne du complexe d'Œdipe pour conserver son intégrité. Davantage qu'un refoulement, cela équivaut à une destruction et à une suppression du complexe dans la mesure où les investissements d'objets sont abandonnés et remplacés par une identification. « Les tendances libidinales appartenant au complexe d'Œdipe sont en partie déssexualisées et sublimées, ce qui vraisemblablement arrive lors de toute transformation en identification, et en partie inhibées quant au but et changées en motions de tendresse. Le procès dans son ensemble a, d'un côté sauvé l'organe génital, il a détourné de lui le danger de le perdre et, d'un autre côté, il l'a paralysé, il a supprimé son fonctionnement. Avec lui, commence le temps de latence qui vient interrompre le développement sexuel de l'enfant. » (Freud, 1924, p. 120.) L'identification maintient les parents dans l'enfant, comme le surmoi les représente dans cette instance qui peu à peu va s'autonomiser et entrer en conflit avec le moi de l'enfant.

Le complexe d'Œdipe est un organisateur majeur de la vie psychique. Il n'est pas seulement une étape dans le développement de la libido de l'enfant, il serait plutôt l'avènement d'un mode de relation à soi et à l'autre qui va déterminer l'ensemble de la vie du sujet. Pendant l'expansion du complexe, l'immaturité de l'enfant au plan sexuel est niée par lui et « son impossibilité à posséder la mère est attribuée à l'interdiction paternelle » (Denis, 2001, p. 69). L'interdit paternel devient par là même un rempart puissant pour le narcissisme de l'enfant. Ainsi donc, le complexe et son interdit promeuvent et protègent l'enfant. L'au-delà de l'angoisse qui les accompagne assure à l'enfant un destin de sujet normalement névrosé. Le complexe d'Œdipe sert de mesure psychopathologique, permettant de démarquer la névrose des autres configurations pathologiques.

Lorsque Freud parle de déclin, d'abandon, de dissolution ou de destruction du complexe d'Œdipe, la multiplicité des vocables qu'il utilise nous indique, au-delà de l'imprécision des termes, son embarras pour exprimer la nature du destin du complexe au cours de la latence. Si l'enfant abandonne le projet d'occuper la place du parent du même sexe – de le tuer symboliquement – pour devenir l'objet du désir du parent de l'autre sexe ou le conquérir – position incestueuse –, le bénéfice que lui procure cette nouvelle disposition œdipienne demeure acquis à tout jamais. L'organisation symbolique à laquelle l'enfant parvient dans cette configuration œdipienne s'installe en lui, comme s'inscrit en lui l'identification secondaire qui découle de l'abandon du projet œdipien. Il ne saurait donc être question ici d'une destruction du complexe d'Œdipe qui est fondateur de la subjectivité, mais plutôt d'une mise en sommeil du vœu qui a permis son instauration. Nous rejoignons ici P. Denis qui propose une très belle formule en parlant de « dormition du complexe d'Œdipe ». Le complexe se réveillera avec la puberté. Il reprendra vie avec de nouveaux accents, une nouvelle force aussi, l'adolescent disposant à présent des moyens de réaliser ce qui n'était que fantasme pour le petit enfant.

L'impossibilité d'accomplir le fantasme œdipien aura conduit à son abandon. Les fantasmes œdipiens (inceste et parricide) seraient confrontés violemment au principe d'une réalité frustrante rendant impossible leur réalisation. L'enfant abandonne l'œdipe pour garder son intégrité narcissique et ne pas perdre l'amour parental dont il reste dépendant. Ce sont les déceptions qui font tomber le complexe, comme « les dents de lait », pour reprendre l'expression de Freud au début de son texte de 1924 sur le déclin du complexe¹.

L'investissement sexuel des objets parentaux dans le complexe d'Œdipe correspond, à un point de vue narcissique, au sens d'une recherche de satisfaction obtenue fantasmatiquement par l'enfant en se mettant à la place du parent du même sexe que lui pour conquérir le parent de l'autre sexe. Mais le désinvestissement sexuel des objets parentaux observés au moment du déclin du complexe d'Œdipe et de l'instauration de la latence correspond lui aussi à un but narcissique : garder son intégrité narcissique en évitant la castration. Le moi redevient un objet d'investissement libidinal. « Cette libido narcissique se tourne vers les objets, devenant ainsi libido d'objet, et peut se retransformer en libido narcissique. » (Freud, 1930, p. 304.)

Au plan métapsychologique, le moi s'adapte au principe de réalité en refusant la satisfaction aux pulsions du ça qui pousseraient l'enfant vers la réalisation de l'inceste. Que devient l'activité fantasmatique attachée à la problématique œdipienne si le complexe est abandonné ? Par quoi est

1. Voir notamment au sujet du déclin du complexe d'Œdipe le beau texte de C. Chabert « L'ombre d'Œdipe », 2005, p. 139-156.

remplacé le complexe d'Œdipe ? Par quel type de fonctionnement psychique ? L'enfant lutte pour maintenir à distance cette activité fantasmatique. Il lutte en mettant en place des défenses. C'est sous l'effet de la poussée pulsionnelle que ces défenses sont construites (cf. A. Freud, *Le Moi et les mécanismes de défense*, 1936). Et en même temps, c'est parce que l'attaque pulsionnelle est moins forte qu'elles peuvent se mettre en place. La pratique onaniste témoigne de cette lutte, elle est source d'un conflit psychique entre force du ça et interdit, conscience d'une culpabilité précurseur d'un surmoi post-œdipien.

« Pendant la période de latence, la défense contre la tentation de l'onanisme semble être considérée comme la tâche principale. Cette lutte produit une série de symptômes qui se retrouvent d'une manière typique chez les personnes les plus différentes, et revêtent en général le caractère du cérémonial. » (Freud, 1926, p. 36.)

Lorsque le complexe d'Œdipe décline, il est déjà désinvesti par l'enfant, qui a redéployé ses investissements ailleurs. L'enfant bute sur l'impossibilité de sa réalisation et le danger qu'il représente pour son intégrité narcissique. Mieux vaut abandonner que poursuivre. Ce renoncement facilite le déplacement de l'investissement et la découverte d'autres possibilités de gratifications narcissiques. Le réveil de la problématique œdipienne à l'adolescence, réveil facilité par la mutation pubertaire, par le développement de l'appareil génital, nous indique que l'abandon par l'enfant de cette problématique n'est pas total. Ce déplacement opéré (par sublimation) de l'investissement libidinal des objets parentaux n'est donc pas total ou, du moins, sa mise en latence permet de préserver la possibilité de sa résurgence. Ce qui nous conduit à penser que le destin de cet investissement libidinal dans le complexe d'Œdipe n'est peut-être pas le refoulement, au sens où le refoulé deviendrait inconscient. Il ne s'agit pas non plus d'un échec du refoulement, ce qui à proprement parler créerait une infinité de symptômes pathologiques pendant la latence.

2.3 Deuxième théorie de l'œdipe

Même si le complexe d'Œdipe ne fait pas l'objet d'une description systématique – aucun article ne lui est entièrement et exclusivement consacré – de nombreux commentaires s'y rapportant émaillent l'œuvre de Freud. Ils montrent la place qu'occupe peu à peu ce complexe dans la théorie, allant en s'intensifiant et en se « complexifiant », de la forme simple et positive (telle qu'on la voit dans le mythe) au conflit d'ambivalence qui fait apparaître les composantes homo- et hétérosexuelles de l'investissement de l'enfant, sa passivité et/ou son activité dans les modes de relation à l'objet. Cette évolution dans la pensée de Freud différencie le complexe d'Œdipe chez le garçon et la fille, en fonction du rôle que joue l'angoisse de castration chez l'un et

l'envie du pénis chez l'autre. Le moi, à la suite de la disparition du complexe d'Œdipe, en est transformé de par le jeu complexe des identifications que cette disparition autorise et par la formation du surmoi, qui installe au sein de l'appareil psychique les idéaux parentaux et les interdits fondamentaux qui vont désormais venir au secours du moi dans sa lutte contre les pulsions du ça.

On le voit, toute l'œuvre de Freud est traversée par cette découverte d'un mode de fonctionnement de la vie psychique qui va faire référence. Au point que le père de la psychanalyse n'hésitera pas à appeler sa fille Anna « mon Antigone », et à parler du petit Hans comme d'un « petit Œdipe ».

Le complexe d'Œdipe avec son caractère universel et la différenciation des instances psychiques (dont le surmoi), apparaît comme une dimension fondamentale de l'approche psychanalytique de l'humain.

3 APRÈS FREUD

Le complexe d'Œdipe laisse aujourd'hui la place au conflit œdipien. L'accent est mis, notamment avec l'apport de M. Klein, sur la préhistoire du complexe, ses fondements précoces, prégénitaux. Parallèlement, le rôle du père apparaît central dans la structuration de la configuration œdipienne, l'apport de J. Lacan sera décisif sur ce point.

Si la légende d'Œdipe a servi de référence et d'illustration à Freud pour rendre compte de ce qu'il avait pu observer sur lui-même et chez ses patients, la problématique œdipienne n'est pas une légende ou un mythe. Ce que Freud a qualifié de complexe rend compte de la nature des relations qui unissent enfants et parents, dans une structure où intervient une instance tierce interdictrice – le père porteur de la loi. L'œdipe est à ce titre une configuration relationnelle qui organise les liens entre les individus en les ordonnant autour de l'interdit de l'inceste, de telle façon que chacun puisse se repérer. En introduisant le désir incestueux pour l'objet interdit, le complexe d'Œdipe lie le désir et la loi. Il permet à l'enfant de reconnaître l'objet de son désir et d'être reconnu comme une personne humaine qui désire en même temps que lui est signifiée l'interdiction de la satisfaction immédiate recherchée.

Avec l'œdipe, l'enfant est confronté ainsi à la différence des sexes et des générations. L'importance de cette double différenciation n'avait pas été perçue explicitement par Freud. On doit reconnaître en particulier à J. Chasseguet Smirgel (1973) le mérite d'avoir mis l'accent sur le caractère crucial de cette considération pour comprendre la force du déni de ce type de différenciation dans les perversions. L'œdipe a une fonction de reconnaissance de

soi par les autres et une fonction de repérage liée à la différenciation sexuelle. « C'est une structure minima de relations personnelles en deçà de laquelle l'individu est psychotique. » (Ortigues, Ortigues, 1984, p. 279.) J. Lacan (1966, p. 578), avec la métaphore paternelle, propose cette même compréhension structurale de l'œdipe où l'enfant passe de la relation à l'objet primordial à la relation au père, perçu comme pôle ternaire du triangle œdipien. Le passage s'opère dans la mesure où la mère porte le père en elle (dans la mesure où elle a intériorisé sa relation à son propre père), où elle peut offrir à l'enfant les termes d'un repérage qui ne la mettra pas à la place de l'objet manquant. L'expérience œdipienne conduit à la rencontre de l'autre et non pas à la fermeture sur la complétude narcissique d'où le Nom-du-Père, qui « redouble à la place de l'Autre le signifiant lui-même du ternaire symbolique, en tant qu'il constitue la loi du signifiant », serait absent.

L'œdipe est une structure de relations personnelles « où chaque terme est défini par sa valeur de position » (Ortigues, Ortigues, 1984). Il y a opposition de la structure de relations à deux (l'enfant et la mère) avec la structure à trois (où le père est introduit), comme il y a opposition entre la génération de l'enfant et celle de ses parents. Avec la symbolisation et le langage, les différentes positions des personnes se distinguent. On passe de l'opposition perceptive du tout ou rien – qui conduit à mettre en équivalence prendre la place du père et l'éliminer – à un marquage de cette place qui va permettre de donner un sens à « désirer prendre la place de l'autre ». « La place est alors distincte de la personne qui l'occupe » (Ortigues, Ortigues, 1984). Cette approche structurale se retrouve chez Lévi-Strauss pour qui l'interdit de l'inceste est la loi minimale assurant le passage de la nature à la culture (Lévi-Strauss, 1949).

En marquant la place du père dans la structure œdipienne de l'enfant, la mère introduit l'enfant à un univers de sens. Elle lui offre les moyens de se repérer. Les données du problème de l'humain sont toujours œdipiennes, elles jouent sur des oppositions fondamentales hommes/femmes, ascendant/descendant ou parent/enfant. Dans certains cas, comme dans la psychose, ces oppositions s'estompent ou se brouillent de telle façon qu'elles ne jouent plus leur rôle différenciateur. « Dans la folie le complexe d'Œdipe ne peut plus se construire. Nous n'en trouvons que les ruines : le symbolisme de la castration est éludé, la nomination n'introduit plus le père géniteur dans le code des échanges ou la loi du dialogue, le rapport du sujet à son origine se confond avec le double narcissique. » (Ortigues, Ortigues, 1984.)

Ainsi, le complexe d'Œdipe est un schéma de relations dont la structure fait accéder l'enfant au registre symbolique en introduisant la référence tierce à la loi du père. Cette structure offre à l'enfant les moyens de se repérer comme garçon ou fille, sujet de désir, distinct, séparé de l'imaginaire maternel. Cette transformation conduit l'enfant par le constat de la différence

de génération à s'interroger sur son origine. Être confronté à la loi du père, à la reconnaissance de la différence des sexes et des générations entraîne nécessairement la question de savoir d'où l'on vient. Dans la mesure où elle fait de l'enfant un père fantasmatique qui doit renoncer à cette place mythique pour vivre et se penser enfant, la problématique œdipienne fait le lit de toutes les questions qui ont trait aux conditions de la naissance, à la conception d'un enfant, à commencer par celui que le garçon espère avoir de la mère et la fille du père. L'œdipe opère ce renversement : l'enfant que l'on voudrait avoir du parent, c'est l'enfant que l'on est. C'est cette méprise qui plonge l'enfant dans le questionnement de l'origine.

L'œdipe donne à l'enfant un projet, celui de devenir adulte comme le parent du même sexe que lui. L'œdipe laisse ainsi à l'enfant la question de savoir d'où il vient, question qui alimente sa « réflexion » pleine de fantaisie sur ce thème.

« Le complexe d'Œdipe est le problème de la sexualité infantile, et, dans toutes les sociétés, il n'est rien d'autre que cela. Le problème est pourtant le même, quelle que soit la manière de le résoudre. Il consiste dans le fait que la différenciation sexuelle entre fille et garçon inscrit dans la vie émotionnelle une construction symbolique des rapports personnels, et que l'analyse de cette construction fait apparaître une borne affective de l'éthique fondée sur le rapport de l'être humain à son origine. Telle est la situation problématique de l'enfance humaine. Tout le reste, tout ce qui se raconte dans les fantasmes n'est que réponse à cette situation problématique, la réponse étant variable suivant chaque individu (fût-ce à l'intérieur d'une même culture). » (Ortigues, Ortigues, 1984, p. 278-279.)

Le terme de structure a l'avantage de mettre en évidence le caractère organisé et organisateur de la relation œdipienne et du complexe proprement dit. La structure rend compte de l'existence commune à tous les humains. L'analyse des structures de parenté proposée par Lévi-Strauss montre que les relations s'organisent entre les humains autour de la dette et du don qui entraînent des relations de réciprocité tout en déterminant le sentiment d'appartenance à une communauté. Cette structure fonctionne en référence à l'ancêtre, c'est-à-dire au-delà de la présence réelle des parents.

C'est en cela aussi que l'on peut dire que l'œdipe est un procès de symbolisation. Mais si cette perspective structurale est pratique pour comprendre le schéma organisateur, la fonction humanisante du complexe œdipien, elle, présente un inconvénient : sa rigidité. Cette forme d'analyse ne tient pas compte de la diversité des problématiques œdipiennes. C'est ce qui a conduit M.C. et E. Ortigues à proposer de considérer le complexe d'Œdipe comme un procès de différenciation, différenciation des sexes et des générations. Pour ces auteurs, la fonction de l'œdipe est tout entière dans cette double différenciation qui s'y opère.

3.1 La question des origines n'est pas mythique mais fantasmatique

La problématique œdipienne confronte l'enfant à la culpabilité liée au meurtre du père, au désir et à la loi avec l'interdit de l'inceste. Avec la formation du surmoi et de la conscience morale, le complexe d'Œdipe renvoie à la question de la culpabilité. Avec l'intériorisation des interdits parentaux par l'identification au parent du même sexe, l'enfant quitte l'œdipe et s'humanise en renonçant aux investissements narcissiques et incestueux propres au complexe œdipien. Le surmoi est bien un héritage du complexe Œdipe mais, comme l'indiquent Marie-Cécile et Edmond Ortigues, c'est un héritage particulier, propre à chaque enfant.

3.2 Le complexe et le mythe d'Œdipe

À la différence du mythe, le complexe est personnel.

Freud met l'accent sur le caractère universel du complexe œdipien, établissant ainsi l'absence de rupture entre normalité et pathologie. En procédant de la sorte, il accentue le caractère typique du complexe au détriment de la diversité de ce qui le constitue. Les configurations œdipiennes sont autant de modalités du complexe lui-même. Le typique en l'occurrence échoue à rendre compte du particulier. Pour l'analyse que fait Freud de la légende grecque, il s'évertue à montrer que ce qui rend ce drame si touchant, c'est que tous, nous en avons fait l'expérience, en pensée et dans notre enfance. Le mythe est donc ici utilisé par Freud pour démontrer le caractère universel du complexe. « Si les modernes sont aussi émus par Œdipe que les contemporains de Sophocle, cela vient non du contraste entre la destinée et la volonté humaine, mais de la nature du matériel qui sert à illustrer ce contraste. Il faut qu'il y ait en nous une voix qui nous fasse reconnaître la puissance contraignante de la destinée dans l'œdipe. » (Freud, 1900, p. 228.) Et, plus loin : « Sa destinée nous émeut parce qu'elle aurait pu être la nôtre, parce qu'à notre naissance, l'oracle a prononcé contre nous cette même malédiction. » (Freud, 1900, p. 229.)

Mais à la différence du mythe qui a une valeur universelle, par les réponses qu'il donne à des questions qu'il ne formule pas, le complexe est personnel. Chaque homme vit personnellement un certain type de rapport à ses parents, chaque homme doit résoudre à sa façon l'énigme concernant ses origines, sa reconnaissance comme être sexué. Chaque homme a sa façon de vivre son complexe d'Œdipe. Le mythe est une référence littéraire et collective, les origines pour chacun sont naturelles (vraies) et singulières (personnelles).

CONCLUSION

Œdipe serait-il menacé par Narcisse ? La question vaut d'être posée si l'on pense à la fragilité de la construction œdipienne, au danger qu'elle court face à l'influence de Narcisse dans nos vies. Le complexe d'Œdipe élève l'enfant au niveau de la relation intersubjective en le conduisant à renoncer aux satisfactions narcissiques pour éprouver l'intérêt et le plaisir de la relation à l'autre. Mais face aux dangers de la rencontre, confronté à la peur de l'étranger, la tentation du repli narcissique est bien là, à l'œuvre de façon manifeste ou souterraine, dans les pathologies adolescentes par exemple, là où précisément il faut composer avec l'altérité dans la genitalité pubertaire. Œdipe est pourtant le socle de notre socialité, le socle de notre culture qui intègre la différence. Le retour au prégénital, au règne sans limite du narcissisme, de la toute-puissance infantile et de la perversion polymorphe n'est pas de nature à promouvoir l'humanité. L'Histoire en atteste. Ce qui est transmis par nos ancêtres doit être conquis par chacun, comme nous le rappelle Goethe. Il en va de même avec l'œdipe : c'est notre condition d'humain de nous y confronter, car nul ne peut échapper à son destin.

LECTURES CONSEILLÉES

- (2005). *Libres cahiers pour la psychanalyse*, « Le temps d'Œdipe », Paris, In Press.
- ASSOUN P.-L. (2007). *Psychanalyse*, livre III, « Théorie de la libido et complexe d'Œdipe », Paris, PUF.
- AUSLOOS G. (1980). *Annales de psychothérapie*, Paris, ESF, p. 60-79.
- BERGERET J. (1994). *La violence et la vie. La face cachée de l'Œdipe*, Paris, Payot.
- CHABERT C. (2005). « L'ombre d'Œdipe », *Libres cahiers pour l'analyse*, automne 2005, n° 12, p. 139-156.
- CHASSEGUET SMIRGEL J. (1973). *Essai sur l'idéal du moi. La maladie d'idéalité*, Paris, Tchou.
- DENIS P. (2001). *Éloge de la bêtise*, Paris, PUF, p. 69.
- FREUD A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1949.
- FREUD S. (1897a). « Manuscrit N du 31 mai 1897 », dans *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1979.
- FREUD S. (1897b). « Lettre 71 », dans *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1979, p. 183-184 et p. 198.
- FREUD S. (1900). *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, p. 227.

- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962, p. 91.
- FREUD S. (1910). « Contribution à la psychologie de la vie amoureuse : I. "D'un type particulier de choix objectal chez l'homme" », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969, p. 52.
- FREUD S. (1912). *Totem et Tabou*, Paris, Payot, 1947.
- FREUD S. (1916-1917). *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1951.
- FREUD S. (1923a). « Le moi et le surmoi », et « Les états de dépendance du moi », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 240, 244, 246.
- FREUD S. (1923b). *Le Moi et le Ça*, dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- FREUD S. (1924). « Le déclin du complexe d'Œdipe », dans *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.
- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1975, p. 36.
- FREUD S. (1930). *Malaise dans la culture*, dans *O.C.*, XVIII, Paris, PUF, p. 285.
- GREEN A. (1995). « Instances du négatif, transfert, tiercéité, temps », dans GREEN A., FAVAREL-GARRIGUES B., GUILLAUMIN J., FEDIDA P. et al., *Le Négatif, travail et pensée*, Paris, L'esprit du temps.
- LACAN J. (1966). « Du traitement possible de la psychose », *Écrits*, Seuil, p. 578.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- LÉVI-STRAUSS C. (1949). *Les Structures élémentaires de la parenté*, Paris, PUF.
- LÉVI-STRAUSS C. (1958). *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, p. 237.
- NASIO J.-D. (2005). *L'Œdipe. Le concept le plus crucial de la psychanalyse*, Paris, Payot, coll. « Désir ».
- ORTIGUES E. (1962). *Le Discours et le symbole*, Paris, Aubier, p. 223.
- ORTIGUES M.-C., ORTIGUES E. (1984). *Œdipe africain*, Paris, L'Harmattan, p. 279.
- ROMILLY (DE) J. (1986). *La Tragédie grecque*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- SZTULMAN H. (dir.) (1978). *Œdipe et psychanalyse aujourd'hui*, Toulouse, Privat.

Chapitre 11

LA NÉVROSE

1 RAPPEL HISTORIQUE¹

La théorie psychanalytique et sa méthode thérapeutique, la psychanalyse, sont historiquement liées à la névrose qui a été le champ privilégié de Freud, lui permettant ses découvertes fondamentales sur le fonctionnement psychique. Le terme de névrose est pourtant antérieurement inventé et introduit en 1769 par William Cullen dans un traité de médecine, désignant à l'époque des symptômes nerveux sans pathologie organique. Dans cette médecine du début du XIX^e siècle, Philippe Pinel, traducteur de Cullen, dégage dans le champ des maladies celles dont les causes sont considérées comme « morales » et non organiques. Ceci traduit à l'époque une innovation importante du fait de l'hypothèse nouvelle, celle d'une unité d'ensemble d'un champ pathologique et d'une articulation entre le psychisme et le corps, puisque le fondement organique n'est pas contesté mais que les organes ne sont pas atteints.

Le caractère novateur de cette approche de la maladie mentale tient au fait que Pinel ouvre la voie à une proposition thérapeutique qu'il appelle le « traitement moral de la folie ». Il s'agira d'aider l'individu dans son ensemble sans l'isoler de sa maladie mais en le reconnaissant comme le sujet de sa folie.

Freud opère un autre tournant dans l'histoire de la névrose et bien sûr de la psychopathologie. Neurologue, il rencontre Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière, éminent neurologue lui aussi et qui propose un lien inédit entre la neurologie et la psychiatrie, en particulier dans son approche des patientes hystériques. Il les distingue des épileptiques et développe avec elles la technique de l'hypnose. Ces rencontres cliniques avec Charcot font écho chez

1. Par Aline Cohen de Lara.

Freud à celles qu'il avait avec Joseph Breuer, médecin à Vienne, qui soignait une jeune patiente, Anna O., par une méthode thérapeutique « cathartique ». Ainsi, aussi bien du côté de Charcot que de Breuer, Freud va s'intéresser à l'hystérie qui va devenir un de ses champs de recherche clinique. Les fameuses *Études sur l'hystérie* en témoignent (Freud, Breuer, 1895). Cependant, ces méthodes thérapeutiques, hypnose et catharsis, conduisent à des résultats mitigés, bien que mettant l'accent sur la dimension relationnelle entre le patient et le médecin. L'hypnose rend certes possible la reviviscence de souvenirs traumatiques, ce qui favorise la disparition temporaire des symptômes, mais la suggestion est insuffisante et les patients pas tous accessibles. Ce sont les impasses thérapeutiques qui toujours ont conduit Freud à pousser plus avant ses recherches, dans une rigueur scientifique incontestée, et qui ont amené souvent à des avancées remarquables, la découverte de l'inconscient étant la plus notable.

2 DÉBATS ACTUELS

Ce rappel historique montre le chemin parcouru par Freud qui l'a conduit progressivement à une théorisation du champ des névroses. Si dans l'histoire de la névrose, il y a un « avant » et un « après » Freud, on peut dire aussi que la névrose lui a permis de découvrir la psychanalyse. Névrose et psychanalyse sont intimement liées, ce qui peut constituer un début d'explication dans le choix actuel de certaines classifications psychiatriques de faire disparaître cette terminologie, comme si en éliminant la névrose on supprimait du même coup la psychanalyse ! La pensée magique est ici à l'œuvre !

La névrose a, en effet, disparu d'une classification comme le DSM, et ce depuis sa version révisée de 1987, concrétisée en 1995 dans le DSM-IV. Cette classification symptomatique se veut « athéorique » parce que descriptive, et donc *a priori* objective. Cette objectivité est cependant toute relative, voire utopique et nombre de travaux sur l'observation ont montré la place, le rôle et les présupposés de l'observateur dans la description des tableaux cliniques. Par ailleurs, la centration sur les symptômes manifestes, propre aux classifications comme le DSM, entraîne une réduction dans la compréhension du sujet et donc dans son abord thérapeutique. La visée devient la suppression du symptôme, sans égard pour la place, la fonction qu'il occupe et les sens possibles qu'il revêt pour le sujet. Cela constitue aussi un retour à une psychiatrie médicale d'avant la psychanalyse, avec la recherche d'une causalité organique, neurologique des troubles, une centration non plus sur l'individu dans son ensemble, où *psyché* et *soma* ne sont plus dissociés, mais sur la recherche d'un dysfonctionnement interne de nature *in fine* physiologique. Le parti pris, quoique nié, est bien ici le rejet de la théorie freudienne

dans son ensemble, en s'attaquant à l'un de ses concepts fondateurs, la névrose¹.

3 LA NÉVROSE ET LA PSYCHANALYSE

Dans *Introduction à la psychanalyse* (1915-1917), Freud écrit que la théorie des névroses, et son lien structural avec le rêve et les actes symptomatiques, constitue « la psychanalyse même ». Celle-ci représente une rupture tant au niveau de la question de l'étiologie des troubles que sur la méthode de traitement qu'elle propose. Trois éléments concrétisent ce changement de perspective par rapport à l'approche médicale antérieure : la sexualité ; la méthode des associations libres ; le transfert.

Freud pose l'hypothèse d'une perturbation de la fonction sexuelle chez les névrosés. Cette hypothèse de la sexualité comme étiologie centrale des névroses est toujours très critiquée de nos jours. Elle est en lien avec l'existence reconnue par Freud de la sexualité infantile, différente de la sexualité génitale adulte.

Par ailleurs, la clinique des hystériques a aussi conduit l'inventeur de la psychanalyse à proposer une méthode dite de l'association libre. C'est en fait une de ses patientes, Frau Emmy von N., qui lui a dicté cette méthode. Alors qu'il la pressait de lui dire d'où venaient ses douleurs, elle lui a répliqué qu'au lieu de lui demander toujours d'où provenaient ses symptômes, il valait mieux la laisser raconter ce qu'elle avait à dire. Il découvrirait ainsi avec elle l'intérêt de la technique non directive du tout dire ce qui vient à l'esprit. L'association libre, aussi appliquée aux rêves, permet de dévoiler l'ordre inconscient des chaînes associatives du sujet.

C'est aussi à partir de la cure d'une patiente hystérique, Dora, et plus spécifiquement en s'interrogeant sur les raisons de la rupture brutale de ce traitement, que Freud élabore la théorie du transfert. Les résistances au traitement sont dues au rôle considérable que le psychanalyste commence à jouer pour le patient, qui au fil des séances en vient à manifester des sentiments irrationnels d'amour et d'hostilité à son égard. Les phénomènes transférentiels sont d'abord qualifiés de déplacements ayant pour effet de déguiser le matériel inconscient. Progressivement, le transfert va désigner

1. La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (R. Misès, CFTMEA, 2002), qui refuse une classification basée sur le recueil de symptômes, a conservé cette catégorie clinique de base et propose des repères cliniques et psychopathologiques permettant de différencier le cadre dans lequel les symptômes névrotiques s'inscrivent, ce qui participe d'une compréhension globale du fonctionnement.

« le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marquée » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 492.) Le transfert est présent dans toute relation thérapeutique, mais ce qui fait l'innovation géniale de Freud, c'est l'idée de l'analyser pour en faire un instrument fondamental de sa thérapeutique. C'est encore actuellement ce qui constitue la base et la force de la psychanalyse au regard d'autres méthodes thérapeutiques certes relationnelles, mais où les places et les fonctions occupées par le thérapeute pour le patient ne sont pas prises en considération.

Les phénomènes transférentiels sont apparus dès 1895, mais c'est secondairement et après avoir saisi l'importance de la répétition dans la cure que Freud va élaborer la notion de névrose de transfert. Née du transfert, cette néo-formation est une reproduction névrotique de la relation pathogène propre au patient. Déplaçant l'ensemble de la formation initiale dans la situation analytique, la névrose de transfert vient prendre la place de la névrose clinique, permettant ainsi son accès et de fait son traitement dans la cure. « Nous réussissons à remplacer sa névrose ordinaire par une névrose de transfert dont le travail thérapeutique va le guérir (...). L'état nouvellement instauré a pris tous les aspects d'une maladie artificielle partout accessible à nos interventions » (Freud, 1914, p. 114). Dans le cadre de la cure, la névrose clinique donne naissance à une névrose de transfert qui, analysée, va permettre de mettre en évidence la névrose infantile.

3.1 L'unité structurale des névroses de transfert

C'est essentiellement à partir de cette notion de transfert que Freud va opérer des distinctions dans le champ des névroses entre les névroses actuelles, dont l'origine se situerait dans un événement présent, et les psychonévroses, liées à l'histoire infantile du sujet. La seconde distinction se situe au sein des psychonévroses entre : les névroses narcissiques, pour lesquelles le transfert est impossible du fait d'un retrait de la libido sur le moi, définition correspondant au champ de la psychose, et les névroses de transfert, névroses pour lesquelles le transfert est possible du fait du déplacement de la libido sur des objets réels ou imaginaires. Les névroses de transfert sont les névroses hystérique, obsessionnelle et phobique. Elles constituent une unité structurale (Green, 1964), qui repose sur des éléments communs qui sont : l'étiologie sexuelle infantile ; l'existence d'un conflit intra-psychique inconscient ; le symptôme comme formation de compromis. La psychanalyse propose ainsi cette définition de la névrose : « affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans

l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 267).

Les caractéristiques essentielles des névroses sont clairement définies par Freud dans son article de 1923, « Psychanalyse et théorie de la libido ». « Les névroses sont l'expression de conflits entre le moi et celles des tendances sexuelles qui apparaissent au moi comme incompatibles avec son intégrité ou ses exigences éthiques. Le moi a refoulé ces tendances non accordées au moi, c'est-à-dire leur a retiré son intérêt et leur a barré l'accès à la conscience ainsi qu'à la décharge motrice menant à la satisfaction. Lorsque dans le travail analytique, on tente de rendre conscientes ces motions enfouies, on en vient à ressentir les forces refoulantes comme une résistance. La réalisation du refoulement fait cependant très facilement défaut dans le cas des pulsions sexuelles. Leur libido accumulée se fraie, à partir de l'inconscient, d'autres issues, en régressant à des phases de développement et à des positions objectales antérieures et, là où se trouvaient des fixations infantiles, en opérant aux points faibles du développement libidinal une percée vers la conscience et la décharge. Ce qui prend ainsi naissance est un symptôme et donc au fond une satisfaction sexuelle substitutive, mais même le symptôme peut ne pas se soustraire encore entièrement à l'influence des forces refoulantes du moi, si bien qu'il doit s'accommoder de modifications et de déplacements grâce auxquels son caractère de satisfaction sexuelle devient méconnaissable. Le symptôme acquiert ainsi le caractère d'une formation de compromis entre les pulsions sexuelles refoulées et les pulsions du moi refoulantes, d'un accomplissement de désirs pour les deux parties en conflit, simultané mais imparfait des deux côtés. » (Cité par de Mijolla, de Mijolla Mellor, 1999, p. 439.)

3.2 Sexualité infantile et reconstruction après-coup

La place accordée à l'histoire infantile du sujet, et tout particulièrement à la sexualité infantile, souligne le caractère acquis du trouble et son étiologie sexuelle. Mais il ne s'agit pas de l'histoire « objective » bien que, dans un premier temps de sa pensée, Freud l'ait envisagé et ait cherché à retrouver les traces d'une vérité historique et de faits concrets. L'originalité de Freud fut de remettre en question cette objectivité, tout comme sa première théorisation, en renonçant à sa « neurotica » (Freud, 1887-1902), c'est-à-dire en ne considérant plus, dans la névrose, la séduction d'un enfant par un adulte comme une réalité traumatique ayant eu lieu mais comme une reconstruction historique imaginaire des faits. Freud introduit ici la notion de fantasme et l'idée d'une reconstruction après-coup, d'une histoire subjective, celle que le sujet se fait de sa propre histoire, scénario imaginaire nourri par le fantasme. Cette histoire est liée au développement de la sexualité, qui dans ses aléas devient le centre de la névrose. La sexualité du sujet évolue en effet, passant

par des stades, oral, anal, phallique et génital, ce qui entraîne des écarts de compréhension dans la reconstruction après-coup. La dimension d'après-coup correspond aux remaniements psychiques des expériences antérieures du sujet à la lumière de ses nouvelles expériences. « La névrose n'est donc plus constituée (...) par la difficulté qu'a le sujet à assumer une histoire objective. Elle réside plutôt dans le malaise qui se crée chez le sujet du fait de cette reconstruction », écrit J. Ménéchal (1999, p. 25), précisant que le rôle du symptôme est de rendre visible la reconstruction. La sexualité infantile tout comme le fantasme ont toujours été, et sont encore actuellement, combattus par les opposants à la psychanalyse qui tentent d'en dénier la portée, en particulier à travers la recherche de faits traumatiques concrets, y compris sexuels, véritable retour à la « *neurotica* » !

3.3 Le conflit intra-psychique

Insuffisant à lui seul à expliquer le déclenchement et la persistance de la névrose, le conflit est un élément fondamental de cette affection. Il implique une frustration de départ, interne ou externe, qui entraîne une incapacité à renoncer à la satisfaction, voire à remplacer une satisfaction familière par une nouvelle.

Le conflit œdipien représente pour Freud le complexe nucléaire des névroses. Le sujet se confronte aux désirs et interdits, inceste et parricide, liés à l'œdipe, positif et négatif. Il est exposé à un double désir envers ses deux parents. La triangulation œdipienne implique les trois côtés du triangle, relations dans les deux sens du sujet envers ses parents et relations des parents entre eux, dont le sujet est exclu, suscitant des fantasmes de scène primitive. Le complexe de castration est lié au complexe d'Œdipe, la menace de castration devenant effective comme sanction possible des désirs incestueux et parricides. Cette menace engendre l'angoisse de castration, angoisse spécifique de la névrose, malgré les distinctions entre hommes et femmes qui ne seront pas abordées ici. Complexe d'Œdipe et complexe de castration, « épreuves » psychiques du développement auxquelles tout sujet doit se confronter, correspondent pour Freud aux moments privilégiés d'inscription des troubles névrotiques.

Le névrosé, comme l'individu en bonne santé, est soumis aux mêmes contraintes psychiques et aux aléas de la réalité, sources de conflits multiples : conflits entre instances psychiques, ça, moi, surmoi ; conflits pulsionnels, pulsion sexuelle, du moi, d'auto-conservation, pulsion de vie et de mort ; conflit entre désir et défense. Chacune des formes névrotiques présente des spécificités quant au type de conflit, mais dans tous les cas, celui-ci est intra-psychique, source des symptômes bien sûr, mais plus globalement de la souffrance ou du mal-être, motifs essentiels des demandes de consultation. Au plan topique, les conflits entre le ça et le moi entraînent

l'utilisation de mécanismes de défense différents chez l'obsessionnel, qui privilégiera la pensée, et chez l'hystérique, pour qui le *prima* est accordé au corps. Les conflits entre le moi et le surmoi susciteront des défenses de type interdiction chez l'obsessionnel et identification chez l'hystérique.

3.4 Symptôme et angoisse

Le conflit névrotique est nourri par le désir du sujet auquel vient s'opposer la défense, suscitant angoisse et symptôme comme formation de compromis.

Autre innovation au regard de la médecine classique, le symptôme pour Freud n'est plus un signe passif, il revêt un sens, occupe une place et une fonction pour le sujet. Il est un témoin actif de l'échec du refoulement, l'expression d'un désir inconscient qui tend à trouver une voie d'expression déplacée en prenant la forme d'un compromis acceptable pour la conscience. Il revêt comme le rêve une dimension symbolique, ce qui en fait sa spécificité chez les névrosés, et qui est un des critères de différenciation d'avec les psychoses, ou d'autres formes psychopathologiques. À la fois relié par une chaîne associative à l'origine de la névrose, il en représente symboliquement le trouble. C'est à partir des symptômes, signes souvent les plus visibles de l'affection, que vont se distinguer les formes de névrose. À travers la conversion somatique, l'hystérique fait parler son corps, sans atteinte organique. C'est sur le plan de la pensée mais aussi du comportement que se situent les symptômes de l'obsessionnel, avec les compulsions, les rituels et les obsessions. La névrose phobique développe des symptômes en lien avec l'environnement : claustrophobie, agoraphobie, etc. La caractéristique commune de ces manifestations symptomatiques est la répétitivité et leur lien à l'angoisse, ainsi que le fait qu'elles échappent à la volonté du sujet. C'est dans ce sens « qu'il faut comprendre l'insistance freudienne à souligner que le sujet n'était pas "maître chez lui". Par ses trois modes d'expression privilégiées – le corps, la pensée et ses relations à l'espace des autres –, le symptôme du névrosé montre que quelque chose fait signe, qu'il lui appartient en propre et qu'il lui est en même temps étranger », écrit Ménéchal (1999, p. 47).

L'angoisse quant à elle occupe une place centrale dans la névrose, ce qui a contribué à ce que le DSM range certaines manifestations symptomatiques (TOC, diverses phobies, etc.) dans la catégorie des Troubles anxieux et fasse ainsi disparaître la catégorie des névroses. L'angoisse est un élément essentiel de la personnalité du névrosé, elle est combattue par les mécanismes de défense et les symptômes. Mais, à la différence des psychotiques, le sujet est conscient de ses troubles et du travail psychique interne. Ceci vient parfois, dans les cas les plus graves, rendre progressivement inopérants les mécanismes censés réduire l'angoisse.

4 LES FORMES CLINIQUES DE LA NÉVROSE

Les névroses de transfert ont donc une unité d'organisation malgré leurs formes variées. Ces formes dépendent des dispositions, des conflits et des choix inconscients qui ont structuré la personnalité du sujet. Trois grandes formes sont classiquement distinguées : la névrose phobique où, grâce au déplacement, le sujet tente de fixer l'angoisse sur le monde extérieur et sur un « objet » en particulier ; la névrose hystérique, où le sujet cherche à s'identifier au monde extérieur en s'appuyant non exclusivement sur le corps ; la névrose obsessionnelle, où la pensée constitue la stratégie de différenciation privilégiée. À ces trois formes principales, peut s'ajouter une quatrième catégorie pour laquelle les sujets ne parviennent pas à organiser des modalités défensives spécifiques, et où l'angoisse est au premier plan : la névrose d'angoisse. De plus, la clinique montre aussi l'existence de phénomènes névrotiques, touchant l'ensemble de la personnalité et les relations avec autrui, à savoir les caractères névrotiques. Si le système défensif semble dans une première approche plus efficace, la personnalité est cependant assez peu homogène, sujette à perturbations du fait, entre autres choses, de son aspect altéré et divisé, personnalité et symptôme étant souvent difficilement dissociables.

Nous ne développerons pas plus avant cette question des caractères névrotiques et nous ne proposons ici que les grandes lignes qui différencient les principales affections en renvoyant le lecteur, pour des développements plus approfondis, aux ouvrages spécifiques sur les thèmes (Chabert, 2008 ; Cohen de Lara, Marinov, Ménéchal, 2000).

4.1 La névrose hystérique

Si la psychanalyse est née de l'étude des symptômes de l'hystérie de conversion, l'affection hystérique est cependant connue depuis plus de quatre mille ans, et pose question à la médecine du fait de ses liens avec le somatique. Les symptômes sont en effet essentiellement corporels, la conversion hystérique pouvant toucher n'importe quelle fonction et « constitu[ant] le "saut" du psychisme dans le somatique » (de Mijolla, 1999, p. 114), explicité par Freud comme relevant d'une transformation de l'énergie libidinale en innervation somatique. Dans la conversion, il n'y a cependant pas d'atteintes réelles des fonctions, puisque le découpage du corps correspond à un corps fantasmatique. La symptomatologie hystérique a été largement examinée dans la littérature et si la grande crise décrite par Charcot, crise convulsive, états seconds, dédoublement de personnalité, a quasiment disparu actuellement de nos sociétés occidentales, l'expression symptomatique de nos jours

tient compte de l'évolution de la société et de la médecine en particulier. Il semble que l'on soit passé des sphères sensorielle et motrice, aux manifestations viscérales, troubles des différents appareils, cardio-vasculaires, digestif, respiratoires, gynécologiques... Ces manifestations organiques continuent cependant d'interroger les praticiens sur leur caractère réel ou imaginaire, en lien avec la clinique et les théories psychosomatiques. Cette évolution des symptômes montre bien trois des aspects principaux du caractère de l'hystérie : « la plasticité de la personne, le jeu permanent entre vérité et mensonge et la mise en scène de l'intime et du sexuel » (Ménéchal, 1999, p. 71). Théâtralisme, dramatisation, simulation, fabulation, mythomanie, suggestibilité, désir de séduction, tous ces qualificatifs appartiennent à la terminologie classiquement utilisée pour décrire l'hystérie, souvent associée au féminin, bien que, de nos jours, on reconnaisse une hystérie masculine. Se profilent ici la quête éperdue et la dépendance à l'égard de l'objet d'amour, pour combler un manque à être. Derrière l'érotisation extrême des relations, se cache pourtant généralement la frigidité dans la relation sexuelle et le caractère frustrant de toute relation.

La problématique fondamentale de l'hystérie se caractérise par « la fixation incestueuse à un père trop souvent décevant, par l'ambivalence à forte composante de haine à l'égard de la mère, par l'angoisse de castration et la revendication phallique face aux renoncements impossibles à la masculinité et plus encore, à cet absolu de la bisexualité, si souvent mise en évidence dans les fantasmes et les modalités identificatoires qui en résultent » (de Mijolla et de Mijolla Mellor, p. 442). L'hystérique cherche indéfiniment à combler un manque fondamental, lié à une dépression sous-jacente, ce qui suscite la recherche d'une stimulation indéfinie du désir, et une excitation, qui passe cependant non pas par le biais de la représentation mais par l'agir et la perception. L'hystérie peut être considérée comme le paradigme de la névrose, du fait de la place centrale du refoulement dans l'organisation défensive. Le refoulement vise tout particulièrement à empêcher l'apparition de l'affect, lié à la représentation, et pour y parvenir, il lui faut maintenir à tout prix la représentation dans l'inconscient. Lors de la levée partielle du refoulement, l'affect court-circuite la représentation, qui ne trouve alors d'issue que par le biais d'agir, expression motrice, perception et agir émotionnel. Derrière l'apparente quête de séduction par le père, fantasmée ou provoquée, se profile une séduction plus originaire, par un objet bien réel, l'objet primaire maternel, source de ce manque fondamental. À travers les premiers soins, la mère de l'hystérique aurait, par ces stimulations, plus excité son bébé que satisfait ses besoins physiques de base. Les fantasmes œdipiens viennent alors exprimer un conflit qui vise à combler ce manque, et servent de défense contre la réapparition de souvenirs antérieurs. Le but, comme l'a écrit Freud, « semble être de revenir aux scènes primitives. On y parvient quelquefois directement, mais dans certains cas, il faut emprunter des voies détournées, en passant par les fantasmes. Ces derniers édifient, en

effet, des défenses psychiques contre le retour de ces souvenirs (...) élaborés à l'aide de choses entendues qui ne sont utilisées qu'après-coup, ils combinent les incidents vécus, les récits des faits passés (...) et les choses vues par le sujet lui-même » (Freud, 1897, p. 274). Le conflit œdipien est marqué par l'ambivalence envers les deux parents, et même si chez la fille, la préférence est clairement exprimée du côté paternel, l'œdipe positif étant plus souvent exprimé, il semble malgré tout que se reportent sur lui la haine et la déception originellement liées à la mère. Ainsi, les modalités d'identification sont chargées d'ambivalence, il est question de s'approprier l'objet du désir de la mère, désirer ce qu'elle désire dans une rivalité active, dans une recherche de similitude et de fusion, par le biais de la sexualité. Il s'agit en fait d'une identification contre un autre, nanti et désirable, une forme d'appropriation de l'objet par l'emprunt d'une de ses caractéristiques. De ce fait, les identifications hystériques sont labiles, multiples et parfois contradictoires, ce qui peut rendre les frontières floues avec d'autres problématiques lorsqu'elles en épousent les formes. Tel est le cas de certaines maladies somatiques, les pathologies addictives, les troubles des conduites alimentaires, et même certaines psychoses, où la présence d'une symptomatologie d'allure hystérique peut rendre le diagnostic incertain. C'est aussi sur la base des mécanismes identificatoires labiles qu'a été créée la catégorie des personnalités multiples.

4.2 La névrose obsessionnelle ou névrose de contrainte

La névrose obsessionnelle constitue l'un des champs majeurs de la théorie et de la clinique psychanalytiques. Elle est, pour l'inventeur de la psychanalyse, « l'objet le plus intéressant et le plus fécond de la recherche analytique » (Freud, 1926, p. 33). Tout comme l'hystérie, cette entité pathologique est actuellement remise en question par le DSM au profit des TOC et donc d'une centration sur les symptômes. Freud dès les années 1894-1895 avait regroupé les mécanismes psychologiques des obsessions avec d'autres symptômes, jusqu'alors décrits dans d'autres cadres nosographiques. En 1896, il évoque pour la première fois le terme de *Zwangsneurose*, ou névrose de contrainte, jusqu'alors traduit en français par névrose obsessionnelle. Ces terminologies mettent ainsi en avant la dimension symptomatique de cette affection. Le conflit psychique propre à la névrose obsessionnelle s'exprime en effet par des symptômes et un mode de pensée spécifiques, où la dimension compulsive est au premier plan.

Les symptômes obsessionnels se caractérisent par des idées ou des actes indésirables, que le sujet se sent contraint d'accomplir et, en tant que compromis entre les désirs inconscients et la défense, expriment aussi la lutte contre ces idées et ces actes. D'un point de vue phénoménologique, on peut distinguer deux catégories de symptômes apparents : les obsessions

d'un côté et les conduites compulsives et les rituels de l'autre. Les obsessions, idéatives, phobiques ou impulsives, se définissent par l'intrusion dans le champ de la conscience d'une pensée, d'une image, qui s'impose au moi qui ne la reconnaît pas comme sienne. Les conduites compulsives et les rituels conjuratoires correspondent à des stratégies accomplies de façon répétitive et impérieuse par le sujet afin de lutter contre ces obsessions. La préoccupation obsédante est ainsi remplacée par les conduites et les rites, ce qui peut soulager partiellement le sujet, mais qui deviennent eux-mêmes des contraintes externes, entretenant par là même la contrainte interne initiale.

Le rôle que joue la pensée dans cette affection est tout à fait caractéristique. Freud l'a parfaitement décrit dans les « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle » : « grâce à une sorte de régression, des actes préparatoires remplacent les décisions définitives, la pensée se substitue à l'action, et une pensée, en tant que stade préliminaire à l'acte, se fait jour avec une force compulsive à la place de l'acte substitutif » (Freud, 1907a, p. 258). La régression, qui occupe une place centrale, est encouragée du fait que le processus même de la pensée, l'acte de pensée est sexualisé et non pas simplement le contenu de la pensée. Le langage et la pensée sont ainsi sexualisés et la régression leur confère une dimension magique et toute-puissante, dont Freud a montré les liens avec le mode de pensée des « primitifs » ou les rites religieux (Freud, 1907b). De ce fait, en tant que substituts régressifs de l'action, leur usage peut s'avérer dangereux et entraîner des mesures de refoulement et d'annulation. Le mode de pensée de l'obsessionnel se spécifie ainsi par la rumination mentale, le doute, les scrupules et conduit à des formes d'inhibition de la pensée et de l'action.

Par ailleurs, l'étiopathogénie de la névrose obsessionnelle s'est vue spécifiée à travers la description précise des mécanismes tels que : le déplacement, des affects sur des représentations qui seront plus ou moins distantes du conflit originel, de l'acte vers la pensée ; l'isolation d'une pensée ou d'un comportement afin de rompre les liens entretenus avec d'autres pensées ou actes, ce qui s'apparente pour Freud à l'interdit du toucher, mode archaïque de défense contre la pulsion ; l'annulation rétroactive consistant à faire en sorte que des pensées, des gestes, des paroles ne soient pas advenus, le second acte annulant le premier ; enfin, la formation réactionnelle désignant des attitudes de sens opposé à un désir refoulé¹. Sur le plan pulsionnel, l'ambivalence, la fixation au stade anal et la régression sont bien décrites. Lors de la puberté, du fait de la réactivation du complexe d'Œdipe, on assiste à une régression de l'organisation génitale de la phase phallique et à la dégradation régressive de la libido. La composante sadique-anale domine le tableau. D'un point de vue topique, on note une tension entre le moi et le surmoi, qui ne pouvant se soustraire à la régression devient excessivement

1. Cf. dans ce même ouvrage le chapitre sur les mécanismes de défense.

sévère, donnant lieu à un type de relation sado-masochique intériorisée. Deux plans sont ainsi distingués : la dynamique sous-jacente à la névrose obsessionnelle ; le caractère anal constitué à partir des formations réactionnelles. Prendre en considération ces deux plans permet de rattacher à cette affection certains tableaux cliniques pour lesquels les symptômes n'apparaissent pas d'un premier abord aussi évident à ranger du côté des obsessions et des compulsions. Les liens avec la psychose ont été montrés par Freud en particulier à propos de la question de la perte de la réalité dans la névrose et la psychose mais aussi avec d'autres affections par de nombreux auteurs (cf. A. Cohen de Lara, 2000, p. 44-56). Ainsi, les perspectives analytiques se centrent désormais moins sur les symptômes que sur la structure obsessionnelle. Plus récemment, le terme d'organisation tend à remplacer celui de structure, terme marqué historiquement par les travaux des structuralistes, et considéré comme trop fixiste.

4.3 La névrose phobique ou hystérie d'angoisse

Comme tout symptôme, les phobies ne sont pas spécifiques à un tableau clinique. C'est dans le cadre de l'« Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans » (le petit Hans), que Freud (1909) pourtant en fait un symptôme indépendant propre à une forme particulière de névrose, la névrose phobique ou hystérie d'angoisse, par opposition à l'hystérie de conversion. La libido, détachée par l'action du refoulement, n'est ici pas convertie. L'angoisse, devenue libre, va se lier par un travail psychique sur d'autres objets, personne, situation, acte, constituant ainsi un objet phobique qui se substitue à l'objet originel. La phobie correspond à une peur spécifique déclenchée par la perception d'un objet ou d'une situation, matérialisant ainsi l'angoisse tout en la circonscrivant (voir à ce propos les travaux d'A. Birraux, 1995). Ce travail d'élaboration propre à la constitution d'une phobie a une valeur organisatrice de l'espace psychique, en particulier en ce qui concerne la possible constitution d'une limite interne/externe. Mais tout va dépendre du degré d'élaboration et de symbolisation, ceci étant fonction de la nature de l'angoisse, castration, perte d'objet, néantisation, etc. Innombrables, les objets phobogènes sont spécifiques à chaque individu, même si des thèmes se retrouvent fréquemment, espace (agoraphobie, claustrophobie), activité visuelle (vision d'un animal, peur d'être vu), etc. D'un point de vue étiopathogénique, il est question dans la phobie d'une régression à des pulsions partielles investies lors des différents apprentissages de l'enfant. Lorsque les points de fixation sont trop archaïques, la projection ne parvient pas à se circonscrire sur un objet et va s'étendre à d'autres. C'est ainsi que les liens entre la phobie et la psychose sont notables, ainsi qu'avec les pathologies narcissiques. Le diagnostic de névrose phobique nécessite certes la présence de phobie mais aussi de conduites spécifiques, de type évitement,

présence d'objets contraphobiques, ainsi qu'un ensemble de traits de caractère notamment, anxiété, inhibition et immaturité. L'établissement du diagnostic repose donc essentiellement sur le repérage de l'organisation névrotique sous-jacente aux symptômes.

5 LA THÉRAPEUTIQUE

En ce qui concerne le traitement des névroses, les considérations développées dans cet article montrent le parti pris envers la psychanalyse comme méthode thérapeutique privilégiée pour ces affections. La souffrance psychique visible, la dimension de conscience des troubles, la conflictualité certes intra-psychique, mais qui bien évidemment est en lien avec l'environnement dans les difficultés d'interactions avec l'autre rencontrées par le sujet névrosé, tous ces arguments vont dans le sens d'un traitement thérapeutique relationnel. Mais, plus spécifiquement, la règle fondamentale de dire tout ce qui vient à l'esprit, sans rien trier ou rejeter quel que soit le motif, permet la disparition du symptôme par la levée des obstacles à l'expression de sa cause. Les principes fondamentaux à l'origine de toute transformation psychique sont inclus dans cette règle, écrit Raymond Cahn, « rétablissement d'une liaison entre deux éléments jusqu'alors séparés l'un de l'autre ; changement de plan permettant la découverte d'un ordre de causalité jusqu'alors inconnu » (de Mijolla, de Mijolla Mellor, 1999, p. 563). C'est aussi par le biais de l'analyse de la névrose de transfert, issue de la cure, que l'ouverture sur la conscience peut advenir et que les transformations psychiques peuvent être opérantes. Cette analyse du transfert, et parallèlement du contre-transfert comme outils de compréhension du psychisme d'autrui, constitue la spécificité de la psychanalyse et des psychothérapies psychanalytiques freudiennes.

LECTURES CONSEILLÉES

- BIRRAUX A. (1995). *Les Phobies*, Paris, PUF, « Que sais-je ? », n° 1946.
- CHABERT C. (dir.) (2008). *Les Névroses, Traité de psychopathologie de l'adulte*, Paris, Dunod.
- COHEN DE LARA A., MARINOV V., MÉNÉCHAL J. (2000). *La Névrose obsessionnelle. Contraintes et limites*, Paris, Dunod.
- DSM-IV, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. fr. J.-D. Guelfi, Paris, Masson.

- FREUD S. (1887-1902). « Note à W. Fliess », manuscrit L, dans *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1956.
- FREUD S. (1894). *Les Névropsychoses-de-défense*, dans *Œuvres complètes*, III, Paris, PUF, 1989.
- FREUD S. (1895). *Obsession et Phobies*, dans *O.C.*, III, Paris, PUF, 1989.
- FREUD S. (1896). *L'Hérédité et l'étiologie des névroses*, dans *O.C.*, III, Paris, PUF, 1989.
- FREUD S. (1907a). « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954.
- FREUD S. (1907b). « Actes compulsions et exercices religieux », dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.
- FREUD S. (1909). « Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1953.
- FREUD S. (1914). « Remémoration, répétition, élaboration », dans *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF.
- FREUD S. (1915-1917). *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, dans *O.C.*, XIV, Paris, PUF, 2000.
- FREUD S. (1923). « Psychanalyse et théorie de la libido », dans *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, « Petite bibliothèque Payot », 1998.
- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptômes et angoisse*, trad. M. Tort, Paris, PUF, 1986.
- FREUD S., BREUER J. (1895). *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.
- GREEN A. (1964). « Névrose obsessionnelle et hystérie. Leurs relations chez Freud et depuis », dans *Revue française de psychanalyse*, 28, 5-6, 679-716.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967-1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- MÉNÉCHAL J. (1999). *Qu'est-ce que la névrose ?*, Paris, Dunod.
- MIJOLLA (DE) A., MIJOLLA MELLOR (DE) S. (dir.) (1999). *Psychanalyse*, 3^e éd. corrigée, Paris, PUF.
- MISÈS R. et coll. (2002). *La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, CFTMEA.

Chapitre 12

LES PSYCHOSES

1 DEVENIR PSYCHOTIQUE¹

La psychose est un devenir : la psychanalyse peut et doit se tenir à cette affirmation. Rien n'est forclos, tout peut advenir. La vieille hérédité ou sa jumelle, plus récente, l'hérédité alimentaire, alimentent un courant contraire sous différents déguisements qui trompent les plus lucides. Au bénéfice d'une clarté supposée ou pour faire la part des choses, des cliniciens renoncent à laisser ouverte l'aventure thérapeutique. Car c'est bien de cela qu'il s'agit avant tout débat d'idées : quel esprit doit animer le thérapeute devant la folie ? Un esprit qui sombrera vite devant l'être de la psychose ou au contraire trouvera son dynamisme renouvelé en se rappelant, aux moments les plus immobiles, que l'on *devient* psychotique ?

La psychose a pris le relais de la folie. Ce n'est à vrai dire qu'un mot pour un autre. La substitution s'est opérée quand au XIX^e siècle, la folie est devenue une maladie mentale à laquelle la médecine devait dorénavant consacrer ses efforts. L'idée, assez nouvelle, d'une prise en charge médicale de la folie, dès lors débarrassée du surnaturel, a donné naissance aussi bien à la psychiatrie qu'à la psychanalyse. La folie est devenue, sous le nom de schizophrénie, une division (schize) de l'esprit. Ce concept de dissociation, sous diverses appellations, est depuis lors un maître-mot de la pensée sur la folie. C'est aussi sans doute le lieu d'origine de la divergence entre les conceptions ouvertes ou fermées de la folie. Entre être ou devenir fou. Ainsi pour Freud, au contraire de la majorité des psychiatres de l'époque, le clivage, autre nom de la division interne de l'esprit, est toujours secondaire : il survient à un état premier, il n'est jamais originaire. Le clivage et la psychose sont des destins ouverts pour l'ensemble des sujets : nous pouvons avoir, nous avons, tous, des moments psychotiques.

1. Par Pierre Sullivan.

Avant de pénétrer plus avant dans l'événement d'une psychose, il était essentiel d'affirmer clairement l'« égalité des chances » devant la folie. Nous la méconnaissions d'autant plus qu'elle est à notre portée. Elle est étrange surtout parce qu'elle appartient à notre devenir.

1.1 La réalité

Tout le monde s'entend sur la définition de la folie comme rupture d'avec la réalité. Beaucoup de déclarations et de comportements de malades mentaux accréditent cette opinion sans que l'on sache très bien dire en quoi des propos et des actes extravagants, voire condamnables, manifestent un « déni de réalité », autre manière d'appréhender et de nommer cette négativité qui définit la folie. Les concepts les plus courants sont les plus difficiles à définir, les plus flous. Leur indétermination même favorise leur diffusion. Freud, courageux, a proposé une définition de ce concept. D'esprit stoïcien, il a pensé la réalité comme nécessité ou encore comme principe. La réalité n'est pas chez lui le champ ouvert à la perception, mais un principe auquel il faut se conformer. La réalité, selon Freud, c'est le principe même d'une nécessité. De ce point de vue, les maladies psychiques, névroses et psychoses confondues, nient ou récusent cette nécessité.

Vignette 1

Un homme d'une vingtaine d'années consulte un thérapeute afin de déterminer si une prise en charge autre que médicamenteuse lui serait profitable. Il est envoyé par son psychiatre consultant qui l'a fait hospitaliser de nombreuses années.

« Psychotique », « schizophrène » depuis l'âge de dix-sept ans, il s'est « stabilisé » selon le vocabulaire de la psychiatrie en usage. Pourrait-il aller au-delà ?

Louis est originaire des îles : c'est un homme à la peau très noire au corps massif qui dégage une puissance réelle. Aussi quelle n'est pas la surprise du consultant quand il entend son interlocuteur dire qu'il n'est autre que Frank Sinatra ! Devant cette affirmation péremptoire qui contredit la perception la plus immédiate, le thérapeute s'interroge tout haut et questionne Louis sur ses origines. Il aurait été « noirci » avec des excréments par une mère sorcière qui souhaitait le posséder au sens fort du terme, diabolique et sexuel. Sa vie n'aurait été depuis lors qu'un long exil loin de sa « race » véritable. Un esclavage qui va en sens contraire de celui de l'histoire.

Que fait Louis en inventant cette fable ? Est-ce l'invraisemblance de l'histoire racontée qui fait seulement le « déni de réalité » ? Tout ce qui s'oppose par les mots à la perception commune est-il folie ? Le déni de réalité est ici, pour nous psychologues, un rejet massif d'une nécessité vécue : la reconnaissance d'une filiation. Afin de ne plus être le fils de ses parents, pour des raisons qui tiennent à son enfance, Louis n'admet plus une des conditions de l'existence humaine : nous sommes les enfants de nos parents.





La réalité comme principe, comme nécessité doit être atteinte par les humains : c'est un destin qui rend la vie entre nous vivable. Et il appartiendra au thérapeute de démontrer au psychotique par l'entretien, par la relation partagée, que sa folle proposition au contraire empêche toute forme d'échange vrai.

Il y a des âmes libertaires pour approuver et magnifier la folie. Faire de la psychose une révolution contre l'ordre établi, c'est s'approcher, naïvement sans doute, des rapports de la folie et de la réalité.

Freud fonde sa vision de la réalité sur une opposition ou une paire contrastée : le plaisir et la réalité. Si la réalité n'est pas réductible à ce qu'il y a à percevoir, le plaisir n'est pas seulement un affect. Comme la réalité, le plaisir est un principe. Le plaisir comme principe est une exigence de retrouver ou de recomposer un épisode de satisfaction déjà obtenue. Freud pose, comme un mythe, à l'origine de tout développement humain une expérience d'accomplissement dont la figure la plus connue est celle de l'enfant au sein. Cette satisfaction inaugurale, pleine, devient l'indice de satisfaction activement et obligatoirement recherché par les sujets. Cette nécessité de retrouvailles avec un éprouvé ancien est au cœur du principe de plaisir, du plaisir comme principe.

Toute la psychanalyse freudienne repose sur ce moment et sur le rapport qui s'institue entre d'une part la poursuite nécessaire du plaisir comme retour à un passé éminent mais révolu et d'autre part la réalité comme principe de régulation qui assure la survie non seulement de l'individu mais de l'espèce tout entière. Car en effet s'en tenir à l'éprouvé de satisfaction inaugural ou le retrouver totalement signifierait l'anéantissement, fût-il délicieux, de l'humain. La frustration organisée par la réalité comme principe est le gage de l'existence individuelle et collective. L'hypothèse anthropologique du développement de l'homme au sein de son espèce est consubstantielle à la psychanalyse : il ne s'agit pas seulement d'une référence d'époque, d'un ralliement à Darwin mais d'une pensée qui domine la perspective de Freud, qui ira même jusqu'à affirmer, dans un moment d'exaltation peut-être, que l'ontogenèse répète la phylogenèse.

Vignette 2

Jeanne est une jeune femme brillante qui termine une formation d'avocate spécialisée dans les transactions financières, boursières en particulier. Elle sera engagée dans le cabinet international où elle a fait son dernier stage. Elle est très occupée voyageant constamment d'un pays à l'autre. Elle est très fière de sa réussite et en particulier de la confiance qu'elle a suscitée chez ses collègues et patrons, en majorité des hommes.





Jeanne vient d'un bon milieu : ses parents, professions libérales, ont tout apporté à leurs deux enfants. Matériellement, Jeanne et son frère auquel elle n'est pas liée vraiment, ont été choyés. Cependant, elle se sent éloignée d'eux : jamais par exemple, elle ne pourrait se confier à eux. Ils vivent en bons termes certes mais, pense-t-elle, c'est au prix d'une grande ignorance de la vie des uns et des autres. Ils se voient fréquemment, Jeanne vivait chez eux encore il y a un an, mais ce n'est pas pour autant que ses parents l'ont comprise. Ils ont encore moins perçu son secret.

Jeanne est boulimique depuis plusieurs années. Elle ne sait plus exactement comment son aventure, comment ses rituels se sont mis en place. Sans doute est-ce lié à une angoisse très forte survenue dans le travail, à l'époque de l'entrée à l'Université, car maintenant encore c'est aux moments de stress qu'elle ressent le plus comme une compulsion irréprensible le besoin de manger sans frein et de se faire vomir aussitôt. Jeanne a dans sa folie autant de méthode que dans son travail : sa débauche alimentaire est aussi organisée que son travail. Elle choisit avec soin ses aliments, leur quantité aberrante, l'heure et le lieu de ses vomissements.

Jeanne est elle-même étonnée que ses parents n'aient jamais rien remarqué, qu'ils n'aient jamais rien entendu de ses spasmes nocturnes dans la cuisine ou la salle de bain. Il est vrai qu'elle est secrète. Ainsi, et c'est une révélation qu'elle n'a jamais faite aux psychologues qu'elle a consultés auparavant pour l'aider à enrayer sans succès sa boulimie : elle n'a jamais dit à quiconque qu'elle se réfugie par instants dans une salle de cinéma où elle se cache littéralement de tous. Le film est moins important alors que d'être là dans le noir, seule, ignorée de tous. Elle tiendrait même davantage à cette pratique qu'à la boulimie.

C'est sans doute une culpabilité de bon aloi qui pousse Jeanne à avouer cette « manie du cinéma » au nouveau thérapeute qu'elle consulte, consciente de ne pas avoir fourni aux précédents tous les éléments nécessaires à la compréhension de son malaise. Elle est là un peu en désespoir de cause, souhaitant à l'orée de sa vie d'adulte abandonner cette addiction à la fois coûteuse et dangereuse. Comment un homme pourrait-il supporter une femme malade comme elle ? Des enfants ? C'est impensable dans ces conditions.

Le thérapeute, en écoutant Jeanne lui faire cet aveu d'une pratique jusqu'ici secrète, comprend qu'elle veut lui signifier que pour elle « rien n'est jamais assez ». Elle est intimement convaincue, c'est sa folie, qu'aucune nourriture, aucun thérapeute, aucun élément extérieur en soi ne peut lui apporter une satisfaction suffisante pour se poser, se reposer. Ou alors il lui faut se cacher dans une salle noire pour qu'elle échappe aux regards terribles qu'elle jette sur elle-même.

Jeanne est esclave d'un plaisir entendu comme principe, comme recherche toujours recommencée d'une satisfaction jadis éprouvée mais définitivement hors d'atteinte. Pour des raisons que seule une thérapie difficile rendra plus évidentes, Jeanne n'admet pas qu'il faille reconnaître qu'à un certain point il est nécessaire de s'arrêter ou de dire : « ça suffit ». La relative indifférence de ses parents qu'elle décrit froidement dissimule vraisemblablement un reproche de ne pas avoir institué en elle cette régulation de la réalité comme principe et de l'avoir ainsi livrée tout entière au seul principe de plaisir.

C'est dans ce rapport tourmenté du plaisir et de la réalité que la psychanalyse va trouver une voie de compréhension des maladies de l'esprit. Le plaisir mobilise aveuglément l'énergie des humains afin d'atteindre son but, ses retrouvailles avec un passé à jamais passé. C'est cette poussée (Freud dira pulsion ou psychisme comme doublure immédiate de tous les mouvements du corps) qui amènera progressivement le sujet à découvrir les différentes parties de son corps et successivement, directement ou en miroir, celles d'autrui. Chaque étape est une retrouvaille partielle du vécu d'origine, suivie immédiatement d'une déception qui pousse à recommencer ailleurs le même processus d'investissement. La mémoire de ces expériences ou le tracé de ce circuit, toujours semblable mais toujours différent d'un individu à l'autre, constituera ce que Freud appelle le corps érogène ou encore le corps psychique. Érogène ? Oui, Éros est convoqué ici car ce développement animé par le principe de plaisir est celui de ce que Freud appelle la sexualité, comme énergie invincible qui cherche quoi qu'il arrive à retrouver la première satisfaction.

1.2 La sexualité

Éros est grec. Et Freud en effet emprunte au *Banquet* de Platon son mythe fondateur de la sexualité : l'androgynie est coupé en deux et depuis lors les deux parties cherchent à se compléter. Est-ce le même Platon qui fait dire à Freud que le malheur des humains vient de ce qu'ils ne peuvent embrasser leurs propres lèvres ? (Freud, 1905.) Cette remarque affirme la nécessité d'autrui, de son corps, de ses lèvres comme le meilleur équivalent du plaisir obtenu jadis. Plus qu'au mythe platonicien, c'est à sa conception de la réalité que Freud doit sa condamnation de l'auto-érotisme, comme possibilité qu'offre le corps propre de satisfaire la demande orientée par le principe de plaisir. En effet, et tous les enfants qui sucent leur pouce posent cette question même s'ils ne la formulent pas explicitement, pourquoi n'en resterais-je pas à moi-même, aux sources de satisfaction procurées par mon corps ?

Il faut, c'est une nécessité dira Freud, aller vers autrui et son corps car la sexualité pour se perpétuer a besoin du rapport sexuel. Cette nécessité de fait (jusqu'à très récemment¹) se confondait avec une nécessité de droit, avec une obligation imposée par l'espèce tout entière. L'altérité ou la nécessité d'autrui prend ici tout son sens : il ne s'agit pas seulement de l'existence de nos semblables que l'on peut toujours plus ou moins ignorer mais d'une transcendance imposée par le devenir de l'espèce et de la culture, que l'on ne

1. Les nouvelles voies de la conception rendues possibles par la médecine actuelle auront certainement des conséquences psychologiques et culturelles dont nous ne pouvons que prédire l'importance.

saurait négliger sans encourir une peine. La culpabilité, transmissible de génération en génération, trouve là sa source. Elle est à la fois une menace et une protection : elle est douloureuse sans doute, elle est sujette à tous les évitements, toutes les tractations mais elle maintient le genre humain dans une perpétuité qui semblait jusqu'alors impossible à remettre en cause¹.

Vignette 3

Louis (voir Vignette 1) commence un entretien en disant cette étrange formule en réponse à une question sur ce qui l'occupe actuellement : « Comment génère des mortels ? » Le thérapeute comprend qu'il condense là une série de pensées telles que : « comment génère-t-on des mortels ? », « comment pourrais-je générer des mortels » ou encore plus profondément « comment comprendre que la génération soit liée à la mort ? »

C'est l'implication existentielle de Louis dans cette question de l'identité, de la génération et de la finitude qui contracte son langage, rendant souvent inutile ou impossible toute communication avec autrui. Le fou ou le schizophrène parle pour tout dire en une fois.

Avec en lui l'espoir paradoxal d'être compris, même en utilisant des discours qui mènent droit à l'abolition de tout échange. Cette visée contradictoire ne doit pas nous faire oublier cependant que Louis dans son étrangeté obéit encore à la nécessité de se reproduire qui s'impose à tous les humains. Il a le mérite même de nous rappeler dans les termes les plus explicites notre appartenance à une espèce avec les exigences que cela nous impose. Toute union sexuelle, même et surtout la plus heureuse, la plus tendre, est une réponse aux commandements de notre « humanité ».

Au cours de l'entretien, le thérapeute, toujours porté par la formule inaugurale de son patient, lui demandera s'il a l'intention de se marier un jour. Plongé un moment dans un profond silence, Louis finit par dire qu'il n'a pas l'intention de se marier. Et l'on comprend que malgré la culpabilité intense qu'il ressent de ne pas pouvoir déplacer sa sexualité tout entière orientée vers lui-même, vers son corps et son langage pour tenter l'aventure du partage avec un autre humain, malgré cette souffrance il ne peut pas faire ce pas. Trop de conflits insolubles lui en interdisent la démarche : Louis sera un homme sans postérité.

Sexualité et altérité sont indissociables ou encore, sexualité et *narcissisme* sont étroitement chevillés. Ainsi, Freud va entreprendre une description du développement sexuel de l'individu depuis l'auto-érotisme jusqu'à la rencontre sexuelle avec un semblable d'un autre sexe et dans une autre famille que la sienne, depuis la plus petite enfance jusqu'à l'âge adulte ou

1. Avant la bombe atomique, l'humanité ne disposait pas des moyens de se détruire elle-même. Maintenant...

encore depuis la naissance jusqu'à la procréation. C'est dire que la présence de l'autre oriente profondément la pensée de la psychanalyse sur la sexualité. D'une manière contradictoire, en apparence seulement, ce souci de l'altérité s'est appelé narcissisme.

La théorie psychanalytique du développement sexuel est une théorie du biphasisme. Cette progression en deux temps est plus qu'un constat empirique car il correspond à un schéma que l'on retrouve dans deux événements psychiques, l'un normal et l'autre pathologique, le rêve et le symptôme hystérique. La psychanalyse explique en effet ces deux phénomènes à partir de la temporalité. Le rêve advient après que des pensées du jour ont été mises en réserve avant d'être reprises et transformées par le rêveur qui y glisse des souhaits infantiles. Le symptôme hystérique apparaît longtemps après un événement infantile qu'une pensée ou une action récente ont fortuitement évoqué. Dans les deux cas, le passé ou plutôt son image semble revenir dans le présent après un temps d'interruption. La sexualité ne se déploie pas autrement : après une période infantile déterminante, survient un temps de latence avant que ne débute une phase finale, l'adolescence. Comme dans le rêve et le symptôme, l'adolescence dans le développement de la sexualité reprend le passé sexuel infantile du sujet pour lui donner une forme définitive. Forme qui devrait normalement permettre que les vœux individuels et collectifs soient satisfaits.

On naît et on se développe dans une famille, en tout cas en présence d'adultes qui doivent incarner pour l'enfant les multiples exigences de son développement. Ces adultes sont eux-mêmes parties prenantes d'un ensemble social et culturel qui exerce sur eux une pression différente selon le cours de l'histoire. Cette culture appartient elle-même à une sphère plus vaste, le genre humain, dont il est difficile de déterminer l'influence sinon dans les moments d'inhumanité qui ponctuent la trajectoire de l'espèce¹. Ces lignes ou ces ordres pèsent nécessairement sur le développement individuel et c'est l'une des tâches des psychanalystes que de savoir en retrouver les moments d'impact. Freud a été sensible à ces rapports trans-individuels ou trans-historiques. Il a pu ainsi formuler quelques hypothèses sur les directives extérieures qui vont donner une direction souhaitable à la sexualité individuelle. On peut réunir ces règles sous le terme de « fantasmes originaires ».

1.3 Les fantasmes originaires

Trois fantasmes ou scénarios résument les normes auxquelles l'enfant puis l'adolescent doit se conformer avant de devenir un adulte qui transmettra à

1. Le XX^e siècle a été fertile en pareilles explosions de néant.

son tour la valeur de ces formations. Ces formes, malgré leur qualificatif d'originaïres, ne sont pas des lois éternelles et leur nombre n'est pas limité en principe : un changement de civilisation pourrait amener une révision de leur contenu comme de leur nombre. Ces formes valent pour notre culture et notre temps. Elles constituent un ensemble de réglementations qui disent au sujet (et au psychologue qui y trouve un instrument inégalé de lecture et de compréhension) les formes régulières que doit suivre le développement sexuel. C'est un « devoir », une « obligation » ou une « nécessité » selon la définition de Freud, d'observer ces règles dans la mesure où la santé mais également les pathologies mentales dépendent étroitement de cette observance.

Le fantasme de scène primitive ouvre la série. Il s'agit de l'impossibilité, difficilement assumable pour certains, en particulier les psychotiques, d'assister au moment clé de l'existence, l'instant de la conception. Toutes les naissances fabuleuses jusqu'aux auto-engendremens sont des infractions plus ou moins accusées à la règle énoncée par ce fantasme. Le second fantasme : le complexe d'Œdipe. Scénario à multiples entrées, l'œdipe permet de saisir comment le sujet a pu, avec facilité ou non, constituer son identité sexuelle par identification aux désirs de ses parents ou de leurs tenant lieu. Enfin, le complexe de castration, comme privation éventuelle de la sexualité tout entière, comme sanction parentale appuyée sur une transmission trans-générationnelle qui remonte aux débuts historiques de l'espèce, sert de garde-fou permanent contre les retours vers des positions auto-érotiques, par définition contraires au développement souhaitable de l'individu dans l'espèce qui est la sienne.

Il y a un instant de déclenchement dans la psychose. Il disparaît souvent de la mémoire des malades comme le souvenir d'une catastrophe qu'il faut à tout prix oublier. Ou encore il est transformé, déguisé comme l'est un rêve. Ce moment onirique, accompagné de ce que Freud appelait un « sentiment de fin du monde », signe le début de l'application d'un contrat avec la folie. Contrat qui stipule toujours plus ou moins que l'on ne reviendra pas en arrière : c'est cette clause implicite qui rend le travail thérapeutique avec les psychotiques si difficile. En effet, ils sont devenus fous aussi pour n'avoir jamais à revivre cet instant apocalyptique. Et toutes nos tentatives pour retrouver cette phase inaugurale se heurtent souvent à l'opacité de la mémoire, à une féroce résistance. Il appartient à l'éthique de chaque thérapeute de décider à chaque fois s'il peut, s'il doit ou non forcer ce passage vers le passé.

Il arrive également que le patient nous livre spontanément une version oniriquement remaniée de cette entrée dans la folie. Le thérapeute peut souvent y découvrir sinon le motif entier de la psychose, du moins une illustration des effets nocifs d'une régulation incomplète de la sexualité par les fantasmes originaïres.

Vignette 4

Robert a vingt ans. Il est hospitalisé parce qu'il violente durement, physiquement ses parents. Un rien suffit à déclencher une crise. Parce qu'il le trouve apaisé ce jour-là, le thérapeute pousse son avantage et lui demande s'il se souvient des circonstances qui l'ont plongé pour la première fois dans ce grand état de malaise. « C'est tout simple », dit-il. Seul, allongé, comme c'est souvent son habitude sur le lit de ses parents, il a eu une vision. Deux êtres supérieurs, peut-être Dieu et la Vierge Marie, se réunissaient au-dessus de son crâne dans une lumière éblouissante et il était le fruit de cette union grandiose.

Robert assiste à sa conception. C'est là son malheur. Il lui faut la puissance du délire pour rejeter sa filiation humaine : il ne peut tolérer d'avoir été voulu par ses parents sans son intervention. Cette condition de la sexualité et de la procréation qui lui donne son sens, il la refuse. Autrement dit, le fantasme de scène primitive qui régule cette dimension de la sexualité n'accomplit pas chez lui son rôle. Il revient aux humains d'accepter le fait qu'ils ne peuvent être présents aux deux moments les plus cruciaux de leur existence : leur conception et leur mort. À chaque fois que dans son délire ou dans ses actes de violence, Robert s'attaque à ses parents, il nous fait voir une sexualité anarchique.

Formes transcendantes bien que soumises par principe au temps et au changement, les fantasmes originaires sont une donnée collective inconsciente que les générations se transmettent de l'une à l'autre. La famille puis la société immédiate par son langage, ses lois et ses institutions veillent à ce que les valeurs que ces formes véhiculent demeurent comme une condition du partage équitable du sexuel entre les membres de la communauté humaine. Les infractions, les transmissions impossibles ou incomplètes, vont produire deux types de résultats ou de maladies.

Freud a repris à la psychiatrie traditionnelle sa psychopathologie tout en lui donnant une nouvelle signification expressément liée à sa découverte de la sexualité ou encore de l'inconscient sexuel, dont c'est l'un des rôles d'être le réservoir de ces fantasmes originaires. Ainsi aux différentes névroses, Freud donnera une signification générale : ce sont des maladies de la culpabilité. Cette culpabilité est liée à la faute, aux écarts du sujet par rapport aux fantasmes originaires et aux règles qu'ils instituent. La sexualité, son développement ordonné, engendrent un sentiment de culpabilité : ils sont l'une et l'autre aussi originaires.

Sexualité et culpabilité sont intimement liées à tel point qu'elles sont indissociables. Sauf à devenir fou. Le retrait tenté ou la disjonction esquissée du rapport entre la sexualité et la culpabilité est un des traits marquants de la psychose. Pour Freud, nous sommes ou coupables ou malades. Et malade signifie fou ou pour parler comme les modernes, psychotiques.

Pire que la culpabilité : l'innocence. Ou encore si la culpabilité est une souffrance, l'innocence l'est deux fois plus.

2 LES PSYCHOSES

Les psychoses sont une tentative douloureuse pour échapper au procès de la culpabilité que la définition de l'homme occidental comme sujet d'une sexualité entraîne nécessairement. Beaucoup de déclenchements de psychoses se produisent à l'adolescence parce que c'est à cette étape du développement sexuel que l'individu acquiert la marque finale de son être sexué adulte (Sullivan, 2001). Ce moment de redéfinition du corps érogène, constitué une première fois pendant l'enfance, est particulièrement propice aux atermoiements et aux refus du processus en cours. Les grandes psychoses délirantes débutent souvent à cet âge.

2.1 Schizophrénie et paranoïa

Les schizophrénies et les paranoïas, comme inventions de langage en forme de systèmes de monde, se présentent comme des alternatives personnelles au monde commun. Comme telles ces constructions prétendent échapper aux nécessités partagées, à la culpabilité générale, à la sexualité et à la « réalité ». Cette prétention exige de renoncer à tout compromis, à tout symptôme. Cette volonté de particularisme entraîne un éloignement des autres et nombre de bizarreries qui viennent confirmer pour le fou sa sortie hors des exigences communes. Et c'est le grand malheur de ces psychoses, et de toutes les autres, de voir ces tentatives de fonder un nouveau monde constamment vouées à l'échec : on ne sort pas du monde commun.

Vignette 5

Claire, selon elle, n'est pas malade. Si elle n'avait pas été trahie par son ex-mari et par ses enfants, elle ne serait pas hospitalisée à l'heure actuelle. Claire, on le remarque à son fort accent, est d'origine étrangère. Elle vient d'un pays européen qui a connu des guerres intestines nombreuses, pays où elle n'a jamais remis les pieds pour de nombreuses raisons qui n'en sont pas : manque de temps, le soin des enfants, le travail.

Claire répugne à parler de sa vie ou de son enfance, car, dit-elle, le problème, le seul problème important, c'est son « affaire » qu'elle a déposée aux mains de la justice : elle a intenté un procès au médecin qui l'a mal soignée. Elle l'avait consulté à plusieurs reprises sans dommage, mais cette fois-là il lui aurait prescrit un médicament qui lui provoque des élancements dans tout le corps. Elle a donc décidé de se défendre en faisant appel à la justice mais elle doit constater son impuissance face à un système qui est certainement lié par la corruption à ce praticien voire à tous les médecins.



Claire veut la justice, elle veut un monde juste et ses souffrances atroces, elle les offre en sacrifice à cette noble cause. Au cours de l'entretien, le thérapeute qui ne peut que se sentir visé par les plaintes et les attaques de cette femme contre la gent médicale, comprend que l'« intimité » créée par la consultation a été insupportable et l'est encore. Claire ne veut pas d'un univers où la sexualité transite nécessairement entre les personnes, même dans les relations les plus formelles : un médecin vous touche nécessairement mais comment être certain qu'il n'a pas de pensées érotiques ? Comment s'assurer de l'inconscient de l'autre ? Claire demande à la justice de lui donner cette assurance : déçue, elle se donne à elle-même cette vérité en devenant folle. Elle ne demande dès lors que l'assentiment d'autrui à sa version des choses.

Claire, paranoïaque, porte-parole de la raison juste, milite en faveur de l'abolition de l'inconscient en créant un monde de parole, une « procédure » interminable. Le thérapeute déjouant par moments les manœuvres de Claire qui veut en rester absolument à son affaire, révèle un lien jusqu'alors inaperçu : le médecin incriminé appartiendrait vraisemblablement à une ethnie contre laquelle le père de Claire se serait acharné en paroles et en actes dans les combats qui ont déchiré son pays. La destinée sacrificielle de Claire prend dès lors une tout autre signification : c'est pour son père et à son père qu'elle offre ses souffrances. C'est la « paternité » tout entière qu'il faudrait rénover. Claire se livre à cette tâche en prenant sur ses épaules la culpabilité de tout un peuple.

Les psychoses sont une tentative de négationnisme à grande échelle. Comme telles, elles subissent une loi de la négativité. Inexorablement, en niant une partie du monde ou sa totalité elles mettent en relief ou en exergue ce qu'elles prétendent vouloir ignorer. Il n'y a alors qu'un moyen d'échapper à cette fatalité : nier sans cesse et de plus en plus. La folie se nourrit d'elle-même, de son refus, qui n'est jamais suffisant, de la sexualité et du monde. Les grands vécus autistiques ou catatoniques sont l'expression catastrophique de cette loi. En même temps, Freud nous rappelle que toute négation, tout refoulement ou refus constitue une solution personnelle à une situation existentielle : la condamnation la plus folle de soi-même et par soi-même est toujours un moyen de préserver le soi, cette entente première au cœur de notre être.

Toute thérapeutique des psychoses peut et doit s'appuyer sur ce caractère contradictoire de ces pathologies : se perdre pour « se » préserver (Gillibert, 1993). C'est sur cette préservation de soi que peut se fonder une communauté, une identification malgré tous les messages de différence et d'étrangeté envoyés au thérapeute par le patient psychotique. C'est sur la connivence d'un monde possible et commun pour l'un et l'autre que peut s'engager une relation thérapeutique. Experts en « interprétations », les malades attendent du thérapeute qu'il témoigne, et pour lui et pour eux, de ce qui ne s'interprète pas : la présence à soi.

2.2 Autisme, manie et mélancolie

Les maladies changent selon les époques. L'autisme d'aujourd'hui paraît accomplir la schizophrénie d'hier. L'érogénéisation première du corps sous l'œil d'autrui semble encore plus problématique ou plus complexe que Freud ne l'avait pensé. Ou encore la transmission, d'une génération à l'autre, de la sexualité et de ses finalités est profondément bouleversée par l'incertitude générale quant à l'avenir de l'humanité. Comment les parents passeraient-ils le relais si le futur de l'espèce est aléatoire ? Phénomène d'époque ? Sans doute, mais alors pour qui, pour quoi ces psychoses infantiles ?

Les psychoses varient dans leur forme en fonction des mœurs. Elles sont sujettes à l'histoire, à la culture qui les porte. L'autisme n'a pas cent ans, la schizophrénie est centenaire. Il y a pourtant une exception à cet état de fait : la manie et la mélancolie traversent l'histoire de l'Occident, parfois sous d'autres noms. C'est le cas aujourd'hui sous l'appellation de psychose maniaco-dépressive. Freud hésitait à les qualifier de psychoses car le délire qui les caractérise l'une et l'autre n'est pas de même nature que celui des schizophrénies. En effet, la conviction qui anime ces derniers est absente des discours mélancoliques et maniaques qui sont moins des reconstructions du monde par le biais du langage qu'une création ou une destruction instantanées et indéfiniment recommencées de tout ce qui est. Le maniaque invente à jet continu des histoires qu'il s'empresse de démentir, provoquant chez son auditeur le sentiment d'une impossible communauté. Le mélancolique veut revenir à l'orée du temps. Comme telles, ces maladies sont les plus radicales négations que l'Occident ait produites. Elles jalonnent son histoire comme son ombre.

Vignette 6

Aline ne connaît pas l'impossible. Elle passe à travers les fenêtres : elle est médium. Elle recueille les gens les plus invraisemblables chez elle : elle couche avec des hommes, des inconnus qu'elle reconnaît pourtant vingt ans après, et qui lui font illico des enfants dont elle se fait avorter aussitôt. Tout advient et tout s'efface aussitôt : il suffit de le dire. Elle rencontre des gens célèbres avec lesquels elle fait la bringue dans des forêts obscures.

Plus que tout autre patient, Aline est sensible à la culpabilité : elle s'inquiète constamment de l'attention du thérapeute au point de percevoir intuitivement chez lui les moments où intérieurement sa pensée revient sur elle-même. Ce retour sur soi lui est à elle interdit car il supposerait qu'elle vive dans une temporalité successive où les choses, les pensées surviennent l'une à l'autre avec la possibilité limitée mais réelle de revenir en arrière. Ce temps linéaire, Aline ne le pratique pas, ne le pratique plus. Voilà pourquoi elle paraît créer sans cesse du nouveau : elle recommence la création à chaque instant, elle n'a pas de passé, tout est toujours possible.





Le temps intérieur d'Aline est cyclique : sa vie s'arrête à deux moments de l'année, tous les six mois. Chaque pause correspond à un deuil d'un enfant mort, un frère et un petit garçon dont elle a avorté. À chaque anniversaire, elle se réfugie à l'hôpital non pas pour consommer son deuil mais plutôt pour le repousser encore. Elle ne peut renoncer à ses morts, les « enterrer » en elle-même comme elle ne peut avoir d'intériorité, de « réflexion » car il faudrait pour cela instruire en elle le procès de la culpabilité. Or la manie d'Aline pour son plus grand malheur l'a faite « innocente ».

Aline est « malade » au sens où Freud l'entendait car elle ne « peut » être coupable. Tout est possible parce que la culpabilité est impossible. Aux limites de nos possibilités d'identification, la manie, et la mélancolie sa jumelle inversée, véritable délire de culpabilité, posent un véritable défi à la thérapeutique.

Manie et mélancolie obéissent à un temps cyclique, elles alternent les humeurs selon une terminologie antique qui a encore cours aujourd'hui. Le cycle, temps du mythe, menace le temps successif, celui de la vie, du développement, de la continuité et de la transmission. Comme tel il attaque le centre même de l'être humain, ce soi, qui doit assurer à chaque instant sa subsistance parce qu'il est d'emblée lancé dans la course du temps. Les psychoses cycliques veulent nier cette donnée de base en s'arrimant follement à l'illusion nostalgique d'une temporalité immobile.

2.3 Narcisse

C'est autour de la psychose et du débat qu'elle entraîna avec son disciple Jung, que Freud inventa le concept de « narcissisme » (Sullivan, 1997, p. 465-473). Figure controversée de la psychanalyse depuis le début, le narcissisme, malgré un usage extensif du mot, conserve une grande part d'obscurité. La difficulté vient de l'habitude contractée depuis longtemps de confondre narcissisme et monade. Avant d'être une figure du retrait, Narcisse, selon le mythe, est d'abord une expérience de dialogue avec le monde. Le narcissisme est alors une relation. Il désigne l'apposition immédiate au monde. Primaire ou originaire, le narcissisme raconte la formation de soi : plongé dans la nature, Narcisse entend qu'elle parle de lui. C'est de ce dialogue silencieux qu'il naît, qu'il est.

On doit à l'exigence de pensée de Freud d'avoir conçu le narcissisme pour comprendre la psychose qui de ce fait n'apparaît pas ou pas seulement comme le résultat d'un conflit pulsionnel mais surtout comme le retour, par impossible résolution de ce conflit, à l'expérience primordiale du narcissisme, à la confrontation inaugurale avec le monde. Le développement de la sexualité conduit obligatoirement à une relation de plus en plus assumée

avec autrui. Les fantasmes originaires ordonnent cette aventure qui se déroule en deux phases.

À chaque étape et selon les déterminants historiques individuels, le sujet renâcle plus ou moins à la tâche et à chaque conflit, trouve une solution qui est la plupart du temps une forme de compromis dont les névroses sont les principaux modèles. Or, l'être humain peut aller au-delà en ignorant les exigences ordonnées de la sexualité et se retirer du conflit lui-même : c'est la psychose. Ce retrait le ramène inévitablement aux premiers moments narcissiques de l'existence.

Freud a toujours affirmé que la psychose était une solution, aussi douloureuse et déraisonnable soit-elle. Une solution dont l'issue est la reviviscence aiguë de l'expérience narcissique. Cette expérience qui accompagne comme leur ombre tous nos actes, est une comparaison avec le monde extérieur sous toutes ses formes. Comparaison qui joue ou non en faveur du sujet humain. L'équilibre narcissique est constamment recherché et la certitude que la balance penche du côté du sujet plutôt que de celui de l'extérieur assure un maintien existentiel heureux. Dans le cas contraire, le malheur peut aller jusqu'à la maladie. Le psychotique qui renonce à assumer le monde par les voies de la sexualité, par son acte même qui signe sa défaite se trouve dans le plus grand déséquilibre qui soit. Chaque contact avec l'extérieur l'y ramène et l'oblige à entrer dans la spirale des négations et des dénis qui sont marqués à chaque fois du sceau de l'échec. Son expérience narcissique devient de plus en plus catastrophique.

Vignette 7

À la fin du premier entretien avec un thérapeute, Lucie à qui l'on demande si elle connaît le nom de ce dernier, réplique qu'il est inutile de le lui dire car elle l'oubliera aussitôt. Il est évident que la « disparition » du psychologue ou l'effacement de la relation thérapeutique éventuelle est programmée d'avance par Lucie. À l'air amusé du thérapeute qui lui dit alors qu'elle ne veut surtout pas être « trop comprise », Lucie lui fait part des soupçons qu'elle a eus en venant à la consultation : un automobiliste aurait voulu l'écraser.

Toute nouvelle rencontre, toute possibilité inédite d'un lien avec autrui, soulève une telle angoisse que Lucie met en œuvre par anticipation une stratégie de réduction à néant des contacts engagés. Si Lucie avoue gentiment sa méthode à la fin de l'entretien, c'est aussi parce que celui-ci a été fructueux. Il y a en effet dans cet aveu à la fois son impuissance à sortir de sa psychose pour aborder le monde et autrui, et à la fois la reconnaissance qu'elle a été entendue. Pour une fois.



Lucie est en effet le genre de malade dont on n'attend plus rien. Hospitalisée depuis sept ans, depuis la fin de son adolescence, elle passe ses journées étendue sur son lit immobile, gueulant seulement parfois contre d'éventuels corrupteurs. Elle commence l'entretien en disant qu'elle va se suicider car elle a peur du vide. Bravant ses propos agressifs, le thérapeute l'entraîne sur une voie inattendue pour découvrir que cette femme à la mine rébarbative a une connaissance profonde des philosophes français, Descartes et Pascal en particulier. Son angoisse du vide, elle a jadis essayé de la comprendre en lisant le penseur de Port-Royal. Pourquoi n'a-t-elle pas poursuivi ? Pourquoi n'a-t-elle plus d'intelligence et de mémoire comme elle le dit elle-même ? Pourquoi la vie est-elle devenue impossible pour Lucie au point de ne voir comme issue que des formes multiples de disparition ?

Lucie a des scènes sexuelles « dans les yeux », à la frontière entre le dedans et le dehors. Ces parasites la tiennent éloignée aussi bien de son intériorité que du monde extérieur : l'une et l'autre sont dangereux. Sa vie est faite de vigilance ininterrompue : aucune sexualité ne peut être introjectée et toute manifestation de la sexualité à l'extérieur, ne serait-ce que par allusions, est vivement combattue car elle pourrait entraîner un passage à l'intérieur auquel elle se refuse absolument.

Une vie perdue, un monde abandonné, telle est l'image que donne Lucie de sa psychose. Pendant un moment, le temps de cet entretien, Lucie s'est redécouverte intelligente : une existence serait possible si autrui lui ouvrait à nouveau le temps et l'espace, un monde vivable.

3 THÉRAPEUTIQUE

Le renvoi quasi exclusif à l'identification narcissique, résultat de la psychose, n'est pas seulement un éclaircissement théorique important. C'est surtout une voie thérapeutique. En effet, avant toute compréhension et interprétation, le travail du psychologue avec le patient psychotique consistera à lui rendre possible un monde : avant toute chose, qu'il veuille un monde plutôt qu'il ne le détruise. Sans cette perspective sur l'expérience narcissique, le psychologue sera lui-même emporté dans les rejets systématiques de la psychose.

LECTURES CONSEILLÉES

FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.

GILLIBERT J. (1993). *Dialogue avec les schizophrénies*, Paris, PUF.

SULLIVAN P. (1997). « Narcissisme : urgence », dans *La Psychiatrie de l'enfant*, 40, 2, 465-473.

SULLIVAN P. (2001). *Psychopathologie de l'adolescence*, Paris, In Press.

Chapitre 13

LES ÉTATS LIMITES

INTRODUCTION¹

1 HISTORIQUE DU CONCEPT D'ÉTAT LIMITE

Autant les définitions des névroses et des psychoses se sont révélées assez claires et tangibles, autant celles concernant les états limites ont connu de longues controverses, à l'image des difficultés rencontrées pour en cerner des contours sémiologiques précis. Depuis la fin du XIX^e siècle, les différents auteurs, psychiatres mais surtout psychanalystes, ont tenté progressivement d'appréhender les états limites sinon comme une structure du moins comme une organisation spécifique et non pas comme une entité « bâtarde » entre névrose et psychose ou comme représentant une transition entre l'une et l'autre. Peu à peu s'est mise en place, par-delà la diversité clinique de leurs expressions, une compréhension de l'essentiel de la psychodynamique qui en constitue l'unité, distincte de la névrose et de la psychose.

C'est A. Stern qui, en 1938, met en exergue le terme de *borderline* en évoquant des patients ni névrosés, ni psychotiques, qui expriment un sentiment angoissant d'insécurité affective, relevant d'une faible estime de soi et manifestant une rigidité défensive. Quelques années plus tard, en 1942, H. Deutsch rendait compte des personnalités *as-if* comme des sujets semblant adaptés à leur environnement mais dont l'absence de réactions affectives profondes et l'impression d'inauthenticité qui s'en dégagent révèlent une perte de l'investissement d'objet. Un peu plus tard, ces sujets ont été considérés comme des organisations limites (Kernberg, 1967, 1975) ou des

états limites avec troubles narcissiques et « Soi grandiose » (Kohut, 1971) et des rapprochements ont pu être faits entre personnalités *as-if* et la notion de « faux *self* » développée par D.W. Winnicott (1960).

Pendant, c'est véritablement après la Seconde Guerre mondiale, et plus encore dans les années 1970-1980, que la psychanalyse américaine, anglo-saxonne et française va faire évoluer le concept de *borderline* ou d'état limite jusqu'à la compréhension qui prévaut aujourd'hui. En effet, c'est au cours des cures types, entreprises chez des patients présentant des symptômes apparemment névrotiques, que l'apparition de phénomènes correspondant à une psychose de transfert, et non à la névrose de transfert thérapeutique attendue, voire d'un épisode psychotique aigu, a conduit à introduire ce concept.

Pour la psychanalyse, c'est donc toute la question du cadre qui fait irruption, grâce notamment aux travaux de A. Green (1990) qui préconise que l'analyse des cas limites serve de fondement à une théorie de la technique et même à une réévaluation de la cure psychanalytique dans son ensemble. En effet, depuis une vingtaine d'années, l'état limite est considéré comme le nouveau paradigme de la psychanalyse, au même titre que l'hystérie le fut du temps de Freud.

2 PREMIÈRES PIERRES THÉORIQUES FREUDIENNES À L'ÉDIFICATION DU CONCEPT

On peut succinctement établir deux perspectives théoriques princeps sur lesquelles sont venus s'adosser les premiers développements du concept d'état limite.

2.1 La théorie freudienne du narcissisme (1914)

Elle marque le début d'un tournant dans la pensée de Freud qui va mener à l'élaboration de la seconde topique (ça, moi, surmoi). Freud postule l'existence d'un investissement de la libido sur le moi qui serait ensuite dérivé vers les objets : le narcissisme primaire serait à situer entre l'auto-érotisme et la découverte de l'objet. Le narcissisme est présent dans le fonctionnement psychique de tout individu, non seulement au tout début de son existence mais aussi tout au long de sa vie. Il constitue l'un des piliers essentiels du psychisme comme le montrent les états découlant de la carence ou de la privation de cette relation. Le narcissisme secondaire représenterait l'amour

de la mère introjecté par l'enfant qui, une fois séparé d'elle et sorti de la symbiose, s'aimera tel que sa mère l'a aimé, c'est-à-dire qu'il ne pourra s'aimer narcissiquement que comme on l'a aimé libidinalement. Ainsi, le narcissisme devient raison d'aimer : on ne peut réellement aimer que si l'on s'est suffisamment aimé soi-même et l'on ne peut s'aimer soi-même que si l'on a été suffisamment aimé. Dans ce texte, Freud élabore également les instances idéales du moi idéal et de l'Idéal du Moi. Le sujet a érigé en lui-même un idéal qui provient du narcissisme primaire et qu'il mesure à son moi actuel : « le narcissisme est déplacé sur ce nouveau moi idéal qui se trouve, comme le moi infantile en possession de toutes les perfections ». C'est cette instance du « moi idéal » qui fait office de censure, au sens de contrôle social. La honte manifeste l'auto-réprobation du moi vis-à-vis de l'idéal qu'il s'est fixé à l'origine.

Toutes les élaborations théoriques sur les états limites s'appuieront sur la conceptualisation freudienne du narcissisme et des aléas de sa constitution.

2.2 L'élaboration du concept de clivage du moi (1917-1938)

La question du clivage du moi, qui trouve ses premiers développements dans la théorisation du fétichisme et des perversions (1927), correspond aux toutes dernières élaborations de Freud (1938*a-b*). Ceci témoigne de l'intérêt que Freud portait à ce phénomène dont il avait l'intuition qu'il ne se manifestait pas que dans les psychoses. Pour A. Green (1999), c'est bien en 1924, par la description du clivage, que se situe le changement de paradigme lorsque Freud évoque des mécanismes portant atteinte à l'unité du moi qui, pour ne pas s'effondrer, se lézarde, se fissure, subit des entailles laissant toute une série de cicatrices des traumatismes anciens. Ces cicatrices « correspondent aux bizarreries des hommes et à la folie des hommes » et sont l'équivalent pour le moi de ce que sont les perversions sexuelles à la sexualité. Comme le fait remarquer A. Green (*op. cit.*), l'évocation de la « folie des hommes » s'éloigne de la référence à la psychose. Le sens en est plus général et se rapprocherait de la « folie privée » dont parle Green (1990), celle qui s'exprime dans l'intimité de la relation transférentielle tandis qu'au-dehors, rien, ou presque, ne la dévoile.

La théorisation du clivage du moi a servi de point de référence aux développements des thèses référant aux « normopathies » (personnalités *as-if*, faux *self*, fonctionnement opératoire) de même qu'aux notions nouvelles d'hétérogénéité des modalités de fonctionnement ou de fonctionnements psychiques « en extériorité ».

3 LES CONCEPTIONS DES PRINCIPAUX COURANTS PSYCHANALYTIQUES CONTEMPORAINS

3.1 Apports de la psychanalyse américaine

C'est en 1975, qu'O. Kernberg publie son ouvrage le plus important sur le sujet, *Les Troubles limites de la personnalité*, issu d'une longue pratique auprès de sujets qui manifestent des formes de souffrance mentale qui débordent le cadre des névroses. Cet auteur avance le terme d'organisation limite à la place d'état limite pour signifier que l'on fait face à un ensemble d'opérations psychiques susceptibles de participer à l'émergence de symptômes et de traits de personnalité extrêmement diversifiés. Pour autant, le terme d'organisation rend bien compte de la cohérence et de la relative stabilité du système.

Le diagnostic d'organisation limite se fonde sur deux niveaux d'analyse :

Le premier niveau concerne « l'analyse descriptive » de symptômes tels que l'angoisse diffuse et flottante, des traits de caractère névrotiques polysymptomatiques, des tendances sexuelles perverses polymorphes, des structures pré-psychotiques « classiques », des personnalités impulsives, des troubles de personnalité d'« échelon inférieur¹ ».

Le second niveau d'analyse est appelé « analyse structurelle » dans lequel il tient compte des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi (manque de tolérance à l'angoisse, manque de contrôle pulsionnel, manque de développement des voies de sublimation), du retour aux processus primaires de la pensée mis en évidence grâce aux tests projectifs, des modalités défensives primitives spécifiques (clivage, idéalisation primitive, projection et identification projective, déni, omnipotence et dévalorisation) et de la pathologie des relations d'objet internalisées s'avérant totalement bons ou totalement mauvais.

3.2 Apports de la psychanalyse anglo-saxonne

Pour Winnicott (1960), tout individu développe un faux *self*, celui que l'éducation nous oblige à acquérir pour entretenir des relations civilisées

1. Kernberg propose l'idée « selon laquelle il est possible de ranger la pathologie le long d'un *continuum* allant d'un « échelon supérieur » à un « échelon inférieur » selon l'importance relative des mécanismes de refoulement et des mécanismes de clivage » (Kernberg, 1975, p. 35).

avec les autres (l'hypocrisie ordinaire). Dans ce cas, le faux *self* possède une fonction de protection pour permettre au vrai *self* de se manifester librement dans certaines circonstances. Le vrai *self* abrite ce qui est vivant chez le sujet, son potentiel de vie psychique créative, relié à la subjectivité, à la spontanéité, ce qui nous donne le sentiment chez l'autre de l'authenticité.

En revanche, l'organisation pathologique du faux *self* est celle où un processus de scission, de clivage dissocie le vrai *self* du faux et ne donne plus accès au vrai *self*, qui est privé de moyens d'expression et de satisfaction. La dissociation porte sur la séparation du *soma* et de la *psyché*, ce qui est le cas dans les organisations psychosomatiques. Dans ce cas, le faux *self*, coupé de ses expériences corporelles, vient alors investir et habiter la psyché, ce qui a pour conséquence de donner au patient l'impression de ne pas exister réellement.

En 1971, Winnicott décrit les phénomènes transitionnels correspondant aux manifestations chez l'enfant de « l'aptitude à créer, à réfléchir, à imaginer, à faire naître, à produire un objet ». L'espace dit transitionnel est la matrice des productions culturelles et de l'art en particulier mais aussi de l'imaginaire et des fantasmes. Ainsi, la problématique des états limites peut être entendue en termes de déviation de la fonction fantasmatique sous l'effet du clivage (*splitting*). Le fantasme devient le produit d'une activité de remplissage destinée à combler un vide fondamental participant alors d'un activisme du moi, permettant au sujet de ne pas être présent psychiquement. C'est dans la relation transférentielle que le sujet peut vivre et dépasser cette expérience, c'est-à-dire l'intégrer dans un état qui permet une réunification du moi.

3.3 Contributions de la psychanalyse française¹

Pour J. Bergeret (1975), il existe une structure névrotique, une structure psychotique et une voie a-structurelle constituant l'état limite. Ce défaut de structuration provient d'un traumatisme affectif précoce, réel et désorganisant empêchant l'accès à l'œdipe et entravant, par conséquent, la constitution du surmoi. Après une pseudo-latence prolongée, sorte d'aménagement du moi cherchant à limiter les effets du traumatisme, le sujet va s'installer dans un « tronc commun aménagé » dont les caractéristiques psychiques essentielles sont l'angoisse de perte d'objet, la relation d'objet anaclitique et le clivage du moi. En dehors des désorganisations aiguës, l'évolution du tronc commun se fait le plus souvent vers deux types d'aménagement relativement stables : l'aménagement caractériel et l'aménagement pervers. Pour l'auteur,

1. Pour de plus amples développements, il est conseillé de consulter l'article de J.-Y. Chagnon (2007).

l'état limite représente avant tout une pathologie du narcissisme dominé par la dépendance à un objet/béquille dont le sujet attend idéalement réparation. Le risque dépressif permanent est lié à l'angoisse de séparation d'avec cet objet auquel toutes les demandes mais aussi tous les reproches sont adressés.

Les propositions théoriques de J. Bergeret sur les états limites ont dominé la psychanalyse française jusqu'à maintenant.

A. Green (1990) a développé une réflexion originale sur les cas limites, qu'il considère comme « les états limites de l'analysabilité » en raison des difficultés à penser pour ceux qui en sont atteints, découlant de la défaillance de leurs capacités de représentation et de symbolisation. Chez ces sujets, la pensée est comme vide de représentation, vide de fantasmes et de créativité. Pour l'auteur, l'« exclusion somatique » et l'« expulsion par l'acte » ont pour fonction de court-circuiter l'activité psychique entraînant un état de blanc¹ de la pensée, sous-tendu par le clivage et la « dépression primaire ». Green précise toutefois que les créations de ces sujets existent bel et bien mais ne possèdent pas de valeur fonctionnelle pour leur appareil psychique.

Ces derniers temps, des courants de pensée se manifestent qui tendent à apporter un autre éclairage à la compréhension des états limites : citons notamment C. Chabert (1999a, 1999b) pour qui le terme d'état limite, trop statique, est inadéquat et qui lui préfère celui de « fonctionnement limite ». Ce concept est à entendre comme un niveau de fonctionnement potentiellement universel, rendant compte de modalités d'aménagement de la personnalité au sein d'un large éventail, allant du plus souffrant au mieux-être possible. Défendant fermement le recours à la théorie freudienne des pulsions dans la description clinique des fonctionnements limites, C. Chabert y souligne l'importance des expressions du masochisme moral (dans les troubles du comportement auto-destructeurs) et de la mise en évidence de la proportion entre pulsions de vie et pulsions de mort chez chaque sujet, permettant de se saisir – dans le discours mais surtout dans le contact et la relation – du maintien des liaisons libidinales.

4 SPÉCIFICITÉS CLINIQUES DES ÉTATS LIMITES

4.1 Pathologie de l'intériorité

Avec la conceptualisation des états limites, c'est toute la question de l'intériorisation du conflit et des objets qui se trouvent posée. Autant dans la

1. Le blanc fait référence ici à l'anglais « *blank* » dans le sens de vide.

névrose et la psychose, le conflit est intra-psychique grâce à la présence d'objets internes avec lesquels le moi entretient des relations plus ou moins libidinales et/ou agressives, autant dans les états limites, on observe une inhibition ou une extériorisation du conflit en raison du défaut de fiabilité des objets internes, sur lesquels le sujet ne peut s'appuyer. De ce fait, le sujet recherche dans la réalité extérieure ce qu'il ne peut trouver dans sa réalité interne : l'objet externe (personne réelle, groupe, comportement, substances...) se substitue à l'objet interne au risque de l'actualisation d'une dépendance de plus en plus importante. Dès lors, si l'objet vient à manquer, c'est tout l'équilibre psychique du sujet qui se trouve menacé par sa perte et génère une dépression anaclitique. Hormis l'angoisse dépressive, l'extrême ambivalence, sous-tendue par la haine à l'égard de l'objet, est le plus souvent sous-jacente aux conduites de dépendance.

Ce constat a permis que se développent dans la psychanalyse contemporaine des états limites des travaux autour de la « pathologie de l'intériorité » et que soit explicité le glissement qui tend à s'opérer de la théorie des pulsions (Freud) à la théorie des objets (École anglo-saxonne, cf. Brusset, 2005¹).

4.2 Porosité des limites

Le fonctionnement psychique des états limites est caractérisé par des limites incertaines, entraînant un vacillement plus ou moins prononcé des espaces internes et des espaces entre dedans et dehors. Au niveau interne, la précarité du moi et du surmoi laisse ponctuellement affluer les forces pulsionnelles du ça, ne permettant pas qu'une limite pare-excitante s'établisse clairement et efficacement. Du point de vue de la première topique, on peut considérer que le préconscient n'assure pas suffisamment sa fonction de filtre entre les systèmes Cst et Inct, rendant le refoulement insuffisamment opérant tout en entravant la circulation entre les systèmes (allant parfois jusqu'à rendre cette circulation impossible).

Par ailleurs, la crainte de perdre l'objet entraîne une surenchère de mouvements psychiques servant à lutter contre l'angoisse de séparation : l'identification projective, permettant de contrôler l'objet afin d'éviter les risques encourus par son éloignement, contribue aussi à brouiller les limites entre soi et l'autre.

1. B. Brusset expose dans son ouvrage *Psychanalyse du lien* (2005) l'historique du passage de la théorie freudienne des pulsions (référant au conflit intra-psychique dans la recherche de satisfaction du désir confronté à l'interdit ou à la réalité) à la théorie des relations d'objets (référant à la recherche du plaisir dans la présence et la fiabilité de l'objet d'amour).

Cette difficulté à fermer les espaces internes et à établir des frontières sûres entre sujet et objet évoque la notion de moi-peau passoire théorisée par D. Anzieu (1985). En effet, le concept de moi-peau est précieux pour se représenter le défaut de contenance psychique ou encore le manque de différenciation du soi chez l'état limite.

4.3 Angoisse dépressive

La névrose est caractérisée par l'angoisse de castration qui met en avant la menace ressentie par le sujet de perdre ses attributs génitaux et phalliques, sous l'effet d'un sentiment de faute. Cette menace émane d'un autre, différencié, investi sur un mode génital, porteurs d'interdits.

Dans la psychose, c'est l'angoisse de morcellement qui est à l'œuvre : dans ce cas, il s'agit de la crainte de perdre l'unité narcissique, comprenant le moi du sujet fusionné avec l'objet. La menace de rupture de la fusion entraîne un sentiment d'éclatement identitaire et, de façon corollaire, de destruction de l'objet.

Pour les états limites, il est question d'une angoisse dépressive, angoisse de perte ou d'abandon en lien avec une relation d'objet dite anaclitique. L'objet est investi comme un étayage au narcissisme défaillant, objet/béquille sur lequel le sujet s'appuiera lorsqu'il ressentira une atteinte narcissique. La menace dépressive porte sur l'éloignement de l'objet qui ne pourra plus assurer sa fonction d'étayage. Pour Bergeret (1995), si tous les états limites sont dépressifs, tous les dépressifs ne sont pas des états limites. Cet auteur décrit une nouvelle forme de dépressivité de modèle « limite » qui serait d'ordre psychosociologique et révélerait une fragilité narcissique fonctionnelle. Chez ces sujets, l'absence de traumatisme et « les supercheries caractérielles ou comportementales » permettent d'éviter la dépression manifeste mais ils sont en proie à la morosité, à l'inhibition, à l'angoisse, à la honte et à la faible estime de soi au regard des idéaux du moi restés extérieurs et infantiles.

4.4 Mécanismes de défense primaires

Les états limites utilisent des défenses psychotiques, telles que le clivage, le déni et la projection, mais leur fonction diffère de celle de la psychose. Si le noyau même du moi est aussi menacé d'éclatement, il est en revanche susceptible de se déformer afin d'éviter le morcellement. Nous évoquerons ici les mécanismes essentiels du clivage et de l'identification projective.

4.4.1 *Le clivage*

Le clivage du moi et des objets est considéré de nos jours par la plupart des auteurs comme étant la défense psychique essentielle des états limites. L'efficacité de ce type de clivage permet au sujet de demeurer au contact de la réalité socialisée tout en s'inscrivant dans des modes de comportements, de pensée, d'expression affective sous-tendus par l'impulsivité, la rupture des liens, la violence pulsionnelle, rendus possibles par l'insuffisance de refoulement.

Le clivage rend compte de ce que l'on appelle à présent pour l'état limite l'hétérogénéité des modes de fonctionnement. C'est cette possibilité de fonctionnements variés dans divers registres qui donne l'aspect d'un polymorphisme symptomatique : de la conversion d'allure hystérique à la rationalisation ou aux formations réactionnelles d'ordre obsessionnel en passant par de nombreuses phobies. Ainsi, le clivage du moi renvoie à la fragilité de l'identité qui ne peut ou n'a pu trouver la voie de l'unification.

Le clivage de l'objet, en tout bon ou tout mauvais, théorisé par M. Klein (1946), renvoie à la pathologie des relations d'objets intériorisées et aux difficultés d'accès à l'ambivalence amour/haine, débouchant sur la mise en place de mouvements d'idéalisation/désidéalisation. Chez les états limites, la haine insuffisamment liée à la libido (mais liée tout de même, ce qui n'est pas le cas dans la psychose) s'exprime de deux manières spécifiques : dans des manifestations comportementales, verbales, ou fantasmatiques massives et débordantes susceptibles de se retourner contre le sujet lui-même dans des conduites auto-destructrices accompagnées par un mouvement psychique mélancolique ; dans des conduites de dépendance du sujet à l'égard de son entourage envers lequel il montre un attachement extrême sans pouvoir assumer le moindre désir vers l'extérieur.

Pour C. Chabert (1999a, 1999b), les comportements addictifs illustrent cet aspect du clivage de l'objet : la prise de conscience de la dimension haineuse, par exemple, dans la toxicomanie, l'anorexie ou la boulimie, est longue et difficile en raison de l'importance de l'aménagement clivé des objets internes.

4.4.2 *L'identification projective*

M. Klein (1946) entend par « identification projective » une forme de projection par laquelle des objets internes persécuteurs, parties du soi du bébé, sont imaginés au plan fantasmatique comme pénétrant l'objet afin d'en prendre possession et de le contrôler de l'intérieur. Ce mécanisme sert donc à dénier la séparation et à protéger le narcissisme mais développe en même temps des angoisses associées au fantasme d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère. Certains états pathologiques comme le sentiment de dépersonnalisation ou la claustrophobie découleraient de fantasmes

d'identification projective. Si ce mécanisme est normal pendant la petite enfance, la poursuite de son utilisation à l'âge adulte affaiblit et appauvrit le moi. En effet, l'identification projective contribue à instaurer « la confusion en estompant temporairement les limites, d'une part entre le soi et les objets, et d'autre part, celles qui séparent le monde intérieur du monde extérieur ». L'objet devient alors pour l'état limite, sous l'effet de l'identification, une extension de son propre moi sur lequel il cherche à exercer un contrôle omnipotent. Il en résulte une confusion dans le traitement des relations personnelles, ce que l'on peut aussi appeler un vacillement des limites entre sujet et objet.

La dimension pathologique¹ de l'identification projective intéresse la clinique des perversions et des psychoses mais aussi, à un niveau social et collectif, la référence aux sectes, au harcèlement moral et d'une façon générale à toute forme de violence psychologique qu'un sujet peut exercer sur un autre à la faveur d'une emprise psychique.

5 PRINCIPALES EXPRESSIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

5.1 La violence et l'agir

Chez certains états limites, fonctionnant sur un versant psychopathique, les passages à l'acte représentent le mode de décharge habituel de toute tension psychique et surviennent à la moindre frustration. Il peut s'agir de vols, d'agressions, de fugues, de crises d'agitation ou d'alcoolisation, de tentatives de suicide qui ont pour caractéristiques communes de survenir de façon brutale, de se répéter dans le temps et d'apparaître disproportionnés par rapport à la cause du conflit. Ces passages à l'acte se situent hors de l'élaboration mentale et du sentiment de culpabilité et tendent à court-circuiter pensées et émotions à tonalité négative comme l'anxiété ou la tristesse.

C'est le plus souvent à l'adolescence que s'extériorisent des comportements violents, en lien avec ce que F. Marty (2002) et d'autres spécialistes de l'adolescence nomment à présent la « pathologie de la subjectivation ». Cet auteur évoque la difficulté qu'éprouvent ces adolescents, narcissiquement

1. Des auteurs tels que W. Bion, D. Meltzer, ou D. Winnicott ont appliqué les conceptions de l'identification projective dite normale aux relations patients/thérapeute : dans ce cas, l'identification projective représente un outil psychique de communication et d'empathie gardant cette qualité de souplesse que le mécanisme pathologique ne permet pas.

fragiles, à « lier l'agressivité dans leur économie psychique », c'est-à-dire à intégrer psychiquement la violence interne inhérente au processus de l'adolescence.

Un courant très important de la psychanalyse française, principalement autour de C. Balier (1988, 2005), a théorisé la problématique du « recours à l'acte » chez les psychopathes violents comme condensant la seule alternative possible : exister ou disparaître.

Par ailleurs, R. Roussillon (1995, 1999), dans le sillage de D. Winnicott (1956), défend la position selon laquelle l'acte ou le corps, dans les souffrances qu'il nomme « narcissiques-identitaires », ne sont pas seulement à considérer du côté d'une expulsion ou d'une décharge d'excitations mais qu'ils sont aussi détenteurs d'un message potentiel, d'une forme de « langage de l'acte » qui témoigne de la réminiscence d'expériences subjectives traumatiques précédant l'émergence du langage verbal.

5.2 Les conduites de dépendance

Les conduites de dépendance concernent classiquement l'addiction à une substance comme la toxicomanie et l'alcoolisme. Depuis quelques années se développe un intérêt pour les « nouvelles addictions » (Venisse, 1996) relevant d'une dépendance à un comportement ou à une situation telles que la boulimie, l'anorexie, le jeu pathologique, les achats pathologiques, l'addiction sexuelle, l'addiction au travail, etc. Même si ces conduites se retrouvent dans divers registres de personnalités, les auteurs s'accordent sur l'idée qu'elles possèdent une plus grande proximité clinique avec les pathologies limites qu'avec les organisations névrotiques ou psychotiques.

Pour P. Jeammet (2006), la conduite addictive correspond « à la recherche d'un apport externe dont le sujet a besoin pour son équilibre et qu'il ne peut trouver au niveau de ses ressources internes ». Il s'agit pour le sujet de se protéger d'une angoisse dépressive en lien avec le sentiment de défaillance des objets internes et de se défendre de la dépendance objectale. La conduite addictive permet ainsi la décharge de l'excitation tout en maintenant l'objet à distance et en échec face à toute tentative d'influence sur le sujet. À la longue, le risque encouru est que la prise en charge thérapeutique soit également soumise à l'exclusion objectale. D'où l'importance de la mise en place précoce d'un processus thérapeutique, le plus souvent dès l'adolescence.

5.3 La régression somatique

Selon l'École de Psychosomatique de Paris (IPSO), dont P. Marty (1976) a été le chef de file, le travail psychique protège le corps contre d'éventuels

mouvements de désorganisation somatiques. La pensée opératoire concerne des modes de fonctionnement psychiques, carencés au plan fantasmatique, et préoccupés uniquement par le concret, le factuel, l'actuel. Ainsi, la régression sous forme de symptômes somatiques, précédés d'une dépression asymptomatique (« dépression essentielle »), peut être la conséquence de l'exclusion du conflit psychique dans le soma, et non dans le corps libidinal. L'énergie pulsionnelle est alors transformée en énergie neutralisée purement somatique susceptible de mettre la vie du sujet en danger. Pour A. Green (1990, *op. cit.*), se référant aux travaux de l'École Psychosomatique de Paris, « les réactions somatiques et la mise en acte ont la même fonction : une décharge court-circuitant la réalité psychique ». Cet « *acting-in* psychosomatique » provient de la nécessité d'éviter la menace de destruction du moi qui pèse sur la rencontre avec l'objet. Comme pour la mise en acte dans la réalité extérieure, l'effet de « cécité psychique » qui en découle fait obstacle à l'élaboration psychique du symptôme.

CONCLUSION

Confrontés aux états limites, certains cliniciens d'aujourd'hui font de ces « nouvelles » pathologies un nouveau paradigme pour la psychanalyse et d'autres, l'objet d'un débat sur la psychopathologie du sujet pris dans les rets du *socius* et de la culture (Lebrun, 1997 ; Rassial, 1999). Pour les premiers, telle C. Chabert (1999b), les fonctionnements limites soulèvent des interrogations essentielles sur la dialectique externe/interne et l'articulation de l'archaïque et du sexuel œdipien au sein de l'organisation psychique ; pour les seconds, la structure sociale contemporaine, favorisant notamment l'effacement du poids accordé à la parole et le déclin de la fonction paternelle, est inductrice de l'apparition de nouvelles pathologies du comportement, en tant que réponses adéquates à la perte de ces repères qui sont au fondement de l'identité.

Entre le dedans/dehors du psychisme et le dehors/dedans du social, c'est bien là que s'exprime la souffrance de l'état limite, souffrance qu'il s'agit d'entendre pour l'aider à trouver sa place de sujet dedans *et* dehors.

LECTURES CONSEILLÉES

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

BALIER C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF, 4^e éd.

- BALIER C., dir. (2005). *La Violence en abyme*, Paris, PUF.
- BERGERET J. (1975). *La Dépression et les états limites*, Paris, Payot.
- BERGERET J. (1995). *Freud, la violence et la dépression*, Paris, PUF.
- BRUSSET B. (2005). *Psychanalyse du lien*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- CHABERT C. (dir.) (1999a). *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod.
- CHABERT C. (1999b). *Les États limites*, coll. sous la dir. de J. ANDRÉ, Paris, PUF.
- CHAGNON J.-Y. (2007). « Les états-limites : approche psychanalytique francophone contemporaine », dans *Trouble de la personnalité limite et réadaptation*, sous la dir. de R. LABROSSE et Cl. LECLERC, Saint-Jérôme, éd. Ressources, p. 13.01-13.37.
- DEUTSCH H. (1942). « Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia », dans *Psychoanal. Quart.*, 301-321.
- FREUD S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*, dans *Œuvres complètes*, XII, Paris, PUF, 2005, p. 213-246.
- FREUD S. (1927). *Fétichisme*, dans *O.C.*, XVIII, Paris, PUF, 1994, p. 125-131.
- FREUD S. (1938a). « Le clivage du moi dans le processus de défense », dans *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 2^e éd., 1987.
- FREUD S. (1938b). *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1985.
- GREEN A. (1990). *La Folie privée. Psychanalyse des cas limites*, Paris, Gallimard.
- GREEN A. (1999). « Genèse et situation des états limites », dans *Les États limites*, collectif, Paris, PUF, « Petite Bibliothèque de psychanalyse », p. 23-68.
- JEAMMET P. (2006). « Les troubles des conduites alimentaires », dans *Actes et Dépendances*, Paris, Dunod, p. 3-60.
- KERNBERG O. (1967). « Borderline personality organization », dans *Amer. Jour. Psychoanal. Assoc.*, 15, 641-695.
- KERNBERG O. (1975). *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1979.
- KLEIN M. (1946). « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », dans *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966, p. 274-300.
- KOHUT H. (1971). *Le Soi*, Paris, PUF, 1974.
- LEBRUN J.-P. (1997). *Un monde sans limite*, Ramonville Saint-Agne, Érès.
- MARTY F. (dir.) (2002). *Le Jeune Délinquant*, Paris, Payot.
- MARTY P. (1976). *Les Mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot.
- RASSIAL, J.-J. (1999). *Le Sujet en état limite*, Paris, Denoël.
- ROUSSILLON R. (1995). « Métapsychologie des processus et transitionnalité », dans *Revue française de psychanalyse*, vol. 59, numéro spécial, 1375-1519.
- ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.
- STERN A. (1938). « Psychoanalytic investigation and treatment in the border line group of nevroses », dans *Psychoanal. Quat.*, 7.
- VENISSE J.-L. et coll. (1999). *Les Nouvelles Addictions*, Paris, Masson.
- WINNICOTT D.W. (1956). « La tendance anti-sociale », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1992.

WINNICOTT D.W. (1960). « La théorie de la relation parent nourrisson », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1992.

WINNICOTT D.W. (1971). *Jeu et Réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

Chapitre 14

LA DÉPRESSION

INTRODUCTION¹

On frappe je dois ouvrir
il faut que je me lève un pied sur le sol
puis l'autre
un effort absolument
debout je marche
chaque pas me donne le vertige
comme un tour de manège
celui de mon enfance
un peu de ma mémoire
des souvenirs me reviennent
j'ouvre tu es là
tu viens me chercher m'emmener
j'ai mal à la tête
la douleur est violente comme une irradiation
mes yeux sont si lourds pourquoi sont-ils fermés
pourquoi suis-je allongée
je suis dans ma chambre je n'ai pas bougé
tu n'as pas sonné
tu n'es pas venu.

Nathalie Rheims, *Lettre d'une amoureuse morte* (Paris, Gallimard, 2000, p. 53).

On pourrait s'étonner de trouver un chapitre traitant de la dépression dans un ouvrage consacré à l'explicitation de concepts, tant la dépression frappe de prime abord par son incarnation. Il n'est qu'à visiter un musée, ouvrir un livre d'art ou, bien sûr, rencontrer une personne endeuillée, pour être frappé par l'expression corporelle de l'état dépressif qui n'invite pas en soi à la prise de distance par la saisie théorique (en quête de facteurs liés notamment à la question causale), encore moins à l'idée d'une consistance théorique heuristique (valeur fonctionnelle structurante de l'expérience dépressive dans la structuration de l'appareil psychique par exemple). La dépression fige, émeut, pèse. Repensons aux visages abattus de ces femmes et de ces hommes, de ces enfants parfois, la tête reposant lourdement dans une main, les traits tirés, le teint pâle, le regard perdu dans le vague, noyé dans le chagrin, l'autre main tenant un objet, qui une fleur, qui un crâne, qui une étoffe ayant appartenu à l'être aimé et perdu¹. La douleur, évidente, nous saisit, et ce, d'une façon sans doute singulière tant tout un chacun est susceptible d'avoir vécu un tel moment ou se sait risquer d'y être un jour confronté. La dépression est en effet à même de s'exprimer dans la vie en de multiples occasions : décès de personnes proches, échecs professionnels, ruptures amoureuses, maladies, vieillesse, autant d'occasions fort susceptibles de confronter chacun à la douleur de la perte. Et pourtant, aux côtés de cette évidente incarnation, il apparaît qu'une valeur théorique indéniable peut être associée à la dépression, non pas seulement restreinte à sa dimension potentiellement pathologique, encore moins à la dimension d'improductivité et de stérilité que d'aucuns lui reprochent². Car la dépression tient une place nodale dans la vie psychique : faille mettant en péril l'homéostasie, ou moteur d'un mouvement progrédient, elle implique un travail psychique dont l'importance ne doit pas être sous-estimée tant il participe de l'édification et de la stabilité de la psyché. Inhérente à la rencontre de l'autre en soi et hors de soi, différent de soi – susceptible de fait d'être perdu –, la dépression participe de mouvements qui construisent et structurent, font aller de l'avant et invitent à renoncer, pour mieux se trouver.

Dépression. L'étymologie du mot n'annonce pourtant *a priori* rien de bon. Du latin *depressio* qui signifie « enfoncement » (littéralement, déprimer veut dire « presser de haut en bas »), le vocable « dépression » apparaît foncièrement négatif. Dans le champ sémantique économique (où la dépression est

-
1. J'invite le lecteur à se plonger dans les passionnants ouvrages d'Hélène Prigent (2005) et de Jean Clair (2005) élaborés à l'occasion de l'exposition « Mélancolie. Génie et folie en Occident » qui s'est tenue dans les galeries du Grand-Palais à Paris du 10 octobre 2005 au 16 janvier 2006.
 2. De l'*acedia* dénoncée par l'Église pour fait d'oisiveté et de paresse, de dispersion de l'esprit et de mauvaise volonté, aux modifications contemporaines de clauses de contrats d'assurance pour « invalidité » liée à la survenue d'une « pathologie mentale handicapante », il apparaît que l'inertie dépressive contrarie fortement certaines représentations par ailleurs valorisées de disponibilité et d'ouverture, sinon d'activité, de productivité à toute épreuve, d'efficacité et de rendement.

une crise caractérisée par une baisse de la consommation et de la production, une montée du chômage) ou climatologique (où une dépression est une zone de basse pression atmosphérique, propice au mauvais temps dans des latitudes tempérées), la dépression comporte, on le voit, une valence péjorative qui prédomine. Mais à l'évidence, c'est dans le champ de la psychopathologie que le mot connaît sa vulgarisation la plus importante et de fait une compréhension parfois erronée, sinon orientée.

Prétendre en quelques pages brosser un tableau susceptible de rendre compte de la richesse et de la complexité de la question dépressive est à l'évidence impossible. Il faudrait par exemple aborder la question des états dépressifs observés en contexte de parturition (*baby blues*, dépression du *post-partum*), de l'expression dépressive selon les âges (des dépressions anaclitiques du très jeune enfant aux dépressions pseudo-déméntielles observées dans la clinique de l'adulte âgé). On pourrait aussi aborder la passionnante question de la diversité des expressions dépressives selon les contextes ethnoculturels. Tout ne peut être dit ici.

1 CLINIQUE DE LA DÉPRESSION

Partons de l'acception première de la dépression, celle de l'enfoncement, de la chute. La clinique dépressive se caractérise en effet couramment par la lassitude et l'abattement, l'ennui et le dégoût, le découragement et le pessimisme, l'anxiété et la tristesse. On y observe également des troubles du sommeil et de l'appétit, des troubles somatiques (palpitations, vertiges, douleurs, état de fatigue que le repos peine à atténuer), un certain ralentissement du comportement et des fonctions cognitives, une baisse de l'estime et de l'attention que l'on peut se porter, de l'intérêt que l'on voue aux autres, tant au plan professionnel et familial qu'amical et sexuel. Dès l'Antiquité, on fut sensible à cette clinique de l'apathie qu'Hippocrate attribuait à un bouleversement de l'équilibre des humeurs. Là prédominait la bile noire, localisée dans la rate (*spleen* en anglais), la *melanos kolia* qui donnera son nom à la mélancolie, forme particulièrement grave d'effondrement dépressif, mais dont plusieurs grands poètes et romanciers vanteront la douce langueur, l'amère tonalité, propice à une rêverie douloureuse où sévit l'aiguillon de la nostalgie, du saisissement par des questions graves et existentielles, ou un sentiment vague de déroute, de vulnérabilité, voire de dégoût de la vie (*taedium vitae*¹). Les Anciens ont souligné son

1. Nombreux sont celles et ceux parmi nous qui éprouvent un authentique plaisir à se laisser prendre, émouvoir, étreindre par une symphonie de Mahler, un opéra de Puccini, un tableau de Friedrich ou un poème de Lamartine, sans pour autant souffrir de cet état.

lien trouble avec le génie et la créativité, certains grands hommes particulièrement féconds au plan politique et culturel s'avérant à leurs heures empreints d'un vague à l'âme torturant. Et la substance mélancolique détient là un statut instable fort intéressant : trop froide, elle conduit à la terreur sidérante, à la torpeur et à l'hébétéude ; trop chaude, elle est source de l'illusion trompeuse, de la colère, voire de la folie, et pousse au suicide ; arrêtée dans sa poussée à un état moyen, elle s'avère au contraire le terreau propice à la fertilité de l'imagination, de la mémoire et de la créativité. Gardons donc en tête, avant de poursuivre, ces diverses acceptions du mot, qui embrasse dans un même élan le moindre épisode de tristesse qui semble participer du cours de la vie, et les formes graves, durables, qui mettent en péril sa continuité, et qui soulignent conjointement l'idée d'un équilibre possible, favorable à l'investissement de potentialités internes.

1.1 Une saisie psychopathologique et nosographique

La question des rapports entre normalité et pathologie est d'autant plus prégnante ici qu'il apparaît que certains états dépressifs participent à n'en pas douter des variations de la normale, alors que d'autres trahissent des fragilités psychiques indéniables qui font craindre une évolution délétère pour l'individu. Sur quels critères se baser pour proposer des repères heuristiques pour la clinique, la compréhension des processus en jeu et la formulation de projets thérapeutiques ? Sur l'intensité des troubles ? Sur la pluralité des conséquences dans la vie quotidienne ? Des études sur la dépression donnent par exemple lieu à des recherches épidémiologiques tant la fréquence et l'universalité de cet état sont importantes¹. Mais qu'entend-on

1. À l'heure où j'écris ce texte débute en France une campagne nationale d'information soutenue par le ministère de la Santé et l'Institut national de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) : « La dépression : en savoir plus pour en sortir. » Sensibiliser le public au fait des souffrances psychiques pour ne pas négliger un état dépressif masqué ou un deuil compliqué voire pathologique, informer sur les partenaires médico-psycho-sociaux susceptibles de proposer un lieu d'écoute, de prise en charge thérapeutique adaptée, d'aide et de conseils pour les aléas de la vie quotidienne (risque de rupture d'un contrat de travail, impossibilité d'effectuer des démarches administratives, etc.) apparaissent comme des projets à promouvoir. Toutefois apparaît là un accent porté sur la notion de maladie, notion complexe en psychopathologie, qui tend à cantonner l'expérience dépressive dans sa valence péjorative : il faut établir un diagnostic, qui ne peut qu'être médical, repérer des symptômes pour les supprimer et veiller à ce qu'ils ne réapparaissent pas. Plus encore, le précepte « souvenez-vous que la dépression est une maladie : demanderiez-vous à une personne atteinte de la grippe d'arrêter d'avoir de la fièvre ? » est-il adressé aux proches d'une personne dépressive, proposant des conduites à tenir face à cette « maladie qui touche beaucoup de monde » (p. 64). Il est ainsi par ailleurs formulé que la personne déprimée « n'est pas responsable de son état, il s'agit d'une maladie » (p. 65). Certes, on peut comprendre la nécessité de formuler ainsi, de façon simple, quelques éléments de compréhension de la situation pour le grand public. Il importe toutefois que les professionnels puissent aussi envisager les choses sous un autre angle, plus nuancé, davantage problématisé, où

par dépression ? Prend-on en compte le fait du moindre effondrement dépressif ? Est-ce la durée qui signe la valence pathologique ? Le patient doit-il reconnaître son état dépressif ? Et que faire des états où des moments d'excitation et d'euphorie cohabitent avec, remplacent, voire masquent d'évidentes fragilités dépressives ? Que cachent des plaintes somatiques répétées, ou une hyperactivité où le repos, le calme et le silence sont fuis tant ils renvoient un écho insupportable de vide et de néant ? Qu'entend-on par « dépression froide », « dépression blanche » (Green, 1980), « dépression essentielle » (Marty, 1976) ? Que recèlent des addictions qui exaltent l'hyperconsommation et la jouissance sans limite, ou des conduites à risque où le sujet frôle la mort, triomphe d'en réchapper pour mieux se replonger dans la situation dangereuse, comme happé par l'urgence de se faire du mal ? Comprend-on de la même façon des états dépressifs à l'expression souffrante manifeste (pleurs abondants, plaintes soutenues, idées suicidaires en lien avec des thématiques de culpabilité, de non-sens de la vie, de honte) et des états où des patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur se plaignent pourtant de ne pas ressentir d'affect triste, d'être émoussés dans leur expression (Emmanuelli, Bruguière et Pheulpin, 2005) émotionnelle (mimique, gestuelle, mise en mots, éprouvés internes) ? La dépression de ces derniers est-elle moins authentique ?

On le voit, la dépression apparaît tel un gouffre où sont jetés pêle-mêle des états psychiques qui semblent bien hétérogènes. Garder en tension l'idée d'un *continuum* entre normalité et pathologie, et laisser place dans la pensée aux décompensations les plus graves comme aux fluctuations banales de l'humeur, cela ne doit pas donner à penser que tout vaut tout, ni que ces diverses dimensions sont à mettre sur le même plan. Le risque serait alors d'édulcorer ou, *a contrario*, de dramatiser par trop des états psychiques qui relèvent de dynamiques différentes.

Une certaine appropriation médicale de la dépression a une évidente pertinence car elle témoigne du trouble morbide que peut être l'état dépressif, nécessitant prise en charge psychothérapique, voire hospitalisation, prescription chimiothérapique et/ou sismothérapique. Mais le risque conséquent que l'on observe est la médicalisation du moindre état de souffrance dépressive :

la dépression n'apparaît pas réduite à un élément parasite extérieur qui, telle une grippe, met à mal l'intégrité de l'individu et positionne ce dernier dans un statut de quasi-victime passive qui subit. Les « maladies » psychiques ne sont pas sans lien avec l'histoire de la personne, ses fragilités certes, mais aussi ses résistances au changement et au mieux-être. Ainsi, il peut y avoir intérêt à respecter l'expérience dépressive en ce qu'elle s'avère l'occasion de s'affronter à son histoire souffrante, en ce qu'elle signe la mobilisation de potentialités de changement par abandon par exemple de défenses hypomaniaques, de conduites d'évitement et de mise à l'écart d'affects autrefois insupportables, maintenant davantage susceptibles d'être reconnus comme partie prenante d'une difficulté à vivre. Compris comme participant d'une dynamique qui le dépasse et non plus isolé comme signe clinique à part, le « trouble de l'humeur » peut prendre un sens pour la personne et participer de sa maturation psychique.

on connaît la consommation intense de psychotropes en France, prescrits par les médecins traitants, consommation qui peut viser légitimement à amoindrir l'éprouvé et la plainte, mais qui peut aussi déposséder le patient d'une rencontre avec sa propre histoire souffrante, cette part de lui qui, mordante, amère et pénible, ressasse des désenchantements, des abandons et des échecs, dont on ne fait pas si facilement table rase¹.

1.2 Une problématique des causalités

La dépression est plurielle. Dans ses manifestations cliniques d'une part, mais aussi dans les causalités qui ont été avancées. Deux grandes figures s'affrontent, celle qui vante l'idée d'une endogénéité de la dépression, privilégiant alors une théorisation étiologique et un traitement eu égard principalement à des dérèglements biologiques, et celle qui souligne la dimension psychogène de l'avènement, articulant causalité psychique et réaction à l'environnement². L'étude de certaines formes de maladie maniaco-dépressive a ainsi conduit à dégager une hypothèse de prédisposition génétique. La survenue régulière d'effondrements dépressifs sans possibilité d'évaluer l'incidence d'un événement déclenchant aisément repérable, l'existence de manifestations dépressives au cours d'affections organiques mettant à mal par exemple l'équilibre endocrinien, et enfin l'action des antidépresseurs a conduit à soutenir l'idée de causes biologiques, par perturbations de la neurotransmission cérébrale, de la sécrétion de substances telle que la mélatonine (Lêo et Lêo, 1991). Or on sait « que l'électro-convulsivo-thérapie est parfaitement efficace sur des dépressions de toute évidence réactionnelles. Le fait a été amplement confirmé avec la chimiothérapie », souligne Daniel Widlöcher qui précise conjointement que « l'action d'un médicament ne signifie par nécessairement qu'il corrige la cause du trouble » (1990, p. 24 et p. 9).

-
1. Il importe d'associer à cette réserve quant à la consommation solitaire d'antidépresseurs – solitaire au sens où elle peut s'avérer exclusive et excluante de toute compréhension autre, de toute démarche de prise en compte d'une autre réalité que celle de déficits biologiques –, qu'il n'est évidemment pas lieu ici de porter discrédit au recours à la chimiothérapie en soi : on sait que l'utilisation raisonnée de psychotropes joue un rôle précieux, parfois indispensable, dans la diminution d'états de souffrance et d'angoisse sinon insupportables et aliénants, et peut alors permettre qu'un investissement de soi, des processus de pensée, et de l'autre, devienne possible. Il importe conjointement de n'être pas naïf et de prendre en compte le fait que la consommation massive de psychotropes permet à l'industrie pharmaceutique de faire des bénéfices immenses. Les laboratoires ont de fait tout à gagner à ce que la consommation se banalise.
 2. Le risque là est de répondre à un débat épistémologique par une proposition nosologique, c'est-à-dire de proposer une classification différenciatrice des structures dépressives (endogène vs exogène) alors que c'est de la pertinence de modèles théoriques susceptibles de rendre compte de la complexité des phénomènes en jeu dont il est question. On ne peut pas mettre sur le même plan symptomatique et, partant, interprétatif, le ralentissement psychomoteur et la culpabilité. Environnement, substrat biologique et dynamique psychique entrecroisent là les fils complexes de leurs causalités respectives.

Quelles qu'elles soient cependant, ces causalités rencontrent immanquablement la réalité interne de la personne déprimée. Quand bien même l'expression, voire la souffrance dépressive pourraient participer de causalités chronobiologique ou héréditaire, cette survenue, si biologique soit-elle (en son essence ?), n'en demeure pas moins bruyante dans la vie d'une personne unique et irremplaçable, présentant un fonctionnement psychique à la dynamique singulière, mobilisé de longue date à traiter avec plus ou moins d'efficacité les états de bouleversement de son homéostasie, la souffrance associée, les aléas de ses relations aux autres et à elle-même.

Ainsi, il n'est pas question ici de juger nulle et non avenue la dimension biologique de la question dépressive, mais de rappeler que le rapport d'un individu à sa vie affective, en l'occurrence dépressive, dépend aussi d'une causalité complexe, la causalité psychique, qui interroge les liens entre la réalité interne de chacun et la réalité externe (Green, 1995). Et s'il est des souffrances dépressives qui apparaissent liées à un événement extérieur (un deuil, une perte, un échec), il est aussi des événements internes, des processus singuliers qui, échappant à la vigilance, au contrôle et à la conscience du sujet, peuvent se mobiliser avec plus ou moins d'efficacité pour alimenter, ou traiter une problématique centrale de la vie psychique, particulièrement mise en lumière dans les figures de la dépression, la problématique de la perte (Chabert, Kaës. et coll., 2005).

2 MÉTAPSYCHOLOGIE DE LA DÉPRESSION

La métapsychologie freudienne et post-freudienne s'est intéressée de près aux divers traitements de la perte, selon l'organisation psychique de chacun, les problématiques en jeu, les capacités de les élaborer, de lier affects et représentations, de contenir l'angoisse dépressive sans la nier. Trois auteurs vont nous permettre d'aborder cette question.

2.1 Deuil et mélancolie

Partons d'un texte majeur, « Deuil et mélancolie », écrit en 1915, où Freud associe deux tableaux cliniques qui ont certes des points communs (tristesse forte, diminution de l'intérêt pour le monde extérieur, perte de la capacité d'amour, désinvestissement des activités ordinaires, mésestime narcissique) mais qui mobilisent des processus psychiques bien différents. Le travail engagé dans le deuil implique un désinvestissement progressif de l'objet perdu, que l'on accepte petit à petit de laisser partir, pour s'autoriser un jour d'en investir d'autres ; ainsi, les éléments communs avec la mélancolie

décrits ci-avant sont dans le deuil marqué du sceau du transitoire, même s'ils peuvent s'avérer aigus et fort douloureux. Ce travail de renoncement achoppe dans la mélancolie, le patient demeurant attaché en un lien aliénant à un objet perdu dont « l'ombre, dit Freud, tombe alors sur le Moi ». C'est-à-dire que le moi du sujet apparaît fragile, et fragilisé, la difficulté à traiter la perte de l'objet révélant un moi effrité, ayant investi l'objet sur un mode narcissique. Le sujet s'amalgame plus ou moins inconsciemment avec cet objet dont il ne peut se résoudre à accepter la perte : l'autre demeure tel un objet mort toujours présent dont la perte engage angoisses d'abandon, d'anéantissement, d'arrachement d'une peau commune. Sans que ce processus ne s'édifie forcément en une authentique pathologie psychiatrique mélancolique, il est des modes de fonctionnement psychique dont le noyau de fragilité apparaît mû par ce processus, où les patients demeurent tourmentés, hantés, s'affligeant des auto-reproches qui trahissent l'impossibilité d'adresser à l'objet perdu le moindre ressentiment (Chabert, 2003).

2.2 Les positions schizo-paranoïde et dépressive

Cette question du lien trouble entre agressivité et dépression dans le traitement de la perte est reprise par Melanie Klein (1934) lorsqu'elle décrit le travail psychique complexe qui se mobilise lors des positions schizo-paranoïde et dépressive¹. L'objet tel qu'appréhendé par le nourrisson se caractérise d'abord par le fait qu'il est soit un objet qui frustre, donc mauvais et persécutant, soit un objet qui nourrit, donc bon et apaisant. Petit à petit s'édifie la représentation que le même objet peut s'avérer tantôt bon, tantôt mauvais. Ce rassemblement de parties jugées de prime abord éparses participe de l'élaboration de la position dépressive : l'objet bon est donc parfois frustrant ; la colère ressentie et adressée à l'objet jugé mauvais est donc en fait adressée à l'objet bon. Là s'instaure une dimension majeure de la vie psychique, l'ambivalence, qui permet l'expression modulée de l'amour et de la haine, une liaison et une tempérance mutuelles de pulsions libidinales et de pulsions agressives. D'où la crainte de perdre non pas l'objet mauvais, mais l'objet bon, l'objet aimé, à qui l'enfant a pourtant adressé cris, pleurs, refus. Melanie Klein a appelé ces processus « positions » et non « stades », pour en souligner la possible réactualisation et mobilisation à toute période

1. Avec évidemment la prudence de rigueur lorsqu'on rapproche des époques et, partant, des conceptions fort éloignées, on notera avec intérêt que la sensibilité des médecins de l'Antiquité grecque et romaine à l'abattement et à l'apathie allait de pair avec le dégagement d'un autre état mental lié à la mélancolie, celui de la colère, de la rage et de l'agitation. Aveuglés par la crainte et la fureur nées de l'envahissement par les vapeurs noires et toxiques de la *melanos kolia*, d'aucuns (notamment Héraclès et Ajax) commirent de terribles exactions avant de sombrer dans l'abattement consécutif à leur prise de conscience des actes dont ils étaient les auteurs.

de la vie et non pas seulement aux stades précoces d'édification de la psyché. Ainsi les difficultés d'élaboration de la position dépressive sont-elles susceptibles de se déployer à la faveur d'événements internes ou externes qui rappellent la dépendance à l'objet, les attaques vis-à-vis de celui-ci, la culpabilité de lui avoir fait du mal, l'angoisse d'être abandonné. On le voit, la dépression joue un rôle crucial, elle est une souffrance nécessaire qui témoigne d'une maturation psychique précieuse ; elle est bien sûr appelée à se résorber, mais peut toujours réapparaître et témoigner de la réactivité interne de chacun à des situations de perte ; mais elle peut aussi faire le lit de prétentions violentes de possession de l'objet, d'investissements qui font fi de son altérité, exigeant alors de lui une absolue servitude, trahissant par le refus de sa perte, la dépendance à sa présence et l'impossible autonomie du sujet. J'y reviendrai.

2.3 Dépression et dépressivité

Pierre Fédida (2001) a proposé de distinguer dépression et dépressivité de la vie psychique. Nous avons vu que la dépression était marquée du sceau de l'enfoncement, du retrait. Si cela comporte une valence négative, cela doit être entendu également comme comportant une valence positive de protection et d'équilibre de la vie psychique. Il s'agit là d'une potentialité dépressive, la dépressivité, qualité et non défaut permettant de ne pas se soustraire complètement à l'excitation et au trauma, de ne pas désinvestir la relation à l'autre et à soi, mais d'endurer le contact avec l'autre et de se protéger tout à la fois du trop-plein ; se retirer, se distancier tout en reconnaissant la difficulté, voire la perte. Il est ainsi une dépressivité nécessaire au fait même de vivre, de traverser des moments de crise, des passages étroits et escarpés qui invitent, si ce n'est obligent, à se permettre de relâcher, de laisser transparaître une certaine et authentique fragilité. Cette dépressivité, soutient à très juste titre Fédida, n'est pas la dépression, en ce qu'elle ne fige pas et ne met pas en échec. Certes, nul n'est à l'abri de souffrir, mais là est aussi la condition d'un travail dégageant, dans cette possible confrontation, et élaboration, au renoncement, à la perte, à la finitude (Verdon, 2007).

3 DÉGAGEMENTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Retenons de la richesse clinique de la dépression trois grandes figures psychopathologiques. Elles témoignent de l'intérêt d'une approche trans-

nosographique de la dépression et rappellent combien la clinique doit demeurer une clinique individuelle.

3.1 Les troubles bipolaires

D'une part les *troubles bipolaires*, marqués tantôt par une exaltation de l'humeur (euphorie, excitation, agitation, tachypsychie), tantôt par un état d'abattement (tristesse, apathie, bradypsychie). Nommée « psychose périodique maniaco-dépressive » par Kraepelin (1905), cette pathologie se caractérise par la décompensation récurrente et cyclique du fonctionnement psychique en des moments contrastés selon la nature de l'humeur (phase maniaque dont le déclenchement est souvent brusque, phase mélancolique au début souvent insidieux¹). Ces troubles s'observent généralement chez des patients psychotiques ainsi que des patients présentant un fonctionnement limite (Sagelas-Granval, 2004). Les états de crise maniaque ou mélancolique sont de durée variable ; ils peuvent faire courir le risque de passages à l'acte hétéro- ou auto-agressifs (suicide), s'accompagner de constructions délirantes d'indignité, de ruine, de damnation (mélancolie), de réalisations mégalomaniaques, d'inafaillibilité, de filiation grandiose (manie).

3.2 Les organisations limites, narcissiques et perverses

Sans verser dans des manifestations aussi spectaculaires, on peut observer plus couramment des fragilités dépressives nettes chez des patients présentant des relations d'objets instables, précaires, redoutant la séparation et le manque. Cette difficulté de traitement de la perte se retrouve notamment dans les *organisations limites, narcissiques et perverses*. L'angoisse de perte de l'objet du fait d'une différenciation fragile avec lui s'y révèle l'angoisse nodale, particulièrement propice à la souffrance dépressive. On comprend l'acuité de telles problématiques du fait des défaillances d'objets internes, trop peu solides et fiables. Le travail d'intériorisation de l'objet n'ayant pu être mené à bien, certaines personnes présentant un fonctionnement psychique dit limite apparaissent par exemple fort sensibles à toute absence de l'autre. La difficulté de se le représenter en son absence exige alors sa convocation sur la scène perceptive. À défaut de cette présence permanente qui serait alors investie comme colmatage des brèches de la psyché, le sujet peut

1. Il existe également des fonctionnements se caractérisant par le surgissement de phases de décompensation monopolaire, mélancolique ou maniaque, par intermittence ; en dehors de ces phases, que certains sentent venir, les patients présentent un fonctionnement psychique, un comportement dans la vie de tous les jours qui ne donnent pas à penser qu'ils peuvent être sujets à de tels moments de désorganisation.

éprouver de la part de l'objet absent, parti, perdu, l'angoissante conviction d'avoir été trahi par lui : contenir l'angoisse s'avère difficile, investir l'autre avec ambivalence apparaît compromis, et l'angoisse d'être abandonné peut cohabiter avec des éprouvés de colère et de rage. L'objet hyperinvesti suscite de fait une inquiétude sourde : objet exclusif de l'investissement libidinal, il suscite une excitation massive difficile à juguler et à négocier ; tantôt frustrant et insatisfaisant, tantôt idéalisé et omnipotent, il rappelle incessamment au sujet son manque d'autonomie (Chabert, Brusset et Brelet-Foulard, 1999 ; Verdon et Duplant, 2006). Chez des patients présentant un fonctionnement narcissique ou pervers, la lutte contre la dépendance à l'objet mobilise des modalités d'investissement qui revendiquent avec force l'illusion d'une autarcie : l'autre est un objet subsidiaire, utilisable selon des priorités individuelles qui ne peuvent le rencontrer dans sa différence tant celle-ci s'avère insupportable en ce qu'elle rappelle l'incomplétude personnelle. Idéalisé ou disqualifié, mobilisant emprise et fascination, l'objet demeure somme toute investi de façon partielle. Se revendiquant sans désir mais fort susceptible de satisfaire l'appétence de l'objet, le sujet narcissique ou pervers prétend ne connaître ni la tension du besoin ni, partant, la douleur de la frustration et de la perte. Cette façon assez radicale de lutter contre la souffrance dépressive peut s'avérer fort efficace. Elle peut aussi être mise à mal du fait d'événements de vie plus ou moins insidieux qui déséquilibrent l'évidence de l'autarcie et de l'indépendance, de la suprématie et de l'intemporalité (Jeammet, Neau et Roussillon, 2004 ; Verdon, 2003).

3.3 La névrose

La dépression peut également être observée dans le champ de la *névrose*. Tant au niveau des névroses dites actuelles (psychasthénie, neurasthénie et hypocondrie où prévalent des plaintes de fatigue, de douleur, de mal-être axées sur le corps), que des névroses dites de transfert (névrose hystérique, névrose obsessionnelle, névrose phobique) dont je parlerai ici. Outre des troubles singuliers qui peuvent s'avérer à l'origine d'une rencontre clinique (troubles obsessionnels compulsifs, conversions, angoisses phobiques, etc.), la souffrance dépressive est bien souvent mise en avant comme plainte première, et comprise alors par le clinicien comme participant d'un fonctionnement psychique dont la dynamique s'avère congruente avec le paradigme de la névrose de transfert tel que dégagé par Freud et ses successeurs. Reconnaissance douloureuse de l'interdit de la satisfaction œdipienne (dans sa double valence parricide et incestueuse), renoncement auquel on est alors conduit, culpabilité et souffrance narcissique associées, autant de problématiques qui suscitent une nécessaire confrontation au désenchantement, à la perte, qui engagent de fait un travail psychique auquel participe une contribution dépressive. Affects de tristesse et représentations d'impuissance

tissent alors des liens complexes, parfois masqués, condensés, refoulés, non indemnes de satisfactions secondaires où être meurtri (puni, exclu) peut participer de la conflictualité intra-psychique et de la victoire de jouissances secrètes. Amer, empreint de doute et de procrastination, découragé par les échecs et les frustrations, le sujet névrosé peut présenter un authentique état de souffrance dépressive (Verdon, 2004).

4 COMPRÉHENSION, ÉVALUATION

La souffrance dépressive, à des degrés fort divers, est un motif fréquent de rencontre clinique. Il importe de fait que le psychologue propose un espace de parole pour que ce fait, peut-être tu à d'autres parce que sans doute lié à des événements difficiles, plus ou moins intimes, puisse être déployé dans ses divers affects et représentations. Il importe conjointement que puissent être saisies, au fil des entretiens, la complexité et la singularité du fonctionnement psychique ; car, on l'aura compris, la dépression se rencontre sous diverses formes, greffée sur de multiples organisations psychopathologiques, des variations de la normale aux décompensations graves. Il importe également que les formes masquées de la dépression, ou un état dépressif discret associé à des symptômes plus bruyants, ne soient pas négligés. Comme bien souvent, c'est l'alliance du temps donné au temps, du cadre thérapeutique et de la prise en compte des potentialités de changement et des résistances de la personne qui vont permettre que se déploient les ressources psychiques. Ainsi, la possibilité de se confronter un jour à son histoire souffrante, d'ordinaire mise à l'écart – si elle s'avère un événement difficile d'une prise en charge psychothérapique, parfois source de remise en question de l'efficacité, si ce n'est de la légitimité du cadre thérapeutique, voire de rupture du lien –, peut s'avérer une étape décisive pour la personne. On peut de fait être sensible à la fragilité dépressive de quelqu'un sans que cette personne ne soupçonne qu'elle mène, à prix fort, un combat contre cette rencontre avec cette part sombre de son histoire et de sa personnalité. Parce que, on l'a vu, la possibilité de se déprimer, de lier affects de tristesse et représentations de perte, de s'ouvrir à sa propre souffrance, peut participer de mouvements potentiellement progrédients et dégageants, il peut être utile, lors d'un bilan psychologique, d'avoir recours à des outils qui offrent l'opportunité d'une saisie singulière du fonctionnement psychique que ne permet pas toujours l'entretien clinique. D'aucuns vantent le recours privilégié à des échelles et des (auto)questionnaires d'évaluation et de quantification de la dépression. Le risque de ces outils, on le pressent, est de réduire l'expression psychique à un score référé à un seuil normatif, d'objectiver une clinique riche et singulière par des propositions qui orientent l'appréciation du sujet lui-même. Or

la mobilisation de défenses hypomaniaques peut tout à fait s'avérer susceptible de masquer d'authentiques fragilités dépressives (Verdon, 2003, 2005). L'utilisation des épreuves projectives, parce qu'elle participe pleinement de la rencontre clinique, de l'interaction complexe et riche entre le patient, le psychologue et l'objet-test, et qu'elle permet cependant de mobiliser des conduites psychiques repérables, offre l'occasion d'une rencontre de la dynamique du fonctionnement psychique par des moyens dont la technique et la finalité échappent au patient et lui permettent une expression *a priori* moins contrôlable de ce qui l'habite, des fragilités certes, mais aussi des ressources susceptibles de se mobiliser dont il doute, voire qu'il ne soupçonne même pas (Brelet-Foulard, Chabert et coll., 2003 ; Chabert, 1987).

Intimement liées à la question de la perte, les problématiques dépressives peuvent prendre une ampleur qui révèle l'acuité de fragilités psychiques qu'il ne faut pas négliger. Elles ne doivent cependant pas être cantonnées au champ des maladies psychiques. Car, sans être une fatalité aliénante, souffrir de manquer, de n'être pas aimé, de ne pas réaliser nos idéaux, tout cela fait partie du risque de vivre, d'être confronté au temps qui passe et à nos limites, d'être saisi par ce questionnement qui sourd au tréfonds de chacun, *qui suis-je... au milieu des autres ?*

LECTURES CONSEILLÉES

ANDRÉ J. et coll. (2007). *Les Brumes de la dépression*, Paris, PUF.

BRELET-FOULARD F., CHABERT C. et coll. (2003). *Nouveau manuel d'utilisation du TAT*, Paris, Dunod.

CHABERT C. (1987). *La Psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris, Dunod, rééd. 1998.

CHABERT C. (2003). *Féminin mélancolique*, Paris, PUF.

CHABERT C., BRUSSET B., BRELET-FOULARD F. (1999). *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod.

CHABERT C., KAËS R., LANOUZIÈRE J., SCHNIEWIND A. (2005). *Figures de la dépression*, Paris, Dunod.

CLAIR J. et coll. (2005). *Mélancolie. Génie et folie en Occident*, Paris, Gallimard.

EMMANUELLI M., BRUGUIÈRE P., PHEULPIN M.C. (2005). « Un destin des affects dans la dépression : l'émoussement affectif », *Bulletin de Psychologie*, 58, 2, 476, p. 195-205.

FÉDIDA P. (2001). *Des bienfaits de la dépression. Éloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, rééd. 2003.

FREUD S. (1915). « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie*, Paris, PUF, 1968, p. 145-171.

- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1999.
- GREEN A. (1980). « La mère morte », dans *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, les éditions de Minuit, 1983, p. 222-253.
- GREEN A. (1995). *La Causalité psychique, entre nature et culture*, Paris, Odile Jacob.
- JEAMMET N., NEAU F., ROUSSILLON R. (2004). *Narcissisme et Perversion*, Paris, Dunod.
- KLEIN M. (1934). « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1972, p. 311-340.
- KRAEPELIN E. (1905). *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- KRISTEVA J. (1987). *Soleil noir. Dépression et mélancolie*, Paris, Gallimard.
- LÔO H., LÔO P. (1991). *La Dépression*, Paris, PUF, rééd. 2005.
- MARTY P. (1976). *Les Mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot, 1998.
- PRIGENT H. (2005). *Mélancolie. Les métamorphoses de la dépression*, Paris, Gallimard.
- SAGELAS-GRANVAL C. (2004). « Les troubles bipolaires : réflexions psychopathologiques et perspectives psychothérapiques », dans *Perspectives psychiatriques*, 43, 5, 387-403.
- DE TYCHEY C. (dir.) (2004). *La prévention des dépressions*, Paris, L'Harmattan.
- VERDON B. (2003). « Le traitement des affects dépressifs dans le fonctionnement narcissique à l'épreuve du vieillissement. Apports de la méthodologie projective », *Bulletin de psychologie*, LVI, 5, 467, 655-665.
- VERDON B. (2004). « Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant », *Cahiers de psychologie clinique*, 23, 2, 35-57.
- VERDON B. (2005). « Diversité de traitement des affects dépressifs chez l'adulte vieillissant rencontré en consultation mémoire », *Dementiae*, 15, 3, 186-192.
- VERDON B. (2007). « Mémoire, perte et travail de renoncement. Dépression et dépressivité dans la traversée du vieillissement », dans *Les Brumes de la dépression*, sous la direction de J. ANDRÉ, Paris, PUF, p. 77-111.
- VERDON B. et DUPLANT N. (2006). « Masochisme et angoisse de perte de l'objet. Figure de la psychopathologie de la plainte mnésique », dans *Psychologie clinique et projective*, 12, 119-154.
- WIDLÖCHER D. (1983). *Les Logiques de la dépression*, Paris, Fayard, 1995.
- WIDLÖCHER D. (1990). *Les Psychotropes, une manière de penser le psychisme ?*, Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

Chapitre 15

COMPLEXITÉ ET PARADOXES DU TRANSFERT

INTRODUCTION¹

Le concept de transfert est l'un des concepts fondamentaux de la pratique psychanalytique, il est emblématique de la référence à celle-ci, et peut-être même aussi de la théorie du fonctionnement psychique proposée par la psychanalyse. En ceci il est le concept de la pratique psychanalytique qui permet de cerner et définir la pensée clinique psychanalytique et de la différencier de toutes les autres formes de psychothérapies : il recèle donc des enjeux identitaires pour la psychanalyse.

Cependant si le concept est très répandu dans l'ensemble de la culture « psy », il se pourrait bien que ce succès masque les paradoxes et complexités qui le parcourent, comme il en va souvent des concepts dont la référence est devenue tellement courante qu'elle a fini par perdre son efficacité. Et l'intérêt de ma présente réflexion sera peut-être moins de proposer du nouveau sur le front de la théorisation du transfert que d'en rappeler les principales caractéristiques.

En ce sens il n'est peut-être pas inutile de commencer par en rappeler l'articulation avec la théorie du fonctionnement psychique qui la fonde.

1 TRANSFERT ET ASSOCIATIVITÉ

Le terme vient, et en français, sous la plume de Freud dès les premiers textes consacrés à l'hypnose, il désigne alors le « transfert des sens » – c'est-à-dire le passage d'un mode de sensorialité dans un autre – dont la description plonge ses racines dans les traités d'hypnose qui se succèdent tout au long du XIX^e siècle² et qui tentent de cerner ainsi que quelque chose semble se déplacer dans la vie d'âme.

1. Par René Roussillon.

2. Sur ce point et l'ensemble de la préhistoire de la pratique psychanalytique, cf. Roussillon, 1995.

Mais très vite chez Freud, et ceci dès les premières analyses du fonctionnement de l'appareil psychique et du travail de celui-ci dans *L'Interprétation du rêve*, son sens s'infléchit et commence à s'articuler avec le fonctionnement psychique et en particulier avec le fonctionnement associatif de celui-ci. Citons ici *in extenso* un passage du livre de 1900, dans la mesure où il inaugure la question du transfert en psychanalyse.

« On apprend... que la représentation inconsciente est absolument incapable en tant que telle d'entrer dans le préconscient et qu'elle ne peut y manifester un effet qu'en se mettant en liaison avec une représentation innocente appartenant déjà au préconscient en transférant sur elle son intensité et en se laissant recouvrir par elle. C'est là le fait du transfert qui détient l'élucidation de tant d'événements frappants dans la vie d'âme des névrosés. Le transfert peut laisser non modifiée la représentation préconsciente qui parvient ainsi à une intensité d'une grandeur imméritée, ou bien imposer à celle-ci même une modification par le contenu de la représentation transférante » (Freud, 1900, p. 616-617).

L'articulation du transfert et de l'associativité psychique est souvent, à l'heure actuelle, oubliée et méconnue, et pourtant le lien qu'elle crée entre les deux concepts fondamentaux de la pratique psychanalytique, et entre ceux-ci et le rapport du sujet à son histoire est tout à fait essentiel dans la compréhension de sa place centrale dans la pratique psychanalytique.

Le processus sous-jacent au transfert est un processus psychique commun qui s'observe dans le fonctionnement psychique de tout sujet et ceci indépendamment du fait qu'il soit ou non en analyse, comme il ressort du texte de Freud. En revanche, quand l'association a lieu en cours d'analyse, l'analyste fait partie des pensées préconscientes, des pensées latentes du sujet et le transfert intra-psychique va puiser ses associations dans la relation à l'analyste et à l'analyse. C'est comme cela que l'on passe du mécanisme général du fonctionnement psychique associatif au transfert en cours de cure. Le transfert est donc dans tous les cas « fausse » association, déplacement.

J'ajouterais que, par ailleurs, la présence de l'analyste, et donc la question du transfert, modifie l'associativité ; celle-ci, devant être formulée à l'analyste, est alors soumise aussi, par les nécessités de son adresse, à des impératifs de narrativité. En analyse, c'est donc le couple associativité/transfert qui est le couple de référence et donc le couple associativité/narrativité.

Dans l'article de 1913 qu'il consacre à la description et l'explication du transfert, S. Ferenczi (1913) insiste aussi sur l'activité des pensées inconscientes en quête de représentants et de représentations actuels qui tendent donc à s'accrocher (à se cramponner) à celles qui sont présentes dans la situation psychanalytique et donc à celle de l'analyse et de l'analyste.

À l'origine et au fondement du concept de transfert, il y a donc une liaison essentielle, une liaison fondamentale entre la méthode psychanalytique de l'association libre et le transfert, celui-ci est un effet de celle-là, le transfert

découle de l'association, de l'associativité du fonctionnement psychique, il en est un effet, et particulièrement sollicité quand celle-ci est activée.

2 TRANSFERT, REFOULEMENT ET HISTOIRE

En 1914, Freud, précise sa conception d'un transfert qui se joue entre les représentants (représentations) de « la situation historique » active et activée en analyse et ceux de la « situation actuelle » du patient. On notera que « la situation actuelle » de l'analysant concerne le fait qu'il est en analyse, mais ne se réduit pas au rapport à l'analyse et à l'analyste, elle désigne l'ensemble de l'actualité de l'analysant et donc aussi ce qui se (re)joue dans sa vie actuelle. Le transfert ne se pense bien que par rapport au statut des représentations de la situation historique et de leur refoulement, ou plutôt il ne se pense bien que par rapport aux tentatives de retour de ce refoulé dans l'actualité du sujet, et aux transformations et transpositions qu'il implique.

C'est en effet dans la logique du retour du refoulé que le transfert prend sa place, et dans une logique qui implique fondamentalement la dimension de l'inconscient. Ce qui se transfère est issu de la vie psychique inconsciente, il en est l'émanation déguisée. Le transfert ne concerne donc pas l'ensemble de la relation ou du rapport actuel à l'analyse ou à la « situation actuelle », mais fondamentalement ce qui, à partir de la vie psychique inconsciente, infiltre ceux-ci. Il concerne ce qui de cette vie psychique inconsciente tend à se « mêler à la conversation » (Freud) actuelle, ce qui du passé cherche à se faire représenter dans le présent, ce qui, méconnu, cherche à se faire reconnaître dans le présent.

Toujours en 1914, Freud va ajouter à cette définition de base l'idée que la représentation refoulée, le « souvenir refoulé », ne va pas seulement revenir et se déplacer sur la représentation actuelle, mais que le surcroît d'intensité ainsi conféré à celle-ci va produire un effet d'agir c'est-à-dire d'actualisation quasi hallucinatoire : on trouve ici la tendance à l'*agieren*, l'agir transférentiel, qui caractérise les processus transférentiels. Le souvenir revient « en acte » et pas en représentation, il ne revient pas sous forme d'un souvenir repéré comme tel, il revient comme si la situation historique était toujours actuelle, comme si la situation historique s'actualisait dans le présent en se mêlant et s'amalgamant à lui.

Le fait découle de la théorie psychanalytique de la mémoire : celle-ci s'effectue à l'aide d'un processus hallucinatoire d'actualisation, se « souvenir » c'est revivre. Quand tout se passe bien, ce processus est modéré par une « épreuve d'actualité » (Freud, 1915), qui donne à l'actualisation un statut de simple représentation. Mais quand le souvenir est refoulé ou qu'il

est mal intégré dans les chaînes mémorielles et associatives, l'épreuve d'actualité marche mal et l'évocation du souvenir est vécue comme une actualisation dans une confusion des temps. C'est ce qui permet de comprendre pourquoi le transfert peut produire des formes d'*agieren*, pourquoi il est une manière de se souvenir « en acte » et peut-être d'expériences précédant l'émergence d'une représentation de la représentation, précédant l'apparition du langage verbal.

Le transfert a donc une double face :

- une face passée liée à un pan de l'histoire oubliée ou mal intégrée et qui tend à se réactualiser ;
- une face actuelle liée aux conditions présentes du sujet dans lesquelles ce fragment du passé cherche à se « loger », à s'accrocher et à se prendre.

Il est *agieren*, il est issu de la mise en acte du passé venant à la place de la remémoration, il est « pénétration agie » du passé dans la situation analytique et c'est pourquoi l'analyse du transfert sera la seconde « voie royale » de la psychanalyse (Donnet). Inversement même, à partir du constat que « nul ne peut être tué *en effigie ou dans l'absence* », le transfert est requis pour que l'interprétation soit efficace, il témoigne de ce qui des enjeux psychiques du sujet est actuel et/ou actualisé. Il est donc la boussole qui oriente le travail psychanalytique efficace, c'est-à-dire celui qui porte son action sur les enjeux actuels.

Son analyse suppose qu'il puisse être considéré « fragment par fragment » ou « détail par détail », que puisse être décondensé ce qu'il doit au passé et ce qu'il doit aux conditions actuelles ou d'actualisation. Ce qui nous conduit à poser la question de l'analysabilité du transfert, de la place de cette analysabilité dans la spécificité du transfert dans l'analyse.

Avant de prendre de front cette question, une dernière remarque est nécessaire. On a pu lier étroitement transfert et élaboration psychique. La matière première psychique est hypercomplexe, elle est énigmatique, elle ne peut être métabolisée et intégrée directement. Elle est donc en quête de médiateur pour son élaboration et la décondensation de son hypercomplexité.

Donc à la fois, premier argument, rien ne peut être liquidé « en effigie ou dans l'absence », mais aussi, second argument complémentaire, « rien n'est dans la pensée qui ne fût d'abord dans les sens » ; comme Freud aime à le rappeler, la médiatisation de la réalité psychique passe par son transfert dans un objet ou un *objet* externe. C'est pourquoi le transfert est petit à petit apparu comme un processus nécessaire au processus de symbolisation, comme une nécessité pour la métabolisation de la réalité psychique, qu'elle soit post-traumatique ou pas.

Mais s'il apparaît comme corrélatif aux processus de transformations psychiques, il est aussi dépendant de la forme et de la diversité de ces processus. Ce qu'il nous faut rapidement examiner maintenant.

3 LES PROCESSUS DE TRANSFORMATIONS ET LE TRANSFERT

Nous l'avons évoqué plus haut, le premier processus constitutif du transfert qui a été décrit est le déplacement. Dans son rapport de 1952, D. Lagache en fait le processus fondamental du transfert. Dans la situation psychanalytique, le retour du refoulé s'effectue en empruntant sa forme actuelle à la situation dans laquelle il s'effectue. Au fur et à mesure que la règle d'association et le jeu de l'interprétation des résistances à celle-ci font leur office, l'intensité du refoulement s'effrite et des rejets sont produits qui viennent se « mêler à la conversation » psychanalytique en cours, en empruntant à celle-ci de quoi se faire représenter, donc en l'utilisant comme scène de déplacement de la scène historique.

Mais, par la suite, d'autres mécanismes constitutifs de la vie psychique inconsciente ont pu être décrits qui ont singulièrement compliqué le tableau des processus contribuant au transfert. Les descriptions du déni, du clivage, de la forclusion ou de la projection ont apporté leur contribution au repérage des processus contribuant à l'organisation de la configuration transférentielle d'ensemble.

À côté des formes du retour du refoulé, j'ai pu décrire les formes du « retour du clivé », et le travail peut être prolongé dans la même voie pour le retour du dénié, du forclos ou du projeté. Mais, à la différence des modalités du retour du refoulé, qui s'effectue toujours sous forme d'une représentation psychique, et donc organise un champ globalement organisé par les formes de l'illusion psychique (Freud, 1926), les modes de retour du contenu des autres formes de négativité évoquées plus haut ne convoquent plus le champ de l'illusion, mais plutôt des formes de convictions potentiellement quasi délirantes, ou de croyances primaires. On a ainsi pu décrire la réaction thérapeutique négative (Freud), forme de transfert paradoxal (Anzieu) dans laquelle les processus de dé-symbolisation prennent le devant de la scène transférentielle, ou encore des formes de transfert autistiques ou passionnelles (Roussillon) ou encore délirantes (Little), des formes de transferts narcissiques (Kohut)...

J'ai proposé l'hypothèse (1988, 1991, 1999) – en suivant une indication de Freud de 1915 selon laquelle avant que refoulement et déplacement ne se mettent en place, les premiers mécanismes de transformation et de transposition utilisés par la psyché étaient construits sur le mode du retournement – de l'existence d'une forme de transfert fondé sur le retournement : le « transfert par retournement ».

Les processus de retournement décrits par Freud en 1915 sont, en conservant le terme de retournement pour les trois, le retournement en son contraire, le retournement contre soi et le retournement actif-passif. En 1920,

Freud ajoute, mais c'est un mécanisme structural d'une autre ampleur et dont la description témoigne de l'évolution de sa conception du fonctionnement de la psyché, le retournement passif-actif. Ce que le sujet a subi passivement, il doit le retourner de façon active pour pouvoir commencer à le subjectiver, c'est le premier processus de transformation, le plus élémentaire, il change la polarité psychique sans changer le contenu. Ce mécanisme ne s'ajoute pas aux trois décrits en 1915, il se dialectise avec eux, en particulier dans les états post-traumatiques.

Les processus de retournement accompagnent les processus de neutralisation énergétique et de gel (forme du contre-investissement ; Freud 1920) mis en place dans les états post-traumatiques ; ils en représentent à la fois la forme d'appoint et en même temps la forme de dépassement et de transformation. Le transfert par retournement accompagne les processus de « dégel » des procédures de contre-investissement, ou de réduction des clivages, il signifie la relance de l'élaboration des conjonctures traumatiques par des processus de transformation élémentaires, minimum.

Dans ceux-ci, le moteur essentiel du processus est de tenter de trouver ou retrouver la maîtrise de la situation traumatique subie passivement :

- soit en la reproduisant « contre soi » ;
- soit en en retournant l'affect de « mauvais à éviter » en « bon à reproduire » dans une ligne générale dite « masochiste » ;
- soit enfin en faisant subir à un autre ce que le sujet n'a pu intégrer, donc dans un processus de retournement passif actif de soi vers l'autre.

Ce processus peut-être apparenté au mécanisme d'identification projective décrit par la pensée de M. Klein et ses successeurs.

4 SPÉCIFICITÉ DU TRANSFERT DANS L'ANALYSE

Comme nous venons de le souligner à plusieurs reprises, le transfert est un processus général du fonctionnement de la psyché et du mode de retour d'un certain nombre de contenus qui ne parviennent à la conscience que par ce biais.

Dès lors la question se pose de la spécificité du transfert en cours de cure de psychanalyse.

On a pu avancer qu'elle était liée à l'organisation d'une névrose de transfert, celle-ci étant un effet de la durée de la relation analytique et de l'intensification des processus transférentiels liée à l'attitude technique de l'analyste. Le modèle (Lebovici) est le suivant : dans la situation psychanalytique, la

névrose clinique est transformée en névrose de transfert, qui donne accès à la névrose infantile.

Cependant, un tel modèle appelle des remarques et des compléments.

Tout processus transférentiel se produisant dans une situation durable et fortement investie donne lieu à une forme de « névrose de transfert ». L'exemple donné par Freud est celui des rapports entre la névrose obsessionnelle et l'institution religieuse : la forte appartenance à une communauté religieuse évite le développement d'une névrose obsessionnelle, qui inversement apparaît comme une religion privée. La névrose de transfert n'est donc pas spécifique de la psychanalyse est, elle, spécifique du déplacement et de l'intrication du transfert dans une situation institutionnelle.

Il est donc nécessaire de préciser l'effet spécifique de la situation dans laquelle le transfert s'organise pour bien décrire celle-ci. En analyse, c'est dans un cadre « pour » l'analyse, un cadre pour rendre analysable qu'il est produit. Sa particularité serait alors d'organiser une « névrose de transfert analysable », ou potentiellement telle, ce qui n'est pas le cas de la névrose obsessionnelle ou de sa forme transférée au sein de l'institution religieuse.

Ceci ouvre l'immense question des conditions de l'analysabilité du transfert, que nous reprendrons plus loin.

La seconde remarque porte sur le nom de « névrose » donné au transfert. Nombreux sont les analystes qui ont fait remarquer que la pratique actuelle confrontait souvent à des sujets « non névrotiques » et que cette appellation était trop restrictive. Par ailleurs, même les sujets névrotiques sont aussi bien autre chose que « névrotiques ».

L'idée alors est plutôt de parler d'une « configuration transférentielle » (Faimberg, 1993) ou d'une « constellation » (Freud, 1938) transférentielle qui respecte mieux la définition de Freud (1914), celle d'une transposition de la « situation historique sur la situation actuelle », qui suppose comme nous le verrons une complexité que l'idée de configuration ou de constellation reflète mieux.

J'avance donc que la spécificité du transfert en psychanalyse est de s'organiser selon une « configuration transférentielle analysable ». Ce qui nous conduit à une réflexion sur les conditions de l'analyse du transfert.

5 L'ANALYSABILITÉ DE LA CONFIGURATION TRANSFÉRENTIELLE

C'est quand se pose la question non plus seulement de la compréhension du processus de transfert, mais de son analyse que les difficultés, voire les paradoxes, commencent à apparaître.

5.1 Paradoxe du transfert induit-spontané

Laplanche a souligné, à la suite des travaux de D. Lagache et d'I. Macalpine, que le cadre « produit » le transfert, ou contribue à le produire ; il ouvre ainsi la question du paradoxe de son analysabilité. On ne peut « sauter par-dessus son ombre » et analyser ce que l'on a produit ou induit ; l'analyse du transfert suppose que celui-ci apparaisse comme « spontané » (Freud, 1914).

Mais, comme nous venons de le voir dans la pensée de Freud, le transfert est un effet du fonctionnement psychique qui ne se réduit pas à la situation psychanalytique, ce que Laplanche a l'air d'oublier dans son argumentation. Il est aussi mécanisme « spontané » qui se produit en dehors de la situation psychanalytique. Comme nous venons de le voir plus haut, ce qui est spécifique à la psychanalyse, ce n'est pas le transfert, c'est son mode d'organisation. Que la situation psychanalytique soit vécue comme « produisant » le transfert est une chose, une chose qui signifie l'infiltration de l'analyse par la question de la séduction-suggestion-influence, mais ce n'est pas une caractéristique intrinsèque de celui-ci.

J'ai proposé sur ce fond de considérer que le transfert était « spontané-induit » sur le modèle du trouvé-crée ; ce qui est spontané est ce que Freud nomme « la disposition au transfert » ; ce qui est induit, c'est l'organisation des conditions de son analysabilité.

5.2 Analyser, symboliser

Bien sûr, la difficulté majeure de l'analyse du transfert provient du fait que, si le concept de transfert a un sens, ce que dit ou fait l'analyste est pris « dans le transfert », est entendu « dans le transfert » par l'analysant. Et donc l'interprétation du transfert elle aussi est prise dans le transfert ! C'est pour éviter de rester pris dans de tels paradoxes et une telle circularité que l'accent s'est petit à petit déplacé « du travail d'analyse » (qui suppose une vérité à découvrir ou à produire, une vérité qui préexiste) en direction du travail de transformation et de symbolisation.

La question est alors celle de l'évolution de ce que signifie « analyser » quand le travail de symbolisation passe au premier plan. On ne peut plus s'en tenir à l'idée que l'analyse est une décomposition, ni qu'elle vise à la décomposition. Quand il réfléchit à cette question, Freud (1918) remarque que l'analyse faite en séance est suivie d'un travail de recomposition (quand il n'a pas lieu, la situation devient « embarrassante » et menacée de réaction thérapeutique négative). C'est en particulier ce que nous apprennent les situations limites où la question de la synthèse est en difficulté ; le travail psychanalytique n'est pas seulement un travail d'analyse, il n'est cela que si l'on isole analyste et analysant, le travail de l'un et celui de l'autre.

Le travail psychanalytique est un travail d'analyse-synthèse, de décomposition-recomposition, c'est un travail de métaphorisation-démétaphorisation, de construction-déconstruction, d'identification-désidentification, etc. Il ne se pense bien que dans l'articulation et la dialectique de deux mouvements, l'un de déliaison l'autre de reliaison, qui produisent au bout du compte un effet de symbolisation et de mise en sens de l'expérience subjective¹. La symbolisation suppose autant un mouvement de séparation (la division première du « tesson de poterie » des Grecs), qu'un travail de réunion autre (*sum* = [re]mettre ensemble).

Le cadre dès lors « symbolise la symbolisation », il symbolise l'activité de symbolisation, il la matérialise dans chacun de ses composants, il en incarne la structure, les conditions de possibilité, la potentialité. Du moins, c'est ce qui en fonde l'organisation et le maintien. Nous verrons plus loin qu'il faut alors définir un « transfert sur le cadre-dispositif ».

Mais avant d'en venir là, et pour poursuivre l'état de l'argumentation présente, cela signifie que, si le transfert est transfert « de la situation historique sur la situation présente », il manifeste aussi une tendance de la psyché à la symbolisation.

J'ai proposé de considérer depuis 1988 (voir aussi Roussillon 1991, 1995, 2001), sur des indications implicites à la pensée de Winnicott, que la compulsion de répétition, décrite par Freud en 1920, était aussi une compulsion à l'intégration, c'est-à-dire à la représentation et à la symbolisation, qu'elle marquait l'impact d'un impératif d'appropriation subjective.

La tendance à l'actualisation à l'origine du transfert est autant une manière d'éviter l'appropriation subjective, qu'une manière de rendre celle-ci possible, autant un évitement de la symbolisation, qu'une des conditions de son rafraîchissement. C'est au travail psychanalytique de faire pencher la balance en direction de l'appropriation subjective et c'est bien pourquoi le processus psychanalytique ne peut être pensé que dans la correspondance du fonctionnement psychique de l'analysant et de celui de l'analyste, c'est bien pourquoi l'analyste est nécessairement compromis dans l'analyse.

5.3 Transfert historique, transfert structural

Dans le transfert et la contrainte de répétition qu'il manifeste, il y a donc aussi une contrainte à la symbolisation. Ce qui veut dire que, si le transfert comporte une dimension historique liée aux particularités de la situation historique elle-même, il comporte aussi une dimension structurale liée à cet

1. Sur la question du processus de symbolisation et de la dialectique des mouvements de liaison-déliaison, cf. R. Roussillon, 1999, dernier chapitre consacré à une théorie de la symbolisation.

impératif de symbolisation et aux résistances qu'il mobilise (résistance du moi, résistance du ça, résistance du surmoi).

La dimension structurale du transfert, il me semble qu'il faut la repérer autour du fait, souligné par Lacan, que la figure du Sujet Supposé (Savoir, Entendre, Sentir, Voir, Réfléchir, etc.) était la figure complémentaire provoquée par l'existence d'un point de souffrance énigmatique chez l'analysant, liée au pan du passé non intégré qui tend à venir se rejouer sur la scène psychanalytique. À souffrance historique énigmatique correspond (c'est-à-dire littéralement co-répond) la figure de l'analyste supposé entendre, sentir, voir ce que le sujet n'a pu entendre, sentir, voir de lui-même, entendre, sentir, voir et intégrer grâce au travail de symbolisation psychanalytique.

Autrement dit, il y a une composante du transfert qui concerne l'investissement de l'analyste comme « répondant » symbolique, comme « répondant de la symbolisation », et ceci en congruence avec l'investissement de la situation psychanalytique conçue comme symbolisant la symbolisation. Cette composante du transfert, je dis qu'elle est « structurale » pour la différencier de la dimension historique du transfert, qui concerne les formes et aléas particuliers qu'une histoire singulière va conférer à cette fonction symboligène.

On peut alors imaginer le transfert effectif comme se situant à l'intersection des deux, là où l'histoire rencontre ou a rencontré une donnée structurale, là où l'événement rencontre ou a rencontré l'avènement du fait structural, là où un événement particulier rencontre ou a rencontré une condition de la symbolisation ou, à l'inverse, son absence, son manque.

5.4 Un autre paradoxe dans l'interprétation du transfert

Une autre difficulté majeure de l'analyse du transfert tient dans le paradoxe qu'elle comporte et dans la gestion intra-psychique et intersubjective de celle-ci. C'est la question qui fut au centre de la controverse qui opposa Freud à Rank et à Ferenczi dans leurs textes de 1923-1924¹. C'est un cas particulier de la question de savoir comment l'analyse du transfert est elle-même menacée d'être prise dans le transfert lui-même.

D'un côté, il y a la nécessité de l'actualisation du fragment de passé réminiscent pour que l'analyse puisse entraîner une conviction suffisante ; nul ne peut être tué en effigie ou dans l'absence, c'est un impératif de « présentification », un impératif d'actualisation, celui de ce que la tradition a nommé « remémoration agie » et qui est au centre de la controverse de 1923 évoquée plus haut.

1. Pour une étude complète de cette question, cf. Donnet, 1995.

D'un autre côté, cette actualisation tend à produire une confusion entre le passé et le présent et rend l'analyse de cette confusion particulièrement difficile. Par exemple, l'amour de transfert porte la marque des amours infantiles, mais comment différencier l'amour (de transfert) de l'amour séculier habituel, qui, lui aussi, porte la marque des amours infantiles ? Comment différencier l'affect d'amour produit dans la situation psychanalytique de l'amour produit dans la vie ? Quelle est la différence entre un chat ? dit la blague. Bien sûr, il n'y en a pas, à la question de l'analyse de l'amour de transfert près. Ce qui a mis un certain temps à être reconnu et l'on a connu des époques où l'analyste essayait de faire la différence « entre un chat », quitte à disqualifier la valeur de l'amour de transfert et plus généralement des affects de transfert.

On sait que toute analyse du transfert amoureux (ou haineux d'ailleurs) rencontre plus ou moins cette question, qu'elle est cruciale dans de nombreuses analyses, qu'elle est aussi un point d'achoppement de l'analyse en général. Il n'y a pas de différence entre l'amour, fût-il de transfert, et l'amour séculier ; la différence, si différence il y a, c'est dans la réponse de l'analyste qu'il faut la chercher, qu'il faut la produire. L'issue des paradoxes n'est pas dans le paradoxe lui-même, mais dans son devenir, c'est-à-dire dans la réponse qu'il produit ou qu'on lui apporte.

La question n'est donc pas celle de l'actualisation transférentielle – il y a actualisation transférentielle dans chaque secteur de la vie. La question, c'est de savoir comment peut se créer et se maintenir une conjoncture relationnelle dans laquelle l'affect produit peut être utilisé pour l'analyse. Plus le processus se rapproche de la forme « illusion », plus cette conjoncture est envisageable ; plus il se rapproche de la forme « conviction délirante » du transfert délirant (Little), – la différence entre la présentation première et la re-présentation étant alors réduite à la portion congrue –, plus il est difficile de la mettre en œuvre.

La « solution » passe par un approfondissement des enjeux du transfert et en particulier de la manière dont celui-ci concerne le cadre même de l'analyse. Pour pouvoir symboliser le transfert, il faut un cadre-dispositif, mais celui-ci peut être lui-même objet de transfert, nouveau paradoxe.

6 FORMES ET ENJEUX DU TRANSFERT EN ANALYSE

6.1 Transfert sur le cadre

Ce que nous avons souligné concernant le transfert structural suppose qu'une première forme fondamentale du transfert concerne la relation à l'analyse, le

« transfert sur l'analyse » et sur le dispositif analysant comme dispositif symbolisant. On peut la considérer, comme Freud l'indique, comme une forme déplacée du transfert dit « central » sur le psychanalyste, mais à condition d'avoir en tête que c'est alors en tant qu'il représente la fonction de symbolisation.

En 1978, dans une étude sur le paradoxe des situations analysantes (Roussillon, 1978, 1988) et à partir d'une réflexion sur les propositions de J. Bleger (1967), j'ai proposé de considérer qu'il y avait une spécificité du transfert sur le dispositif-cadre. Sur le dispositif tend à se transférer spécifiquement l'histoire du rapport du sujet à la fonction symbolisante, l'histoire de ses réussites mais aussi de ses avatars à subjectiver les pré-conditions et conditions de la symbolisation.

Ainsi donc, au-delà de ce qui est souvent et un peu rapidement appelé « attaque du cadre », je propose de considérer que le rapport au dispositif porte la trace de l'histoire du rapport du sujet à la symbolisation et à ses traumas spécifiques, que ceux-ci tendent à se reproduire et à venir se transférer spécifiquement autour du cadre, qu'ils signifient alors une tentative pour « symboliser la dé-symbolisation ». C'est par la reconstruction de ce qui, de l'histoire traumatique, vient se rejouer autour de la situation analysante elle-même, et l'explication des enjeux analytiques du dispositif, que l'on peut espérer maintenir ou rétablir les conditions de l'analyse ; mais la traversée d'une « situation limite » (voir Roussillon, 1988, 1991) est alors inévitable. Dans ses *Principes d'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle*, D. Anzieu (1979, 2006) essaye de préciser alors quelles inflexions doit subir la technique psychanalytique pour s'ajuster à ces conjonctures particulières.

Mais bien sûr, l'histoire du rapport du sujet à la symbolisation croise l'histoire de la rencontre du sujet avec les personnes qui ont incarné pour lui cette fonction symbolisante, ou plutôt la question de cette fonction symbolisante.

6.2 Transfert paternel, transfert maternel : transfert selon l'objet

On peut alors définir aussi un « transfert paternel » et un « transfert maternel » à partir de la question de la manière singulière dont se répète en analyse la façon dont les parents ont incarné la part de la fonction symbolisante qui leur échoit, ou ont failli à incarner cette fonction.

Là encore, il faudrait différencier la question de la symbolisation de la relation au père ou à la mère en tant qu'ils sont des objets investis pulsionnellement, donc en tant qu'ils sont « objets » pour la vie pulsionnelle, et qu'ils ont été les acteurs de l'éducation et du développement du sujet, et celle

de la manière dont ils ont, à travers l'enfance et ces mêmes tâches, été porteurs et incarnation d'une partie de la fonction symbolisante.

La question se redoublant de savoir comment la relation au père ou à la mère a pu être symbolisée avec le père ou la mère eux-mêmes. Symboliser l'objet avec ce même objet, ou symboliser l'objet avec un autre objet en relation avec l'objet à symboliser.

C'est pourquoi il ne faut pas confondre ce dont on parle à travers les chaînes associatives et leur narrativité (le contenu donc des associations), avec ce qui se parle à travers elles (leur fonction actuelle). Par exemple : un sujet parle de sa mère et de sa relation à sa mère, mais à qui en parle-t-il à travers l'analyste ? À sa mère elle-même (symbolisation de l'objet avec l'objet lui-même, ce qui suppose une bonne différenciation de l'objet à symboliser et de l'objet pour symboliser) ? À son père, ce qui maintient une différence entre l'objet à symboliser et un objet pour symboliser ? Nous reviendrons plus loin sur cette question à partir de celle du transfert à interpréter *vs* transfert pour interpréter.

La configuration transférentielle met alors en scène la symbolisation de la relation avec le père ou la mère s'effectuant en appui sur la mère ou le père. On conçoit que, dès lors, c'est la relation entre les deux parents qui est à l'horizon de ce travail.

On pense bien sûr à la place alors tout à fait essentielle de la scène primitive dans cette configuration, c'est elle qui articule le sexuel et la problématique séparation (*sexion*) – réunion (*coït*) qu'elle met en scène et la problématique déliaison-liaison qui est propre à la symbolisation. La sexualité est « messagère », elle dit « en corps » la symbolisation, la générativité symbolisante.

6.3 Transfert positif, transfert négatif

À partir de ces considérations, il faut reprendre la question du transfert dit positif et du transfert dit négatif pour les complexifier. L'habitude a été prise de nommer « transfert positif » les moments où la relation avec l'analyste et l'analyse est surtout marquée par les affects dits « positifs », amour, tendresse, estime, etc., c'est-à-dire l'investissement positif de l'analyste et de la situation analysante, et « transfert négatif » les moments où, à l'inverse, ce sont des affects d'hostilité, de colère voire de haine qui dominent le tableau clinique du transfert.

Bien sûr, on peut penser que selon le type et la qualité des affects engagés dans la relation à l'analyse et à l'analyste, celle-ci se déroule avec des niveaux de résistance à l'analyse différents. Il y a une alliance potentielle entre les affects dits « positifs » et la perlaboration analytique. Et inversement,

l'hostilité manifeste à l'égard de l'analyse et de l'analyste doit freiner l'exploration psychique.

Mais il faut aussi être attentif aux dérives potentielles de telles formulations qui contiennent l'implicite qu'est « positif » ce qui « aime » l'analyste et négatif ce qui ne « l'aime » pas. Analyse et analyste ne sont pas toujours superposables, et ce qui « aime » l'analyste n'est pas nécessairement ce qui « aime » l'analyse. Et inversement, la capacité de l'analysant à s'opposer à l'analyste voire à l'analyse est sans doute une condition de possibilité de celle-ci. L'intégration du transfert dit « négatif » est tout aussi essentielle au travail de d'analyse, de symbolisation et de subjectivation que le transfert dit « positif ».

En outre, certaines formes de transfert apparemment « positif », comme le transfert amoureux, peuvent être des freins à l'analyse (Freud, 1914), soit par l'idéalisation qu'elles maintiennent, soit par leur implication sexuelle à caractère potentiellement passionnel.

En fait, ces dénominations ne concernent souvent que le plan manifeste du transfert, et ce qui importe ici comme ailleurs, ce sont les enjeux latents et inconscients, les enjeux de symbolisation et d'appropriation subjective, les seuls à mériter véritablement l'appellation de phénomènes de « transfert ».

En toute rigueur, le positif et le négatif ne devraient concerner que la question de leur « utilisation » pour l'analyse. Dans cette direction, J.-L. Donnet a pu proposer une distinction plus heuristique et moins compromettante. Il distingue le transfert « pour » analyser, c'est-à-dire celui dont l'analyse a besoin, sa condition de possibilité, et le transfert « à » analyser, celui dont l'infiltration représente un frein pour l'analyse. On sort ici de l'opposition primaire du bon et du mauvais, du positif et du négatif, pour passer à une opposition centrée sur le processus analytique.

6.4 Transfert selon le temps de référence de la « situation historique »

Mais la relation avec les figures ayant incarné historiquement une part de la fonction symbolisante doit aussi être évaluée à l'aune des « besoins du moi » (Winnicott, Roussillon) correspondants aux différents temps de construction de celle-ci. On n'a pas toujours les mêmes « besoins du moi » en fonction de l'âge et des situations traversées, et il n'est pas alors requis les mêmes apports symboligènes de la part des figures parentales.

On peut alors aussi définir un transfert « archaïque », infantile ou adolescent, selon les spécificités du rapport à la symbolisation correspondant à chacune de ces périodes de l'organisation de la subjectivité. Ou plutôt, parce que toutes les dimensions sont présentes à la fois, selon les dominantes du moment transférentiel.

Le modèle psychanalytique suppose d'un côté l'importance de la différenciation des temps de la subjectivation et de la symbolisation, car la configuration transférentielle ne se présente pas de la même manière si c'est la différenciation moi-non-moi qui est au premier plan, ou si c'est la question de la différence des sexes ou des générations qui est organisatrice, ou encore si c'est celle de la sexualité infantile *vs* sexualité adulte qui l'emporte.

Mais il suppose aussi, d'un autre côté, que les différents temps de l'intégration du jeu de la différence soient tous là en même temps et soient articulés entre eux. La configuration transférentielle actuelle implique toujours les trois temps structuraux et historiques, elle se caractérise par une modalité particulière d'articulation de ces trois temps, par des dominantes de l'une ou l'autre des formes évoquées plus haut.

7 COMPLEXITÉ DU TRANSFERT : LA CONSTELLATION TRANSFÉRENTIELLE

Pour terminer et introduire la question de la complexité du transfert qui caractérise notre conception actuelle du transfert, il faut souligner à quel point celle-ci est liée à l'évolution de nos conceptions actuelles du fonctionnement psychique. L'évolution de la conception psychanalytique de la *psyché* tend à considérer la *psyché* non plus comme une unité d'un bloc et commandée par une organisation structurale donnée, mais au contraire comme une complexité faite de l'articulation de différents processus et de différentes parties. Par exemple Bion a pu décrire la partie psychotique et la partie non psychotique de la personnalité, Green des états de folie privée...

L'expérience des cures conduites suffisamment longtemps met en évidence la pluralité des inscriptions psychiques de l'expérience subjective (Freud, 1896 et 1915) et la complexité des processus de symbolisation de celles-ci. Une telle évolution de notre conception rend des notions comme le « retour du refoulé » ou le « retour du clivé » beaucoup plus relatives, elles ne sont que des approximations de la complexité des processus. On imagine l'effet de cette évolution sur la théorie du transfert.

La prise en compte dans l'organisation psychique de différents niveaux de complexité conduit à considérer que le transfert ne s'organise pas seulement sur un modèle et un seul, et ceci même si, à un moment donné, il y a une organisation prévalente.

Nous avons vu plus haut, par exemple, que le transfert ne peut être simplement pensé comme transfert paternel ou maternel mais qu'il est les deux à la fois et qu'il concerne en fait le mode de relation des deux personnages significatifs de l'histoire infantile du sujet, qu'il est transfert d'un mode relationnel,

et en plus évalué à l'aune de sa place dans le processus de symbolisation et de subjectivation.

Et encore, dans les conjonctures psychiques simples. Car souvent la fratrie, les grands-parents, un oncle, une tante, une bande, un groupe, une culture ont joué un rôle significatif dans l'organisation psychique du sujet et dans l'organisation de ses modalités de symbolisation, et cela se retrouve dans la configuration transférentielle. Ils apportent leur contribution à l'organisation de la configuration transférentielle d'ensemble.

Ces différents composants de l'organisation de la constellation transférentielle singulière d'un sujet peuvent être articulés, voire emboîtés les uns dans les autres. On ne peut penser l'impact du couple parental sans penser aussi la présence de la fratrie, le rôle des grands-parents, la culture, la religion de ceux-ci...

Mais parfois, et c'est loin d'être rare, pour préserver certaines capacités de symbolisation, le sujet a dû isoler certaines de ses influences significatives pour les protéger des attaques en provenance d'autres objets investis. Les processus d'isolation peuvent n'avoir pas suffi et le sujet a pu aussi avoir recours à de véritables mécanismes de clivage.

Dans certaines conjonctures transférentielles observées dans la cure de certains sujets chez qui une souffrance narcissique-identitaire importante était impliquée, j'ai¹ ainsi pu décrire (Roussillon, 1991, 1999, 2001) un « clivage du transfert ». Un pan du transfert est organisé classiquement à partir de processus de déplacement, mais, et de manière clivée, une seconde modalité transférentielle, sur le mode du retournement par exemple, œuvre aussi en sous-main ou à côté de l'autre.

De nombreux auteurs ont aussi décrit la simultanéité d'une pluralité de processus transférentiels co-organisant le rapport à la situation psychanalytique : transfert de base (Parat), double courant du transfert (Godfrind)...

À l'heure actuelle, il paraît donc pertinent d'envisager, dans tous les cas, le transfert comme une constellation transférentielle (Freud, 1938) complexe à déconstruire ou à laisser se déployer « fragment par fragment » ou « détail par détail » pour qu'elle puisse délivrer ses potentialités symbolisantes.

1. Un tel processus avait été décrit dans les groupes par A. Bejarano dès les années soixante-dix.

LECTURES CONSEILLÉES

- ANZIEU D. (1979). « La psychanalyse au service de la psychologie », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 20, p. 59-75.
- ANZIEU D. (1985). *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.
- ANZIEU D. (2007). *Psychanalyse des limites*, Paris, Dunod.
- DONNET J.-L. (1995). « Sur la remémoration agie : un oubli de Freud », dans *Le Divan bien tempéré*, Paris, PUF.
- FAIMBERG H. (1993). « Le télescopage des générations », in R. KAËS et al., *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.
- FERENCZI S. (1913). *Transfert et Introjection*, dans *Œuvres complètes*, tome I, Paris, Payot.
- FREUD S. (1895). « Esquisse pour une psychologie scientifique », in *Naissance de la psychanalyse*, PUF, 1952.
- FREUD S. (1900). *L'Interprétation des rêves*, PUF, 1967.
- FREUD S. (1914). « Remémorer, répéter, élaborer », in *La technique psychanalytique*, PUF.
- FREUD S. (1915). « Voies nouvelles de la technique psychanalytique », in *La technique psychanalytique*, PUF.
- FREUD S. (1920). « Au-delà du principe du plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1983.
- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme, angoisse*, Paris, PUF, 1978.
- FREUD S. (1938a). « Construction en analyse », in *Résultats, idées, problèmes*, PUF, 1984.
- ROUSSILLON R. (1978). « Du paradoxe incontenable au paradoxe contenu », thèse de doctorat de 3^e cycle de Psychologie, université Lyon-2.
- ROUSSILLON R. (1988). « Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique », thèse de doctorat d'État, université Lyon-2.
- ROUSSILLON R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- ROUSSILLON R. (1995). *Du baquet de Mesmer au « baquet » de Freud*, Paris, PUF.
- ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*, PUF.
- ROUSSILLON R. (2001). *Le plaisir et la répétition*, Paris, Dunod.

INDEX DES NOTIONS

A

accomplissement du souhait 41, 44, 45,
50, 51, 57, 58
actes manqués 103
actes symptomatiques 199
activité 187
– d'emprise 34, 35
– fantasmatique 114
adolescence 72
affects 66, 121, 125, 205, 207
– destructeurs 67
agieren 265
agir 205
agression 28
agressivité 27, 31, 171
– primaire 107
altérité 192
ambivalence 108, 167, 206, 207, 254
amour/haine 108
analyse du psychanalyste
– avec ou sans fin 152
analyse du transfert 123
angoisse 30, 69, 121, 174, 203, 208
– de castration 185, 187, 202, 205
– de perte 174
– dépressive 238
animisme 69

annulation 207
– rétroactive 123, 124
antidépresseurs 252
appareil d'emprise 27, 32
appareil psychique 47, 65, 120, 121
après-coup 102, 156, 206
associatif 264
association 45, 48, 54
– libre 199
autisme 224
auto-conservation 24, 28, 168
auto-érotisme 165, 217
autre 189

B

barrière contre l'inceste 183
besoin 105
biphasisme 219
bisexualité 205
borderline 173, 231
but 128
– de la pulsion 36

C

ça 24, 120, 186, 202
capacité de rêverie de la mère 56
caractère 127
– anal 208

- névrotique 204
- castration 172, 208
- causalité psychique 252
- clivage 67, 129, 213, 239
 - de l’objet 136
 - du moi 130, 233
 - fonctionnel 138
 - structural 138
- complétude narcissique 189
- complexe
 - de castration 202, 220
 - d’Œdipe 81, 120, 179, 180, 181, 184-185, 187-192, 202, 207, 220
- compulsion de répétition 30, 41, 51, 52
- concept « impur » 159
- conception sadique du coït 109
- condensation 46, 71
- conduites de dépendance 241
- conflictualité 129
- conflit 67, 124, 127, 185, 201, 202, 205
 - d’ambivalence 187
 - intra-psychique 202
 - intra-psychique inconscient 200
 - névrotique 203
 - œdipien 206
 - psychique 28, 29, 119, 187, 200, 206
- conscience 201
 - morale 191
- conscient 24, 126
- construction symbolique 190
- contenu
 - latent 44
 - manifeste 44, 54, 58
- contre-investissement 128
- contre-transfert 153, 209
- conversion
 - hystérique 204
- création 114
- créativité 114
- culpabilité 69, 218

D

- décharge 26, 27, 30, 34, 36
- défense 119, 120, 123, 187, 201
 - caractérielle 127
 - psychique 206
- défenses maniaques 130, 137
- dégénérescence 23, 24

- délicat sexualité 102
- délicat pulsionnelles 67
- délire
 - d’interprétation 74
 - de persécutions 181
 - érotomaniaques 74
- dénégation 130
- déni 67, 129
 - de réalité 130
 - de savoir 70
- déplacement 46, 66, 71, 199, 204, 207, 267, 278
- dépression 205, 248
- dépressivité 255
- désidentification 79
- désinvestissement 186
- désir 105, 179, 201
 - refoulé 126
- désorganisation somatique 242
- destins pulsionnels 128
- destructivité 31
- désunion pulsionnelle 168
- dette 190
- deux logiques de la vie psychique 146
- développement libidinal 201
- différence des sexes et des générations 188
- dissociation 213
- division (*schize*) 213
- don 190
- double limite 17
- dualisme pulsionnel 32
- dysmorphophobiques 75

E

- écran du rêve 41, 53, 54
- égoïsme 165
- ego-psychology* 169
- élaboration 56
 - psychique 56, 59
- empathie 73
- emprise 33, 34, 35, 36, 172
- envie du pénis 188
- Éros 25, 26, 31, 107, 168
- espace psychique 75, 208
- état limite 66, 173, 231, 235
- étayage 29, 166
- étiologie sexuelle 201

excitation 26, 30, 32, 34, 66, 121, 205
 – libidinale 27
 – psychique 35
 – sexuelle 74
 expérience de la satisfaction 33-36

F

fantasme 69, 100, 125, 184, 201, 202, 205
 – auto-érotique 110
 – de castration 112
 – de fustigation 110
 – des origines 181
 – inconscient 100, 101, 103
 – œdipien 186, 205
 – originaire 111, 219
 – parricide 184
 – primitif 108
 faux self 234
 filiation 180
 fixation 122, 207
 fixations infantiles 201
 folie d'emprise 36
 fonction symbolique 184
 forclusion 131
 formation
 – de compromis 201, 203
 – réactionnelle 122, 126, 127, 207, 208
 fragilité narcissique 73

G

génération 181
 génital infantile 179
 génitalité pubertaire 192

H

haine 179
 hallucination de la satisfaction 34
 hallucinatoire 104, 105, 265
 histoire infantile 201
 Homme aux loups 57
 homosexualité 24
 hystérie 99, 172, 205
 – d'angoisse 208
 – de conversion 208

I

idéal du moi 87, 123, 167
 idéalisation 129
 idéaux parentaux 188

identification 72, 79, 80, 129, 168, 182, 185, 191, 206
 – à l'agresseur 80, 128
 – à l'objet perdu 84
 – adhésive 90
 – au père mort 184
 – dans la communauté du déni 92
 – hystérique 83, 206
 – inconsciente 154
 – introjective 86
 – mélancolique 84
 – narcissique 80, 167, 227
 – œdipienne 86
 – primaire 82
 – projective 89, 128, 137, 239, 268
 – secondaire 82, 186

identité

– de pensées 50
 – de perception 50
 – sexuée 179

imago 170

inceste 99, 202

inconscient 10, 11, 24, 47, 67, 122, 123, 126, 198, 205
 – enclavé 16
 – mytho-symbolique 16

incorporation 72, 80

infans 108

infantile 147

– du patient 150
 – du psychanalyste 150

instances 121, 127

– psychiques 188

instinct 23, 24, 34

interdit 179

– de l'inceste 180, 188, 191
 – paternel 185

interprétation 44, 54, 55

– du transfert 114

interprétations-bouchons 157

intrication 108

– pulsionnelle 107

introjection 71, 80, 129

investissement

– en emprise 34, 35, 36
 – en satisfaction 34

isolation 122, 123, 124, 125, 207

J

jalousie 182
jeu 114

L

lapsus 103
latence 185
libido 25, 26, 29, 33, 127, 164, 184, 185,
200, 201, 207, 208
– d'objet 165, 186
– du moi 165
– narcissique 165, 186
loi 188

M

manie 224
manque à représenter 156
masochisme 128
matériel inconscient 199
mécanismes 119
– de défense 65, 119, 120, 122, 203
– de défense névrotiques 129
– de défense primitifs 129, 130
mélancolie 173, 224, 249
menace de castration 185
mère 189
messages énigmatiques 16
métaphore paternelle 189
métapsychologie 24
méthodes thérapeutiques 200, 209
meurtre du père 184
moi 24, 28, 29, 34, 35, 66, 87, 120, 125,
127, 129, 167, 169, 185, 200-202, 207
– idéal 123, 128, 165
– plaisir purifié 72
monde
– externe 70
– interne 70
motions pulsionnelles 14
motricité 27, 32
mythe 180

N

narcissisation 58
narcissisme 25, 29, 163, 185, 192, 225,
232
– de mort 169
– de vie 169

– primaire 163, 165
– secondaire 163, 165

néantisation 208

négation 131

neurotica 43, 102, 103

névrose 123-125, 172, 197, 199, 200-205,
257

– actuelle 200
– clinique 200
– d'angoisse 204
– de transfert 200, 204, 209, 257
– hystérique 200, 204
– infantile 74, 200
– narcissique 163, 200
– obsessionnelle 123, 124, 126, 127,
172, 200, 204, 206
– phobique 200, 204, 208
– traumatique 51

O

objet 26, 36, 105, 107, 128, 205

– d'amour 25
– d'emprise 33
– d'investissement 33
– de la pulsion 26
– de satisfaction 33
– incestueux 184
– interne 34, 155
– persécuteur 74
– primaire 205
– sexuel 27, 28
– total 26

œdipe 202, 206

oralité 26

ordre symbolique 68

organisation 208

orgasme 26

origine 190

P

paranoïa 67, 222

parricide 181, 202

passion 166

passivité 187

pathologie de l'intériorité 236

pensée 67, 206, 207

pensées latentes 103

perception 67, 205

persécution 73

personnalité 127, 204
 – as-if 231
 – narcissique 164
 perte d'objet 156, 208
 pervers 27, 154
 – polymorphe 27
 – sexuel 27
 perversion 23, 164, 173, 188
 – polymorphe 192
 – sexuelle 27
 phénomène
 – transférentiel 199, 200
 phobie 65, 208
 plaisir 30, 215
 points de fixation 208
 polymorphe 154
 position 129
 – « sans mémoire ni désir » 157
 – dépressive 15, 90, 129, 137, 254
 – incestueuse 186
 – schizo-paranoïde 90, 129, 137, 254
 poussée 26
 préconscient 24
 principe
 – d'organisation-désorganisation 32
 – de constance 30
 – de déplaisir 107
 – de plaisir 31, 107
 – de plaisir-déplaisir 30
 – de réalité 30, 186
 processus
 – de fantasmatisation 113
 – primaires 120
 projection 66, 129, 208
 – identificatoire 151
 psychonévrose 200
 – de défense 123
 psychose 66, 173, 200
 pulsion 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 65, 71, 107, 121, 122, 123, 127, 128, 207
 – d'auto-conservation 25, 29, 202
 – d'emprise 25, 27, 28, 33
 – de destruction 31, 107, 108
 – de mort 14, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 107, 108, 168, 202
 – de savoir 183
 – de vie 25, 26, 30, 31, 32, 107, 108,

168, 202
 – du moi 25, 28, 29, 31, 201, 202
 – épistémophilique 158
 – génitale 74
 – libidinale 26, 28, 31
 – narcissique d'auto-conservation 107
 – orale 34
 – organique 28
 – partielle 27, 208
 – sexuelle 25, 26, 27, 29, 31, 107, 108, 201, 202
 – voyeuriste 27

R

réalisation d'un désir 100
 – hallucinatoire de désir 108
 réalité 214
 – psychique 266
 – traumatique 201
 reconstruction 201
 – après-coup 201
 recours
 – à l'histoire personnelle du patient 157
 – à un savoir théorique 157
 refoulement 28, 102, 106, 122, 123, 125, 127, 129, 185, 201-208, 265
 – originaire 122
 règle fondamentale 54
 régression 47, 126, 127, 129, 207, 208
 relation
 – « pseudo » 155
 – d'objet 26, 36
 – narcissique 167
 – sado-masochique 208
 – thérapeutique 200
 – transférentielle 55
 – transféro-contre-transférentielle 42, 54, 55
 relations d'objet
 – partiel 26
 – total 26
 remémoration 106
 renversement dans le contraire 128
 répétition 200
 représentation 24, 28, 33, 34, 35, 66, 106, 108, 121, 122, 123, 125, 126, 205, 207
 – d'action 110
 – bouchon 158

résistance 123, 125, 199, 201
 restes diurnes 46
 retournement 267, 268, 278
 – sur soi 128
 rêve 30, 41, 103, 199
 – traumatique 30
 rêverie 30, 104
 – diurne 101, 103
 rivalité fraternelle 184
 roman familial 112
 rupture de communication 156

S

sadisme 27, 31, 128
 sado-masochiste 158
 satisfaction 24, 29, 30, 34, 35, 36, 202
 – hallucinatoire du désir 104
 – pulsionnelle 121
 – sexuelle 201
 scénario 110
 scène primitive 112, 220
 schizophrénie 165
 secret 181
 séduction 73, 101, 201, 205
 – maternelle 112
 – sexuelle 99
 self 169
 sentiment de culpabilité 184
 sexualité 101, 199, 201
 – génitale 158, 199
 – infantile 179, 199, 201, 202
 – prégénitale 179
 situation anthropologique fondamentale
 16
 solution 226
 souvenir-écran 106
 souvenirs de couverture 43
 souvenirs traumatiques 125
 stade 26
 – anal 26, 202, 207
 – du miroir 170
 – génital 26, 202
 – oral 26, 202
 – phallique 26, 202

structure fantasmatique 110
 subjectivation 79, 180
 sublimation 127, 129, 183
 superstition 67
 surmoi 24, 32, 87, 88, 120, 123, 127, 128,
 166, 185, 191, 203, 207
 symbolisation 180, 189, 208, 271, 272,
 274, 276, 277, 278
 symptôme 30, 73, 103, 125, 127, 198-206
 208, 209
 – de conversion 123
 – de l'hystérie 204
 – primaire 126
 systèmes de monde 222

T

tache aveugle 153, 156
 Thanatos 25, 26, 31, 107, 168
 théorie cloacale de la naissance 110
 théorie du monisme phallique 109
 théories sexuelles infantiles 109, 158
 thérapeutique 198, 209
 topique 24, 41, 202
 transfert 199, 200, 263
 traumatisme 30, 101
 travail
 – du deuil 156
 – du négatif 138
 – du rêve 45, 54, 55, 104
 – en après coup 156
 troubles narcissiques 164

V

versant psychopathique 240
 violence infanticide 181
 voyeurisme 27

Z

zone
 – anale 32
 – érogène 27, 29, 32, 33, 34
 – orale 32
 zones érogènes 27

INDEX DES AUTEURS

A

Abraham K. 86, 89
Anzieu A. 172
Anzieu D. 43, 70, 238, 267, 274
Assoun P.L. 179
Ausloos G. 181

B

Balier C. 89, 138, 241
Balint M. 168
Bayle G. 132, 138
Bégoin J. 86, 90
Bergeret J. 92, 138, 181, 235, 238
Bick E. 90, 91
Bion W.R. 56, 90, 92, 137, 146, 157, 277
Birraux A. 65, 208
Bleger J. 274
Bokanowski T. 138
Breuer J. 42, 53, 99, 198
Brusset B. 16, 17, 148

C

Cahn R. 209
Chabert C. 92, 138, 172, 204, 236, 239, 242, 253
Chagnon J.Y. 92
Charcot J.M. 42, 197, 204

Chasseguet-Smirgel J. 138, 188
Cohen de Lara A. 127, 204, 208

D

David C. 47
Denis P. 32, 185, 186
Deustch H. 231
Donnet J.L. 86, 87

E

Edelman G. 11

F

Faimberg H. 269
Fain M. 47, 92, 138
Fairbairn D. 36
Faure-Pragier S. 10
Fédida P. 255
Fenichel O. 127
Ferenczi S. 89, 148, 264, 272
Ferro A. 55
Fliess E. 180, 182
Florence J. 80, 85
Fodor J. 11
Freud A. 73, 89, 122, 187
Freud S. 23-32, 34, 41-50, 53, 55, 59, 67, 81-88, 91, 99, 119, 120, 122, 124-128, 130, 132-136, 146, 155, 158, 180-188,

191, 197-208, 217, 232, 233, 253, 264,
265, 267-272, 274, 276, 277

G

Garma A. 52
Gauchet M. 9, 67
Gill M. 10
Gillibert J. 223
Green A. 17, 81, 92, 100, 130, 138, 169,
179, 232, 233, 236, 242, 251, 277
Grinberg L. 56
Groddeck G. 14
Guignard F. 154
Gutton P. 93

H

Hartmann H. 170
Hinshelwood D.R. 136, 137

I

Isaacs S. 108
Isakower O. 53

J

Jeammet P. 241
Jones E. 69
Jung C. 164
Jung C.G. 71

K

Kaës R. 56
Kernberg O. 174, 231, 234
Klein M. 14, 52, 72, 82, 89, 90, 108, 129,
130, 137, 154, 169, 239, 254
Kohut H. 170, 267

L

Lacan J. 82, 92, 131, 169, 188, 189, 272
Lagache D. 100, 128, 270
Laplanche J. 16, 26, 31, 48, 49, 57, 65, 71,
80, 81, 89, 90, 105, 119, 122, 123, 124,
125, 126, 128, 129, 130, 131, 135, 270
Le Dorze A. 67
Le Guen C. 123, 135
Lebovici 268
Lechartier-Atlan C. 92
Lévi-Strauss C. 189, 190
Lewin B.D. 53, 54, 55, 58
Little 267, 273

Luquet P. 80, 86

M

M'Uzan M. de 35
Macalpine I. 270
Manonni O. 132
Marinov V. 204
Marty F. 92, 138, 240
Marty P. 35
Matte-Blanco I. 146
McDougall J. 138
Meltzer D. 56, 91
Ménéchal J. 202, 203, 204, 205
Mijolla A. de 88, 121, 129, 205
Mijolla Mellor S. de 121, 129, 205
Misès R. 138

N

Naccache L. 11
Nakov A. 41
Nasio J.D. 179
Neyraut M. 82, 87, 146

O

Ortigue E. 189, 190, 191
Ortigue M.C. 189, 190, 191

P

Penot B. 135
Perron R. 80, 82
Perron-Borelli M. 110
Pinel J.P. 86, 87
Pinel P. 197
Pontalis J.B. 41, 55, 65, 80, 81, 89, 90,
105, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 128,
129, 130, 131, 135
Pragier G. 10
Pribram K.H. 10
Puget J. 57

Q

Quinodoz J.M. 132

R

Rank O. 272
Richard F. 79, 89
Rosolato G. 169
Roussillon R. 80, 89, 92, 138, 241, 267,
271, 274

Rybas D. 138

S

Scarfone D. 23

Schaeffer J. 86

Schreber 164

Segal H. 137, 154

Strachey A. 75, 82

Sullivan P. 222, 225

T

Tausk N. 58

U

Urtubey L. de 138

V

Vinci L. de 164

W

Wainrib S. 79, 89

Wallon H. 170

Widlöcher D. 80, 168, 252

Winnicott D.W. 35, 36, 91, 92, 138, 168,
232, 234, 271, 276

Sous la direction de
François Marty

LES GRANDS CONCEPTS DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Cet ouvrage répond à une attente forte d'une définition à la fois rigoureuse et vivante, théorique et clinique des principaux concepts qui sont à l'œuvre dans la pratique.

Il propose à la fois :

- explicitation terminologique ;
- approche clinique et psychopathologique ;
- revue de la littérature ;
- point de vue personnel des auteurs.

Il ouvre ainsi de nouvelles perspectives sur des notions fondamentales dans le champ de la psychologie clinique.

Utile pour l'étudiant comme pour le professionnel – clinicien, universitaire et chercheur –, cet ouvrage intéressera aussi bien les psychiatres que les psychologues et les travailleurs sociaux (assistants sociaux et éducateurs, notamment).

FRANÇOIS MARTY

Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie à l'université Paris 5-Descartes, il est aussi psychologue et psychanalyste.

Avec la collaboration de :

CATHERINE AZOULAY
ANNIE BIRRAUX
THIERRY BOKANOWSKI
BERNARD BRUSSET
CATHERINE CHABERT
JEAN-YVES CHAGNON
ALINE COHEN DE LARA
PAUL DENIS
FLORENCE GUIGNARD
ALBERTO KONICHECKIS
FRANÇOISE NEAU
RENÉ ROUSSILLON
PIERRE SULLIVAN
BENOÎT VERDON