

RECHERCHE  
EN PSYCHOSOMATIQUE

# **Impasse, handicap et traumatisme**

*Pratique de la thérapie  
relationnelle du traumatisme  
et du syndrome de répétition*

Vj ku' r ci g'kpvgpvkqpc m{ 'ighv'drc pm

**RECHERCHE  
EN PSYCHOSOMATIQUE**

# **Impasse, handicap et traumatisme**

*Pratique de la thérapie  
relationnelle  
du traumatisme et du  
syndrome de répétition*

**Sous la direction de  
Pierre Boquel**

Pierre Boquel  
Danielle Froment  
Marie-Claude Granget  
Laurence Goldschmidt  
Adèle Bucalo Triglia



**Centre International de Psychosomatique**  
**Collection *Recherche en psychosomatique***  
**dirigée par Sylvie Cady**

*Dans la même collection*

Le cancer – novembre 2000

La dépression – février 2001

La dermatologie – mars 2001

La clinique de l'impasse – octobre 2002

Identité et psychosomatique – octobre 2003

Rythme et pathologie organique – février 2004

Psychosomatique : nouvelles perspectives – avril 2004

Médecine et psychosomatique – septembre 2005

Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel – février 2007

Soigner l'enfant psychosomatique – février 2008

Affect refoulé, affect libéré - mars 2008

Entre l'âme et le corps, les pathologies humaines - octobre 2008

Éditions EDK

2, rue Troyon

92316 Sèvres Cedex, France

Tél. : 01 55 64 13 93

[edk@edk.fr](mailto:edk@edk.fr)

[www.edk.fr](http://www.edk.fr)

© Éditions EDK, Sèvres, 2009

ISBN : 978-2-8425- 4128- 6

Il est interdit de reproduite intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

## **Préface**

Est-il vraiment besoin de présenter ce texte qui rend compte d'une recherche multiple effectuée par le Groupe de Montpellier sur le thème du traumatisme et ses séquelles immédiates et médiates ? Question qui signifie que, quand on parvient à une liberté de regard, dégagé du désir de tout expliquer en fonction d'un savoir déjà constitué et érigé en un système qui s'auto-confirme, même aux cas où il est franchement battu en brèche par des données irréductibles, alors, et alors seulement, on devient disponible pour voir ce qui est là, par-delà toute conceptualisation a priori. Aboutir finalement à ce point qui, paradoxalement, est le vrai point de départ, nécessite une conversion personnelle, qui passe par un long et persistant effort de réflexion, non sur un tel ou tel sujet particulier pour en devenir l'expert, mais sur l'ensemble du processus d'objectivation qui parfois mène à des impasses de la pensée. Pensée qui devient alors l'objet de la recherche, ce qui ne saurait s'opérer sans qu'on retrouve en soi l'origine même de toute pensée, avant qu'elle se fige en des concepts qui, à la limite, viennent se substituer à la réalité. Ce qu'on trouve désormais n'est rien d'autre que ce qu'on y a déjà projeté, les mots remplaçant les objets et l'enfermement devenant total : les serrures à ouvrir sont faites pour la clé ! Et c'est en accédant à ce plan où, par la pensée, tout retrouve sa fraîcheur, sa fluidité, son continuel renouvellement, que la lecture de ce texte, en dominant son sujet, se mue en quelque chose de rare, se confondant avec le plaisir de penser.

*Recherche en psychosomatique*

Un mot de Niffari le résume excellemment : « Une connaissance dans laquelle il y a de l'ignorance, est une connaissance dans laquelle il y a de la connaissance »<sup>1</sup>.

**Sami-Ali**

Professeur Émérite de l'Université Paris VII,  
Directeur Scientifique du Centre International  
de Psychosomatique

---

1. Voir Niffari : *Les haltes*. Traduit de l'arabe, présenté et calligraphié par Sami-Ali. Paris : Sindbad-Actes Sud, 2007.

## Avant propos

Cet ouvrage est composé de deux parties traitant du traumatisme et du handicap selon une perspective relationnelle.

**La première partie** théorico-clinique aborde la manière actuelle de penser le traumatisme et ses effets<sup>2</sup>. Les concepts sont interrogés à partir de la clinique. Elle propose une autre modalité conceptuelle<sup>3</sup> afin de définir une nouvelle méthodologie d'accompagnement des personnes en souffrance à la suite d'un traumatisme.

**La deuxième partie** explore, toujours sur la base d'observations cliniques, la dimension sociale du traumatisme et la question difficile de la réinsertion professionnelle.

Volontairement, nous n'avons pas différencié le concept de *traumatisme* de celui de *trauma*<sup>4</sup> afin de ne pas réifier une fois de plus la dualité "psychique/somatique". D'autre part une des idées principales de ce travail est de montrer que le traumatisme et ses conséquences ne peuvent être pensés en dehors de la situation relationnelle (et de ses formes conflictuelles<sup>5</sup>) à l'intérieur de laquelle ils vont s'inscrire.

L'événement traumatique faisant effraction dans une organisation particulière d'un fonctionnement psychique (sollicitant les

---

2. En référence à deux principaux champs thérapeutiques : analytique et celui des thérapies comportementales et cognitives.

3. Celle préconisée par la théorie relationnelle du Prof. Sami-Ali. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, Dunod, Paris, 2003.

4. La psychanalyse utilise le terme de « Trauma » en transposant sur le plan psychique trois significations liées aux implications du traumatisme : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celles de conséquences sur l'ensemble de l'organisation. Voir J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1967, p. 500.

5. L'impact traumatique, l'intensité plus ou moins grande des bouleversements qu'il est susceptible de produire ne peuvent être compris indépendamment des formes prises par la relation, allant du simple conflit à la situation d'impasse.

capacités d'un appareil psychique) n'est plus alors ni le point central, ni le point de départ de l'intelligibilité des troubles cliniques retrouvés chez les patients. Dans les formes symptomatiques majeures, *le concept d'impasse* relègue en arrière plan *le concept de traumatisme*, il englobe ce dernier. Il en est de même pour une symptomatologie plus ou moins réversible, en rapport avec le corps imaginaire, résultant d'un événement traumatique survenant dans *une situation conflictuelle avec solution*.

Mettant la relation au premier plan, la perspective relationnelle propose un accompagnement global du sujet selon une méthodologie unitaire. Nul besoin alors du dualisme "traumatisme/trauma" car c'est le même sujet qui se trouve touché dans son corps et son âme et dont le handicap apparaît dans la relation en y imprimant dès le début sa marque. Le handicap est relationnel. Nous verrons aussi, la deuxième partie l'illustrera, que la personne entrant dans la catégorie du handicap se trouve devoir affronter d'autres situations conflictuelles plus ou moins fermées liées au contexte social et au parcours difficile d'une réinsertion professionnelle.

Par son approche irréductible tant à la psychanalyse qu'aux théories comportementales et cognitives, la théorie relationnelle apparaît comme une nouvelle démarche d'aide aux personnes handicapées souffrant des troubles liés au traumatisme.

# **Partie 1**

Pierre Boquel

## **L'impasse des protistes**

Les protistes sont des êtres unicellulaires, objets d'expérimentation de chercheurs de l'époque freudienne, ils portent la lourde responsabilité d'avoir été la source d'une des plus fabuleuses extrapolations du siècle dernier : une spéculation sur la vie et la mort à l'origine des pulsions de mort. De leur culture va naître une « culture de pulsions de mort », retrouvée encore actuellement par des psychanalystes lors de la cure de certains patients, une culture coïncidant avec la relation thérapeutique et dénommée « relation thérapeutique négative ».

Mon travail consiste en une réhabilitation de ce que Freud appela « les animalcules<sup>6</sup> » et par voie de conséquence, un dédouanement de la « négativité relationnelle » attribuée abusivement à certains patients. D'une manière plus générale, il pose la question fondamentale du *travail de négatif*. Ceci afin que plus jamais personne ne puisse être pris pour un protiste...

---

6. Terme employé par Freud pour désigner les protozoaires.

*En souvenir de la journée du CRESMEP (Centre de Psychosomatique de Montpellier), le 13 mai 2006 à Montpellier  
Au Professeur Sami-Ali qui a accepté d'y participer  
Aux amis et proches qui m'ont aidé dans  
l'élaboration de ce travail*

# **Chapitre 1**

## **Introduction**

Cet essai est constitué de trois exposés ayant fait l'objet de conférences à Paris et à Montpellier durant l'année 2005-2006, il regroupe les textes autour d'une question fondamentale : comment penser aujourd'hui le traumatisme et ses conséquences.

Peut-on aujourd'hui penser autrement les concepts liés au traumatisme : trauma, syndrome de répétition, handicap psychique, syndrome de stress post-traumatique, etc., sans les mettre en rapport avec une effraction d'un appareil psychique, une région originelle de l'âme ou avec quelques expériences premières que l'événement traumatique désorganiserait ?

Peut-on aussi renoncer à l'effort de compréhension des troubles apparus chez un individu ayant été soumis à une situation traumatique en substituant à cette compréhension des consignes d'apprentissage et des procédés de désensibilisation ?

Deux types de savoir s'opposent actuellement dans leurs tentatives thérapeutiques d'appréhender le sujet traumatisé. En premier lieu, le savoir analytique avec ses différentes grilles de lecture,

toutes renvoyant à un corpus de concepts centré par un *inconscient négatif* organisé autour de phénomènes originaires. Le deuxième type de savoir est à l'origine des thérapies comportementales et cognitives, il s'étaye sur les théories de l'apprentissage et du traitement de l'information. Ces dernières thérapies sont les plus en vogue actuellement, elles répondent à certains besoins d'adaptation sociale et d'évaluation des effets thérapeutiques visant à la gestion des symptômes sinon à leur disparition. De nombreuses techniques en dérivent, telles que l'hypnose, l'EMDR, etc., affichant toutes leurs résultats positifs et leur légitimité à prendre en charge le champ du traumatisme et de ses conséquences.

Sous les yeux des patients désorientés se déroule depuis quelques années la guerre des thérapies. Mon intention n'est absolument pas de me situer dans l'un ou dans l'autre camp, il me semble qu'il faut plutôt commencer à interroger le champ de bataille préexistant à cette guerre ainsi que le positionnement de chaque faction, leurs rapports stratégiques et leurs effets sur la clinique.

Ce dont il est question au-delà de ces pratiques différentes est le type d'individuation du sujet et la place prise par le processus de subjectivation.

Avant de situer la méthodologie relationnelle dans cet ensemble de thérapies, je vais exposer trois idées principales de la perspective relationnelle. Elles m'ont permis à la fois d'avoir constamment à l'esprit les quatre niveaux pour penser le traumatisme : les données cliniques, l'accompagnement méthodologique, le savoir théorique et l'inscription de celui-ci dans le champ épistémologique.

## **Trois idées directrices de la théorie relationnelle pour penser le traumatisme et ses troubles**

### ***La dimension anthropologique***

La première idée est que la manière de considérer le traumatisme et ses conséquences ne peut être séparé du contexte socio-culturel dans lequel se trouve le sujet. Par exemple, un traumatisme touchant un habitant de l'Inde sera perçu et vécu différemment selon la caste à laquelle appartient l'individu et selon le cycle de réincarnation dans lequel il s'inscrit.

Par la position qu'il donne à l'imaginaire et au banal, le contexte socio-culturel détermine le fonctionnement du sujet. Ce fonctionnement dépend de la manière dont est investie culturellement la conscience onirique par rapport à la conscience vigile. Le traumatisme et ses conséquences doivent être mis en perspective avec ces deux types de consciences données à l'homme et qu'il affecte à des degrés plus ou moins forts. De sorte que les effets du traumatisme ne peuvent plus se diviser, se répartir dans les champs psychique et somatique car ils touchent un être dans l'unité de son fonctionnement pris dans une situation relationnelle bouleversée par l'événement traumatique.

### ***Le primat relationnel***

La deuxième idée est que le traumatisme est relationnel. Il s'inscrit d'emblée dans une relation préexistante à son avènement et qui en modifie ses répercussions. En considérant avant tout que son impact relationnel, le dualisme psychique – somatique n'est plus pertinent, son inscription dans les différents plans de l'âme et du corps est ramenée à la relation et permet d'avoir une compréhension globale des difficultés du sujet.

Ainsi, les conséquences du traumatisme varient avec la forme prise par la situation relationnelle que l'événement traumatique bouleverse, c'est la troisième idée directrice.

### ***La situation conflictuelle avec ou sans issue***

Les effets immédiats et les troubles post-traumatiques seront variables, plus ou moins réversibles, selon que le traumatisme survient dans une situation conflictuelle comprenant des solutions ou apparaît dans une situation insoluble prenant la forme d'une d'impasse.

Un autre cas de figure survient lorsqu'un événement traumatique referme une situation auparavant conflictuelle en impasse.

Nous aborderons tout le long de ce travail les différentes thérapies préconisées dans la prise en charge du sujet traumatisé. Il importe de positionner la thérapie relationnelle parmi ce vaste champ de pratiques, nous définirons ce positionnement par rapport à l'imaginaire.

## Place de la thérapie relationnelle parmi les thérapies existantes

### *Thérapies et relations thérapeutiques*

Il existe actuellement un grand nombre de thérapies et des formes multiples de relations thérapeutiques aménagées dans des espaces diversement codifiés. La plupart du temps, ces espaces sont sous-tendus par un savoir édifié en modèle qui ordonne, avec plus ou moins de souplesse, les places respectives du thérapeute et du patient, les attitudes permises, les jeux de la parole et du silence et les types de relation en œuvre. Ces relations prennent des noms différents selon le dispositif dans lequel elles s'inscrivent, ainsi : le transfert, l'alliance, la relation d'aide, le télé<sup>7</sup> etc.

Tout dispositif relationnel est composé d'éléments hétérogènes comme les personnes qui s'y engagent (par exemple, pour les thérapies familiales : enfant, parents, thérapeute), le matériel réparti dans l'espace (divan, bureau, fauteuil, miroir, atelier de peinture etc.), certaines formes de conduites (prescription, conseils, neutralité bienveillante etc.). Mais surtout ce dispositif fabrique aussi des concepts que le savoir reprend ensuite comme objets *naturels* d'investigation.

Ainsi, le rêve<sup>8</sup> n'est pas le même dans l'espace psychanalytique que dans l'espace de la thérapie relationnelle et devient inexistant dans la thérapie comportementale et cognitive ; de même, l'angoisse en tant qu'affect peut être respectivement, soit une quantité d'excitation en psychanalyse, soit une information pour les thérapies basées sur les théories de la communication, soit un prolongement de la conscience onirique dans la vie diurne pour la thérapie relationnelle.

Le réel de la thérapie, comme *combinaison d'objets de savoir et de pratiques*, se compose ainsi, prenant l'apparence d'une forme stable et évidente alors qu'il n'est qu'une *réalité construite et relative*<sup>9</sup>. De sorte que le savoir, par le découpage qu'il effectue dans le

7. Terme employé pour rendre compte de la relation dans le psychodrame de Moreno.

8. Plus précisément « le concept de rêve » afin d'éviter toute confusion entre le concept et le phénomène qu'il désigne.

9. D'où l'importance d'une confrontation au « non-savoir » proposé par la théorie relationnelle et à la « non-pratique », afin de tracer des lignes de fuite et libérer le patient des multiples objectivations et pratiques déterminées, technicisées.

champ thérapeutique, délimite des objets qu'il affuble *d'une nature* et sur lesquels il se porte ensuite comme s'ils étaient des objets réels de connaissance, les faisant entrer dans un système de pensée qui s'auto-confirme alors qu'ils ne sont que *des concepts fabriqués par l'imaginaire ; un imaginaire à l'origine du savoir*<sup>10</sup>. L'idée et l'objet sont alors fréquemment confondus et le caractère « en boucle » de ce processus est difficile à appréhender lorsque l'on se trouve à l'intérieur du modèle adopté auquel on croit fermement. Ainsi le « Moi-peau » n'est qu'une métaphore essayant de traduire un fonctionnement psychique très complexe et trop souvent confondu avec la perspective réaliste de l'enveloppe cutanée et ses fonctions<sup>11</sup> ; de même on confère souvent au "corps imaginaire" le statut de réalité.

Comment éviter cette confusion ? Existe-t-il un modèle permettant de ne pas être dupe de cette fabrication de l'autre et du monde à l'image que l'on construit d'eux ?

Il est difficile de répondre par l'affirmative car c'est le propre d'un modèle, d'un savoir érigé en système, de fonctionner ainsi.

Sami-Ali, en invitant à faire de la théorie relationnelle une méthodologie<sup>12</sup>, évite le double écueil du modèle et de la vérité. Au lieu de prédire ce qu'il faut trouver, à l'instar de Freud à propos de l'origine homosexuelle du délire paranoïaque du président Schreber, c'est-à-dire au lieu de chercher ce qui est donné *a priori* comme objets à découvrir<sup>13</sup>, la thérapie relationnelle offre une autre démarche. Elle propose des pistes, des directions à prendre, sans présager de ce qui va résulter de ces explorations, cela en essayant de se déprendre d'un savoir constitué, qui, projeté, transformerait le sujet et déterminerait l'expérience qu'il fait de lui-même.<sup>14</sup> Ainsi elle porte son interrogation aux sources du savoir, à *la racine de la projection*, sur un espace potentiel pré-conceptuel<sup>15</sup>.

10. Voir Sami-Ali, *Penser l'unité : la théorie relationnelle*, Août 2005.

11. Pour la séparation du concept de "Moi-peau" avec une perspective réaliste, voir Jean-Marie Gauthier, *L'enfant malade de sa peau*, Dunod, Paris, 1993, p. 165-166.

12. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, op. cit.

13. Voir Sami-Ali, *L'impasse dans la psychose et l'allergie*, Dunod, Paris, 2001

14. En se positionnant au niveau de la fabrication des objets, des concepts et des pratiques par l'activité projective, la méthodologie relationnelle ouvre un espace de relativité s'opposant aux multiples déterminations, un espace relationnel. Dans celui-ci il s'agit de comprendre la manière dont ces différents éléments s'entrelacent, interagissent de manière complexe entre eux surtout lorsqu'il existe des configurations relationnelles fermées telles que le conflit et à l'extrême l'impasse.

15. Qui ne correspond ni à une « expérience projective première » ni à un « espace primordial » interne au sujet mais rejoint plus l'idée d'*antériorité* en lien avec une matrice relationnelle marquée par le contexte socio-culturel.

À partir des 4 dimensions définies par Sami-Ali pour penser la relation : l'espace, le temps, l'affect et le rêve<sup>16</sup>, peut-on essayer de préciser ce que l'on entend par « relation thérapeutique » ?

Tout d'abord, considérons que l'agencement des éléments composant l'espace de la thérapie, est lui-même inséré dans une polarité contextuelle préexistante, pris dans la dialectique sociale de deux concepts opposés et indissociables : entre l'imaginaire et le banal.

Se forment ainsi des espaces thérapeutiques traversés ou non d'imaginaire, dans lesquels les quatre dimensions de la relation constituent autant de variables à l'origine de formes qui se modifient au gré de déterminants socioculturels, au gré de la pression des modèles. Comme je l'ai dit, le temps, l'espace, l'affect et le rêve ne sont pas les mêmes dans les différentes thérapies. Ils varient entre les pôles du réel et de l'imaginaire, composant *diverses figures relationnelles* dont l'action thérapeutique dépend de l'agencement de deux consciences ; la conscience onirique complétée par la conscience vigile.

C'est dire que la place du rêve dans ces espaces fait apparaître deux grands types de thérapies, un découpage par lequel se reproduit le dualisme corps et âme :

– Les thérapies faisant appel principalement à une seule conscience, la conscience vigile fondée sur la raison et la pensée logique : c'est le champ des thérapies cognitives ainsi que celles agissant sur le comportement ; ces thérapies comportementales et cognitives sont sous-tendues par l'apprentissage et le traitement de l'information.

– À une autre place de ce qui pourrait être un différentiel, les thérapies psychanalytiques qui utilisent, la plupart du temps mais pas toujours, le rêve. Encore faut-il, pour le rêve, se poser la question de la manière dont on le traite, le déforme, les intentions qu'on lui prête et la vérité qu'on lui donne ou qu'on lui retire. Qualifiée d'inconscient, la conscience onirique se réduit à une conscience défensive et se limite à des manifestations contraintes par l'interprétation. Qualifiée d'imaginaire, elle tend vers la créativité, vers la création d'un autre monde. Et ce monde onirique permet au sujet de s'objectiver tout en lui donnant accès à sa subjectivité, un mouvement indispensable pour tendre vers l'unité de l'être<sup>17</sup>.

---

16. Voir Id., *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, op. cit.

17. Il faut noter que seule la relation permet le passage de l'objectivation du sujet dans le rêve à un mode de subjectivation sinon tout pourrait en rester à l'état d'objectivation.

À la différence des autres thérapies, la méthodologie relationnelle fait appel aux deux types de conscience qu'elle replace dans un équilibre et une complémentarité. Cependant, elle ne se situe pas à l'intérieur d'un système de connaissances, elle invite à contourner les modèles, les savoirs constitués afin de découvrir un chemin par lequel la réalité de l'autre, du patient sera le moins déformée possible. Le concept de « réceptivité », recevoir sans déformer par la projection d'une grille de lecture, correspond à cette démarche. Il est possible d'associer l'attitude réceptive à un autre concept, le concept de « spontanéité », affecter l'autre au-delà de toute volonté d'objectivation par l'ouverture d'un espace subjectif de transformation.

L'imaginaire peut donc occuper différentes places, revêtir diverses formes, s'articuler d'une manière spécifique aux éléments hétérogènes du dispositif thérapeutique. Imaginaire à la fois constitutif, immanent et transcendant, mais dont l'être-même peut se figer, prendre certaines figures et participer à des situations d'impasse relationnelle. Cette place particulière de l'imaginaire à l'origine du savoir et des pratiques sera illustrée dans le chapitre III sur la « relation thérapeutique négative ».

## **Trois grands chapitres composent cet écrit**

1. *Le premier chapitre* traite du rêve traumatique et du processus de répétition. Il se propose de penser ces phénomènes cliniques sous l'angle de l'impasse, c'est-à-dire en en se détachant d'un regard herméneutique gouvernant encore à l'heure actuelle un grand nombre des thérapies existantes. Dans ce chapitre le rêve traumatique va être considéré comme un phénomène relationnel, intersubjectif et variable dont il va falloir retrouver les conditions de fabrication. La relation thérapeutique conditionne non seulement la lecture du rêve traumatique mais aussi sa production.

La perspective relationnelle fait que ce que l'on croyait bloqué par essence retrouve une fluidité. Le concept même de « rêve traumatique » en se défaisant, se trouve relativisé par la possibilité d'inventer d'autres concepts tels que « rêve de sauvetage » ou « rêve de retour à la vie », etc. Cependant l'infinie production des concepts, l'étendue du champ de leur possibilité d'existence les fait apparaître comme des objectivations partielles déterminées par un type de savoir. Un savoir à l'origine du blocage, des formes de clôtures et d'enlisement retrouvées en clinique, car renvoyant à un système

conceptuel fermé. Face à cette fermeture s'oppose le concept relationnel de « réceptivité » en tant qu'attitude, c'est-à-dire responsable *d'un effet de libération* sur le thérapeute et sur le patient par une mise en tension du savoir avec un « non-savoir ».

La pensée relationnelle, ne pouvant se confiner au seul fonctionnement pour comprendre la pathologie du traumatisme, pose la situation relationnelle comme indispensable dans cette compréhension, notamment dans ses formes de conflit et d'impasse. Aussi le concept d'impasse apparaît comme un concept *englobant* et *précisant* celui assez mal défini de traumatisme.

2. *Le deuxième chapitre* ira plus loin dans la pertinence du concept d'impasse vis-à-vis de la notion de traumatisme en faisant des conséquences de ce dernier un dérivé des situations d'impasse de l'histoire du sujet. Il mettra en perspective quelques problèmes posés par le handicap dans notre société avant d'étudier l'impact et l'inscription de l'accident dans la vie du patient. À partir de la clinique, il interroge les différentes thérapies s'occupant à l'heure actuelle des patients atteints « d'état de stress post-traumatique » et étudie la validité de ce concept.

Dans sa conclusion, il propose, selon la méthodologie relationnelle, des éléments en vue d'une nouvelle démarche d'aide aux personnes ayant des troubles après exposition à un traumatisme.

3. *Le troisième chapitre* concerne aussi le rêve traumatique et le syndrome de répétition à l'intérieur de la relation thérapeutique. Plus précisément, il essaie de cerner sur quelles hypothèses ces notions reposent dans le savoir analytique. Il se propose d'explorer le concept de pulsions de mort à travers ce qui est considéré comme *sa visibilité clinique* : « la relation thérapeutique négative ». Ce chapitre relate l'impasse analytique d'une patiente rendue responsable d'une relation thérapeutique négative. Après avoir exposé les tentatives de solutions proposées en vain par la psychanalyse pour juguler ce « phénomène négatif », notre étude montrera que ce blocage clinique résulte en fait de l'incapacité théorico-clinique d'une pensée ne pouvant se remettre en question.

Un tout autre abord réalisé par la méthodologie relationnelle sera en mesure de dissoudre la problématique rebelle, faisant d'elle un *objet construit et relatif* à un système de savoir donné, en définitive une forme résultant du codage analytique et ayant pris l'apparence d'une réalité.

## **Chapitre 2**

# **Au-delà de la compulsion de répétition et du rêve traumatique** *Traumatisme et impasse*

Ce chapitre porte sur le rêve traumatique et sur le processus de répétition qui souvent lui est associé. Il ne s'agit pas ici de développer cette notion dans le champ psychanalytique où elle a pris naissance. Le propos de cette étude est tout autre. S'appuyant sur la clinique, il fait apparaître une nouvelle manière de considérer ce problème, radicalement différente de celle produite par les concepts psychanalytiques. À un tel point que les notions de « rêve traumatique » et de « compulsion de répétition » se verront réinterrogées au niveau-même de leur découpage conceptuel.

Ainsi le titre de ce chapitre « au-delà de la compulsion de répétition et du rêve traumatique » interroge le domaine de validité de ces concepts. A l'opposé de Freud, nous ne voulons pas les préserver coûte que coûte malgré le problème posé par la clinique. Au contraire, nous voulons faire apparaître un autre point de vue irréductible à la perspective analytique. Cet autre positionnement est celui amené par la méthodologie de la théorie relationnelle<sup>18</sup>, élaborée par Sami-Ali, et dans laquelle tout phénomène est d'emblée

---

18. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, op. cit.

relationnel. Le rêve traumatique n'est pas considéré comme un objet en soi, un objet susceptible d'être étudié comme le ferait la démarche scientifique en fonction de principes préalables. Ce serait alors nier la possibilité d'une causalité circulaire<sup>19</sup> mise en évidence par la démarche relationnelle ainsi que l'existence, chez le sujet, d'une dynamique complexe visant à ramener en permanence tout phénomène à l'unité de l'être.

Il semble que ce n'est pas au même sujet que s'adressent la psychanalyse et la théorie relationnelle. Le « sujet » de la psychanalyse est celui pris, et cela dès les débuts de la psychanalyse, dans le *savoir* d'une « psychologie scientifique.<sup>20</sup> » Le sujet de la théorie relationnelle est celui pris dans « une réceptivité », dans *une attitude* qui met le savoir, sans cesse réinterrogé, au second plan ; j' y reviendrai dans la deuxième partie de ce chapitre.

La pensée du phénomène « rêve traumatique » faite par la théorie relationnelle se situe aux antipodes du système psychanalytique basé sur une conception scientifique mécaniste et quantitative. Elle ne prône aucun système physique ou « informationnel<sup>21</sup> » comme modèle de vérité d'où elle pourrait tirer ses lois et qui serait susceptible de la valider. Au contraire du modèle automatique freudien dans lequel le statut de l'affect est vicié dès le départ par sa réduction à une quantité d'excitation et par le jeu de capture entre cette quantité et les représentations, dans la théorie relationnelle, l'affect n'entre pas dans une pensée dualiste. D'emblée, il existe une unité entre l'affect et la représentation<sup>22</sup> et cela constitue le point de départ d'une méthodologie unifiante ne procédant pas par multiplication de dualités mais par intégration de la complexité, afin de tendre vers l'unité du sujet.

---

19. Voir *Id., Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle, op. cit.*

20. « Dans cette Esquisse, nous avons cherché à faire entrer la psychologie dans le cadre des Sciences naturelles, c'est-à-dire à représenter les processus psychiques comme des états quantitativement déterminés de particules matérielles distinguables, ceci afin de les rendre évidents et incontestables. » Freud Sigmund, « Esquisse d'une psychologie scientifique », in *La Naissance de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1956, p. 315.

21. Le système informationnel sert de base à la théorie de la communication élaborée par les membres de l'école de Palo-Alto. Voir P.Watzlawick, J.Helmick, Beaven, Don D. Jackson, *Une logique de la communication*, Seuil, Paris, 1972.

22. Voir Sami-Ali, *Le rêve et l'affect, Une théorie du somatique*, Paris, Dunod, 1997, p. 111-112.

L'objectif est inverse de celui de la démarche analytique : le fait clinique n'est pas là pour être *conforme* au savoir théorique mais pour *l'éprouver*, voire *l'invalider* et c'est sur ce champ laissé libre qu'advient le renouvellement de la pensée nécessaire à l'avancée de la thérapie. À ces conditions, le sujet peut se transformer, la répétition n'est plus insérée dans un savoir qui répond au refoulement.

La méthodologie relationnelle invite à une nouvelle clinique que je vais illustrer par deux exemples.

## **Clinique relationnelle**

Partant de deux observations, je vais faire ressortir les questions posées par le traumatisme et sa réactualisation permanente dans le fonctionnement du sujet. En soulignant l'influence dans cette répétition du modèle employé pour en rendre compte, je vais tenter de faire apparaître un autre positionnement, un positionnement relationnel que je définirai ensuite.

Les deux histoires des patientes dont je vais parler ont plusieurs points communs : un traumatisme et des rêves en rapport avec une noyade, une pathologie cancéreuse du sein dont elles ont été opérées, stabilisées au moment de leur travail relationnel, et enfin, un fonctionnement d'où les rêves étaient auparavant exclus.

### ***Première histoire de noyade***

Cette patiente, Mme A., souffre de forts accès de panique, survenant dans différentes circonstances, et se retire progressivement de toute vie sociale. Elle est prête à abandonner la natation qu'elle aime par crainte de paniquer dans l'eau en s'éloignant des bords du bassin, et par crainte de « tomber au fond de la piscine ». Au moment où je la vois, cette peur de l'éloignement s'est diffusée à d'autres secteurs de sa vie quotidienne.

Elle a déjà eu, il y a longtemps, de semblables manifestations qui ont disparu lorsqu'elle a entrepris une psychothérapie analytique qui a duré 10 ans. Juste avant cette démarche, un nodule cancéreux du sein est diagnostiqué à son début et opéré. Le psychanalyste constituant alors un véritable soutien, lui a permis, dit-elle, de « sortir la tête de l'eau » et de « gérer sa vie ». En effet, probablement peu orthodoxe, il lui donnait souvent des conseils précieux pour se diri-

ger dans la vie... Elle ne comprend pas que ces 10 années de travail n'aient pas suffi à résoudre l'ensemble de ses problèmes.

Après une longue phase d'amnésie des rêves, elle va m'en rapporter qui jalonnent trois moments du travail thérapeutique. Le premier est un rêve répétitif qu'elle fait depuis une rupture sentimentale, 4 mois auparavant, d'avec un homme qu'elle aimait d'un amour caché et qui, dit-elle, l'avait fait « naître » en tant que femme.

### *Le rêve répétitif*

*Une dame marche, elle tombe dans un trou, elle ne sait pas nager, elle panique et se noie...*

À chaque fois, elle se réveille en sueur et en hurlant. Elle croit fermement que ne pas savoir nager l'expose à un danger de mort, c'est pour cela qu'elle continue, avec la peur au ventre, à aller à la piscine. La noyade lui rappelle un souvenir flou d'enfance, vers l'âge de 6 ans, où elle a failli se noyer avec son frère, sous les yeux de ses parents.

Elle fera une variante de ce rêve qu'elle me racontera à la deuxième séance de thérapie :

### *« Le rêve symbolique »*

*Elle voit dans ce rêve sa petite fille en train de nager dans un bassin, elle a des brassards. Elle nage bien mais, d'un seul coup, elle coule au fond du bassin. Mme A. appelle au secours et panique. Lorsqu'on ressort la fillette de l'eau, celle-ci est en position fœtale, elle est morte.*

En racontant cela, elle me dit : « Je suis toujours en appel au secours pour sortir de ce bassin dans lequel je me noie. »

À ma demande sur ce qu'elle comprend de son rêve, elle fait les commentaires suivants :

*Le bassin, c'est le corps, le côté maternel... Le ventre de ma mère dans lequel je suis aspirée... La piscine ou le bassin, ça représente un espace cloisonné. Je me noie car j'ai peur d'affronter la vie. Je n'ai toujours pas coupé le cordon ombilical. J'ai envie de me libérer de cette peur de l'éloignement et, en même temps, d'arriver à me détacher des liens car je suis scotchée à mes parents. Je n'ai jamais été autonome.*

Pour cette patiente, le bassin est le symbole du ventre maternel, qu'elle *interprète* spontanément d'autant plus que l'enfant, dans le rêve, est en position foetale. Une interprétation rendue possible probablement grâce à la réification en toile de fond de la figure de son ancien psychanalyste. Il est étonnant que d'emblée, cette patiente use de symboles auxquels elle donne facilement un sens. Mais, que ce soit sa dépendance vis-à-vis de sa mère ou sa peur de la vie, elle les connaissait déjà. Le fait qu'elle ait trouvé une signification symbolique n'empêche pas la répétition du rêve. La problématique semble se clore sur elle-même. Pourquoi ? Certains pourraient toujours se demander s'il s'agit de la bonne interprétation ou s'il n'existe pas une interprétation encore plus profonde, reléguant celle-ci à la position d' « interprétation – écran » ! La question est de savoir à quelle profondeur s'arrête alors cette exploration sans fin et dans laquelle la vérité se retire au sujet à chaque fois qu'il croit la saisir.

Une autre explication à la répétition peut se dégager de l'organisation<sup>23</sup> du cheminement pris par la pensée. Comment la patiente, adoptant le modèle analytique, pense-t-elle la problématique ?

*Ce désir de retourner dans le ventre de ma mère me dit que je ne peux vivre sans elle et montre mon incapacité d'exister (noyade) face aux événements de la vie, d'où la nécessité de retourner dans le ventre de ma mère...*

Ce mode de pensée renvoie ici à une incapacité interne, à un manque d'autonomie. La pensée tourne en rond et légitime la répétition du rêve !

La répétition du rêve constitue un miroir dans lequel se reflète l'incapacité de penser du thérapeute faute d'avoir pu penser en d'autres termes que ceux donnés par un savoir fondé sur des processus internes<sup>24</sup>. Ces derniers sont régis par les jeux complexes du principe de plaisir et du principe de déplaisir (correspondant ici au principe de réalité). Le principe de plaisir échoue devant le principe de réalité représenté par la dureté des événements de la vie et

---

23. Il s'agit là d'une herméneutique de la pensée.

24. Avec un sens premier caché et toujours à découvrir au plus profond de soi susceptible de révéler la vérité du sujet.

orienté vers un désir de retour au ventre maternel<sup>25</sup>. Ce savoir est intégré ici presque naturellement comme une évidence par la patiente. Selon cette optique, le retour du refoulé s'exprimerait dans le rêve sous la forme de la noyade et traduirait le désir de disparaître dans le « bassin » de la mère. Le rêve subit une distorsion, seuls certains éléments sont choisis pour leurs correspondances avec l'interprétation. La dernière partie du rêve, la mort de l'enfant dans le bassin, ne pose pas tant de problèmes que ça si la pensée analytique la réfère à une *pulsion de mort*. Celle-ci correspond, comme le stipule Freud, à un retour aux origines<sup>26</sup>.

La pensée du rêve de la patiente s'adapte ici à un savoir, le rêve devient conforme. Il n'est pas étonnant que rien ne change et que la répétition ne puisse être enrayée.

De plus, en se répétant, le rêve actualise une angoisse provoquée par la situation traumatique : l'angoisse de tomber dans un trou profond et de se noyer. Quel est le statut de cette angoisse ?

La psychanalyse freudienne a tenté de faire entrer cette angoisse dans le grand système organisé autour du principe de plaisir, en prônant même l'existence d'un au-delà, d'un principe plus « originnaire ». Si, d'après elle, l'angoisse, avec l'attente du danger indéterminé qui l'accompagne, a pour fonction de « préparer le sujet au danger » et donc de le préserver d'un déplaisir annoncé<sup>27</sup>, comment expliquer la répétition dans les rêves, non pas d'une angoisse, mais d'un véritable état de panique qui ne s'accompagne, par définition, d'aucune attente, d'aucune préparation au traumatisme<sup>28</sup>, notamment lorsque le sujet se réveille dans un état de stupeur, de frayeur extrême ?

Comment comprendre alors que la répétition puisse désamorcer la force du traumatisme ? La répétition ne risque-elle pas, en actualisant inlassablement l'angoisse, de faire disparaître le souvenir des rêves et d'entériner pour longtemps toute élaboration ?

---

25. Mais comme le stipule Freud : « Il est clair que la majeure partie des expériences que la compulsion de répétition fait revivre ne peut qu'apporter du déplaisir au moi puisque cette compulsion fait se manifester et s'actualiser des motions pulsionnelles refoulées ; mais il s'agit d'un déplaisir qui nous l'avons montré, ne contredit pas le principe de plaisir, déplaisir pour un système et en même temps satisfaction pour un autre... » Voir Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, p 66 *op. cit.*

26. Voir *Id.*, *Au-delà du principe de plaisir*, *op. cit.*

27. L'angoisse n'ayant pu précéder le traumatisme trouverait alors sa place dans le rêve.

28. Le rêve devient alors un équivalent traumatique.

Pour ces rêves traumatiques, se pose alors toute *la question du désir* comme support de *tous* les rêves et de *la fonction de la répétition* vis-à-vis d'une hypothétique charge importante d'excitation issue du traumatisme. Il faut tenir aussi compte, dans cette interrogation, que ce qui se passe dans le rêve se transpose ici dans la réalité et se traduit par des sensations corporelles réelles : lorsque la patiente nage en piscine, elle évite maintenant de regarder le fond car sinon elle se voit « partir dans la profondeur »... Ceci questionne fondamentalement la fonction de *la répétition* d'un comportement, en l'occurrence dans cette observation, du maintien de la natation en piscine. Comment comprendre la thèse freudienne *d'une angoisse* prenant la place de *l'effroi* dont la raison serait la diminution d'une quantité d'excitation excessive et mettrait en même temps la patiente en danger de mort ? En effet peut-on conserver l'hypothèse de cette fonction d'élaboration qui, si elle échoue, transforme l'angoisse en état de panique et provoque la noyade réelle ? Doit-on considérer la mort d'une personne comme résultant de l'échec d'un travail de liaison ? En maintenant ces hypothèses, la théorie se met à prévaloir sur la vie et devient absurde.

Le troisième rêve expose clairement le conflit sans détour et sans déguisement :

#### *Le rêve d'impasse*

Je la cite :

*Dans ce rêve, je me dispute avec ma mère, je lui reproche de ne pas m'avoir préservée du caractère de mon père. Ma mère était au courant, elle savait comment il était, pourtant elle m'a laissé être le jouet de mon père. Mon père se servait de moi pour que maman soit jalouse...*

Ce qui me paraît caractéristique de ce rêve, par rapport aux précédents, est que ce qu'il donne à voir se fait directement, sans aucune dissimulation, sans le moindre déplacement ni la moindre condensation. La situation conflictuelle peut être appréhendée lors d'une première lecture.

À partir de ce rêve, Mme A. va parler de l'indifférence affective de sa mère à son égard et de l'impression d'avoir été manipulée par un père violent et tyrannique. Elle me parlera aussi de sa naissance. Ses parents ont été déçus par sa venue au monde, ils attendaient un garçon. Même sa grand-mère a dit, en voyant l'enfant, qu'elle ne

ressemblait à personne. « Cette petite, elle est tellement laide qu'on a dû te la changer ! » dira-t-elle à sa fille.

Je peux alors entrevoir la *configuration d'une impasse relationnelle ancienne* dans laquelle « naître » est l'équivalent de ne pas exister affectivement, l'image du « fœtus noyé » traduit directement cette équivalence des contraires, faisant correspondre naissance et mort.

Le traumatisme refoulé de la noyade est pris dans une impasse relationnelle beaucoup plus vaste. Pendant longtemps, l'évacuation du souvenir des rêves l'isole, et le met à l'écart d'une éventuelle élaboration.

La représentation de l'impasse va s'accompagner d'une libération affective, la patiente pleure en parlant de sa souffrance. La répétition du rêve s'arrête.

Mon propos n'est pas d'aller plus loin dans l'exploration de la problématique de Mme A. mais de mettre en évidence, dans une même thérapie, une modification dans la lecture du rêve par la patiente. Il est possible de faire l'hypothèse d'un changement dans la composition même du rêve, une transformation allant de pair avec une autre position relationnelle du thérapeute suscitant une interrogation nouvelle. On ne peut plus alors considérer le rêve comme un objet en soi, fut-il symbolique, mais comme *un phénomène relationnel dynamique*. Le rêve se crée par rapport à un savoir et acquiert une forme dans la trame relationnelle dans laquelle il s'inscrit ; cette trame est susceptible de se modifier, donnant alors au rêve une nouvelle forme. Ma patiente passe d'une conception symbolique du rêve à celle d'une objectivation, non déguisée, de la situation conflictuelle. La réalisation du désir de transformer le déplaisir se change en un travail d'élaboration de l'impasse. Il me semble important de considérer alors les rêves traumatiques en regard d'une clinique perçue sous l'angle de l'impasse. Cette perspective est aussi valable pour ce qui est classiquement appelé « compulsions de répétition. »

Comme j'ai tenté de le montrer, cette « compulsions de répétition » ne peut absolument pas se rapporter à une pulsion interne motivant la répétition mais sa persistance est déterminée par la pensée même de l'analyste. Celle-ci, adoptée implicitement par la patiente, se réfère à un savoir qui clôt le problème en le rendant interne à l'individu au lieu de l'ouvrir en permettant le changement. La question se pose alors du modèle employé, de sa fixité et de sa pertinence pour rendre compte des transformations inévitables du

sujet. On peut rétorquer que toute connaissance théorique effectuée aussi un découpage conceptuel à partir duquel s'organise la pensée en produisant une lecture particulière et même un certain type de rêve. Cela revient à dire qu'un savoir préalable risque de *figer* la relation dans une forme, alors que celle-ci est indéfiniment à construire et à inventer. Comment est-il possible de se déprendre de son propre savoir ? Si la mise entre parenthèses est si difficile, ce qui importe alors me paraît être le pouvoir des concepts produits par ce savoir : pouvoir de fermeture ou d'ouverture qui permette un écart avec le modèle employé et un espace de transformation. Le concept de réceptivité dont je parlerai dans la conclusion, me semble approprié pour assurer cette libération d'un espace potentiel dans lequel le sujet apparaît dans toute sa différence et peut se transformer.

Une autre illustration permettra de développer le dépassement de la répétition du rêve traumatique en révélant les différentes étapes relationnelles de l'élaboration onirique.

### ***Une autre histoire de noyade***

Étrange histoire que celle de cette jeune femme de 35 ans, venue me consulter après la disparition par noyade d'un ami, moniteur de plongée, au cours de l'exploration d'une épave en Méditerranée. Le corps n'a pu être retrouvé.

Mlle R. est traumatisée par sa disparition mais aussi parce que cet accident a réveillé le souvenir de sa propre noyade, à l'âge de 8 ans, à laquelle elle a survécu grâce à une réanimation cardiorespiratoire prolongée. Depuis, elle est angoissée, se sent oppressée et ne trouve plus le sommeil. Jusque-là, elle n'avait jamais repensé à sa noyade. « Je n'arrivais pas à me souvenir de l'accident, c'était un gros trou noir dans ma vie, je n'en avais jamais parlé à personne. » me dira-t-elle, lorsqu'elle pourra me le raconter.

Je suis d'emblée surpris que le sport, qu'elle pratique depuis son enfance, soit justement la plongée. Elle s'apercevra au cours de la thérapie, qu'elle n'avait jamais fait de lien entre la plongée en bouteilles et l'apnée. Des apnées qui n'avaient pu la sauver dans l'enfance.

Malheureusement, pour acquérir les différents niveaux de plongée, notamment passer le quatrième niveau, il faut franchir une épreuve d'apnée. Jusqu'à présent, elle n'a pu y parvenir car elle plon-

ge « en force et avale à chaque fois un peu plus d'eau ». Un de ses moniteurs, inquiet et ignorant la noyade de l'enfance, a même pensé lui interdire le passage de ce niveau. En fait, il s'avère que Mlle R., comme elle en prendra conscience par la suite, s'avance irrémédiablement vers l'accident de plongée. Elle ne peut s'empêcher de s'approcher de plus en plus des conditions d'une nouvelle noyade.

S'agit-il pour autant d'un instinct de mort, un instinct caché qui l'amènerait malgré elle à sa propre destruction ?

Au lieu de la notion d'instinct, le concept d'impasse va s'avérer plus pertinent pour rendre compte à la fois de ce comportement dangereux qu'elle ne peut arrêter, et de la répétition des rêves traumatiques.

Outre la situation évènementielle de l'impasse de la mort de son ami dont elle n'arrive pas à faire le deuil, d'autres impasses relationnelles jalonnent son histoire, notamment celle constituée par le rejet précoce d'une mère préférant son fils et élevant sa fille dans le devoir. La mère restera pour Mlle R. au statut de génitrice. Elle grandira dans un univers relationnel déserté par l'affect et régi par des règles strictes et impersonnelles. Dans le froid de ce climat familial, elle est constamment dévalorisée. Comme loisir, seule la lecture était autorisée : « on me donnait le nombre de livres et ce que je devais lire pendant l'été, le temps de lecture et l'ordre chronologique des livres était programmés. » L'enfant ne peut se rebeller sous peine d'être laissé dans un coin et là, elle a vraiment l'impression de ne plus exister. Sa mère ne la regarde pas, ne lui parle pas. Lorsqu'elle s'approche d'elle, elle est constamment rejetée. Elle pense que sa mère refusait de se faire aimer. Il existe aussi clairement une maltraitance maternelle : voulant que sa fille accède à des niveaux supérieurs dans la danse et le piano : la mère lui étire tous les soirs les chevilles jusqu'à lui faire mal, il en va de même pour le majeur des deux mains afin de mieux jouer certaines partitions. Ce comportement va si loin que l'enfant aura deux fractures "en bois vert" des phalanges ainsi qu'une instabilité ligamentaire des chevilles. Un jour, elle s'effondre chez le médecin et celui-ci, constatant les élongations ligamentaires sermonnera la mère et mettra un terme à ces pratiques.

De par son travail, le père est souvent absent et lorsqu'il est là, il évite de contrarier son épouse. Néanmoins, l'enfant trouve de l'affection auprès de lui. Mlle R. explique l'attitude de sa mère par la souffrance qu'elle a eue lors de l'accouchement. Il existe une forte culpabilité.

Telle s'organisera sa personnalité dans la solitude et la douleur et, lorsque son père meurt d'une hépatite, elle quitte la maison familiale quand sa mère lui demande de payer un loyer. Elle a 17 ans et elle ne la reverra plus. Elle se retrouve alors seule et entreprend des études d'infirmière tout en travaillant pour gagner sa vie. Elle connaîtra un garçon à 28 ans et tombera enceinte mais la grossesse est extra-utérine et le bébé décèdera sous ses yeux au cours d'une échographie. Prise dans un parcours professionnel difficile, elle gère la situation et ne déprime pas. Quelques mois plus tard, on découvre une tumeur du sein et elle subit une large exérèse.

### ***La thérapie***

Dès la première séance, elle se met à parler abondamment de son histoire et je perçois à quel point elle fut privée d'un espace de parole. La thérapie est difficile car elle débute dans un contexte de rupture sentimentale, le garçon dont elle était amoureuse est parti avec une autre. Toutefois, elle retrouve, dès la deuxième séance, un sommeil qu'elle avait perdu et le souvenir de rêve réapparaît par bribes. Avec les rêves le traumatisme de la perte de son ami réapparaît.

#### *Le premier rêve : le rêve traumatique*

*Je descendais du bateau de plongée pour explorer une épave et, à l'intérieur, je trouvais le corps d'un noyé. Je paniquais et je me disais qu'il fallait vite remonter et demander de l'aide.*

Depuis ce rêve, elle a l'impression qu'elle n'arrête pas de revivre sa propre noyade lorsqu'elle plonge. Elle s'aperçoit qu'elle la reproduit à minima, à chaque fois qu'elle fait de l'apnée et qu'elle s'étouffe : elle avale de l'eau et il faut qu'elle remonte. Elle se met alors à pleurer mais ne veut surtout pas rester sur un échec. Elle n'a pas le choix, il faut qu'elle réussisse à nager en apnée.

Elle fera plusieurs fois des variantes de ce rêve au début de la thérapie : soit elle voit son ami en train de se noyer, soit elle découvre son corps dans l'eau. Mais tous ces rêves ont des points communs : le visage de son ami est un visage *vivant* et le rêve prend fin au moment où elle trouve le corps. Elle se réveille toujours dans un état de frayeur.

La jeune femme appréhende de plus en plus les entraînements de plongée. Elle se force pour descendre sous l'eau. Elle refuse mon

conseil de différer le passage de ce quatrième niveau. « Il fallait que je me fasse violence pour descendre et je me noyais dans ma tête. » me dira-t-elle plus tard.

Lors de la plongée en apnée, son moniteur lui a fait remarquer que son corps a une « cassure » au niveau lombaire alors qu'elle devrait nager en position horizontale. Je lui demande comment elle peut comprendre cette cambrure lombaire : « C'est comme si je mettais les mains en avant, comme si je repoussais la descente » m'explique-t-elle. Cette « posture - cassure » corporelle lui fait consommer beaucoup plus d'air et elle doit remonter rapidement à la surface.

La noyade de son ami réactive constamment sa propre noyade, un traumatisme circonscrit par une impasse relationnelle à une mère absente affectivement et dévalorisante envers sa fille. Mlle R. va décrire longuement cette « non relation » au cours des séances. Elle abordera le décès de son père, le départ de la maison familiale. Elle me parlera de la solitude immense ressentie après le décès de son bébé mort lors de l'échographie. Elle aurait préféré mourir et que son enfant vive.

La plongée en eau froide devient critique. Les difficultés augmentent mais elle persiste car, dit-elle « elle n'est pas moins que les autres ». Elle doit y arriver même si le groupe de plongée auquel elle appartient la traite « comme moins que rien ». Je retrouve dans le rapport du groupe à la jeune femme une attitude autoritaire reproduisant le climat maternel de l'enfance et responsable de l'entêtement de Mlle R. à continuer la plongée. Elle doit prouver qu'elle a de la valeur, qu'elle peut atteindre le même niveau qu'un autre plongeur. Renoncer équivaut à être moins bonne, moins digne d'amour, comme elle l'a toujours été par le regard d'une mère qui la comparaît à son frère.

La répétition se comprend, non par rapport à une pulsion la motivant, mais bien par la persistance d'une situation d'impasse relationnelle faisant le lit du traumatisme et ne permettant pas son élaboration. Le froid de l'eau en hiver joue aussi un rôle dans la réminiscence du traumatisme. Je la cite : « Le froid me ramène à des souvenirs car j'ai eu très froid lors de mon accident avant de perdre connaissance. »

Elle me fait alors le récit de sa noyade.

### *La noyade*

Ils étaient partis en rivière avec son père et son petit frère. S'éloignant du bord, le petit frère est emporté par le courant. Le

père nage derrière son fils pour le ramener en la laissant. En effet, il sait qu'elle sait mieux nager. L'enfant a alors une crampe dans une jambe, elle tente de rester à la surface mais n'y parvient pas. Elle s'épuise et se laisse couler en essayant de garder de l'air. Elle n'a plus la force de remonter, elle sent l'eau pénétrer dans ses poumons, ses jambes s'engourdir et le froid progresser des pieds vers le haut de son corps. L'oppression augmente dans sa poitrine en même temps que le froid et elle perd connaissance. Elle ne se souvient pas exactement des suites de la réanimation cardiorespiratoire. Elle ne se rappelle pas non plus pourquoi elle était seule à retourner chez elle. Lorsqu'elle dit à sa mère qu'elle s'était noyée, sa mère lui donna une giflle en la traitant de menteuse, car, pour elle, si elle s'était noyée, elle ne serait plus vivante...

*Je n'avais pas les mots pour lui expliquer, après, j'ai renoncé à en parler.*

Mlle R. a les larmes aux yeux en me racontant sa noyade.

Après ce récit, elle ne va plus avoir honte d'en parler à ses moniteurs.

On voit bien que l'accident s'inscrit dans une impasse relationnelle dans laquelle la parole de l'enfant est complètement discréditée. Dans ce contexte, la dénégation porte à l'extrême l'attitude de rejet maternel et amplifie le sentiment d'abandon, de n'être rien.

Durant cette période de la thérapie, les autres stagiaires de la palanquée lui font remarquer qu'elle a un regard effrayé avant de plonger. « Malgré ma maîtrise, mes yeux disent que j'ai peur... » me dit-elle.

Le rêve qu'elle fera ensuite est une élaboration de la situation de noyade. Il est étonnant que ce rêve aussi se répète, elle le fera une dizaine de fois. Tout se passe comme si la répétition de ce « *rêve de sauvetage* » était le pendant de celle du rêve traumatique.

### *Rêve du sauvetage*

Dans ce rêve très précis, elle me dira en voir tous les détails (le manomètre avec la pression d'air, le détendeur etc.), elle retrouve son ami coincé sous l'eau. Son bras est accroché et il ne peut remonter à la surface. La jeune femme appelle les secours ainsi qu'un chirurgien qui, lui, ne sait pas plonger. Il charge Mlle R., en tant qu'infirmière, « d'être ses mains sous l'eau » (Dans la réalité, la patiente a travaillé à S.O.S mains lors d'un stage infirmier). Elle

gère donc la plongée et opère son ami sous l'eau en lui coupant la main pour le libérer. Dans chaque rêve, il remonte vivant. Dans les premiers, la main reste au fond de l'eau mais dans les derniers, la jeune femme arrive à la remonter pour que le chirurgien la réimplante. Elle se réveille fatiguée.

Elle explique sa fatigue par cette abondante activité nocturne et par l'énorme travail qu'elle est en train de faire sur elle-même.

Que dit-elle de ce rêve ?

*Je ressens un pouvoir de vie ou de mort. Je suis capable de l'amputer de la main et de lui sauver la vie. De plus, c'est moi qui organise les secours et donne un rôle aux personnes à qui je fais confiance.*

On assiste avec ce rêve à une véritable élaboration de l'accident de noyade, celui de l'âge de 8 ans, par la médiation de la représentation de la noyade de son ami. A l'époque, la crampe ne lui avait pas permis de remonter à la surface. Avec l'aide du thérapeute / chirurgien, un sauvetage imaginaire se construit par la reprise des événements au moment-même où l'histoire s'était figée. La jeune femme est néanmoins obligée de couper quelque chose de l'autre qui est un double d'elle-même.

Elle se confronte à la perte mais de quelle perte s'agit-il ?

La possibilité donnée par les derniers rêves de remonter la main coupée présage une réparation à venir. Dans ce possible dépassement de la perte est-il question du travail de deuil concernant l'ami disparu ? L'identification avec lui, du fait de la similitude des deux situations de noyade, pourrait le laisser penser. Mais il peut aussi s'agir de la perte de son enfant lors de la grossesse extra-utérine. Elle me rappellera, dans une séance ultérieure, qu'elle aurait préféré mourir et le laisser vivre si elle avait eu le choix.

Quoiqu'il en soit, à la suite de ce rêve, des changements s'opèrent dans sa façon de plonger. Mlle R. arrive à « se balader dans l'espace proche », ce qu'elle n'arrivait pas à faire. Cet espace se situe entre 3 et 5 mètres et correspond justement à l'espace de sa noyade. Cet espace est le plus dangereux car c'est là qu'il se passe des modifications de pression. Auparavant, lorsqu'elle atteignait ce niveau, par exemple pour prendre des photos, ses pieds et ses jambes se mettaient automatiquement à bouger avec les palmes. Pourtant, ce n'était pas un problème de stabilité car elle s'était bien plaquée au fond mais c'était plus fort qu'elle. Elle a aussi l'impres-

sion que la cassure lombaire est moins importante et que son corps commence à « s'horizontaliser ».

Elle fera, peu de temps après, un autre rêve qui mettra un terme à la répétition onirique du traumatisme et se traduira encore par de nouvelles performances sportives.

Juste avant le rêve, elle pense avoir eu une indigestion. Elle vomit durant 2 jours.

### *Rêve du cadavre retrouvé*

Ce rêve commence comme les précédents mais, cette fois-ci, va plus loin : accompagnée d'un autre plongeur, elle retrouve le corps de son ami dont elle perçoit le visage décomposé, elle se met alors à hurler dans son détendeur. Elle demande à son compagnon de regarder le cadavre et de bien identifier le point où il se trouve. Mlle R. se sent mal et se met à vomir sous son masque et doit remonter sur le bateau. Tremblante, en état de choc, un moniteur la couvre d'une couverture avant d'aller poser des jalons de repérage du corps. Puis accompagné des gendarmes, ils iront prendre des photos afin d'identifier le cadavre.

La patiente s'est réveillée en sueur.

Elle réalise qu'à partir de ce rêve, quelque chose a changé. Jusque-là, son ami était, en quelque sorte, « porté disparu », me dit-elle, « On a toujours un espoir fou qu'il ne soit pas mort ; là, c'est la première fois que je le voyais vraiment mort. »

Depuis qu'elle a pu terminer son rêve, elle appréhende moins d'aller plonger. Elle pense qu'elle peut dorénavant dissocier les deux histoires.

*Quand je le voyais se noyer, cela me rappelait ma propre souffrance. J'étais la seule à savoir les étapes par lesquelles il était passé. Je pense que si je l'avais vu mort avant, je me serais vue morte moi ! Maintenant, il est mort et moi je suis vivante !*

La dernière partie de la phrase pourrait aussi s'appliquer à l'enfant mort.

Mlle R. a l'impression de changer, elle ne se reconnaît plus comme si son visage s'était transformé.

*Comme si j'avais récupéré des morceaux par-ci et par-là et je les avais rassemblés dans un seul visage.*

Mlle R. va réussir son épreuve d'apnée, descendre à 20 m en bouteille puis enlever le détendeur et remonter en expiration. Apeurée au début, à cause de l'eau froide, elle est contente d'être descendue sans douleur et sans ressentir un étai dans les jambes et dans la poitrine. Lorsqu'elle avait déjà essayé, il y a quelques mois, il lui était arrivé de pleurer de douleur sous le masque. De plus, son corps est maintenant, lors de la nage, devenu complètement horizontal. Elle se sent plus détendue, on lui a d'ailleurs dit qu'elle était « zen ». Consommant beaucoup moins d'oxygène, elle peut garder l'apnée sans avaler de l'eau.

La réussite de cette épreuve s'accompagne d'une fatigue qu'elle qualifie d'émotionnelle et d'un sommeil plus réparateur. La nuit, elle a rêvé de toutes les étapes de l'épreuve. Elle pense que le rêve lui permet de les intégrer pour qu'elles soient définitivement acquises.

Elle me dira à la fin de la thérapie :

*En mourant mon ami m'a fait un merveilleux cadeau, il m'a permis d'exister en me renvoyant à ma propre noyade et, à partir de là, j'ai fait un travail sur moi. Il m'a permis de vivre. Je suis maintenant en paix avec l'accident.*

## Commentaire

### *Pulsion ou tentative de solution ?*

Effectivement, Mlle R., avait un comportement qu'elle ne pouvait abandonner et qui l'amenait irrémédiablement vers un nouvel accident de plongée. Cependant, parler en terme de pulsion n'explique rien et évite même toute compréhension.

De quoi s'agit-il au fond ? Certes, il existe le traumatisme de sa noyade à l'âge de 8 ans mais celui-ci reste inélaborable du fait d'une situation d'impasse relationnelle. Cette impasse amène l'enfant à penser que son existence n'a que peu d'importance pour l'autre. A partir de là, une cuirasse caractérielle, déjà édifiée pour se protéger de la maltraitance maternelle, se renforce. Les pertes successives, le décès d'un père porteur de l'affect et d'un bébé lors d'une grossesse extra-utérine accentueront la tension musculaire. Le refoulement du souvenir de la noyade et le comportement adaptatif en résultant,

permettent à la patiente de franchir les premières étapes dans l'apprentissage de la plongée. Un sport à travers lequel se joue la reconnaissance de sa valeur par rapport aux autres. Mais très vite, la tension musculaire importante, imprimant au corps une position inadaptée et augmentant la consommation d'oxygène, empêche la patiente d'accéder au quatrième niveau de qualification avec la plongée en apnée. La maîtrise est forte, mais la noyade d'un ami moniteur ébranlera la cuirasse caractérielle, laissant apparaître l'angoisse portée par la récupération des souvenirs de sa propre noyade.

Paradoxalement, le refoulement échoue partiellement à l'occasion du traumatisme au lieu de se resserrer. Il laisse poindre un rêve répétitif comme une effraction ponctuelle dans l'étendue de la formation caractérielle. Le rêve répétitif expose l'événement traumatique de la mort de son ami noyé et disparu tel un corps étranger, un fragment brut d'histoire, imprévu et inélaborable. La patiente ne peut faire le deuil, faute d'une relation dans laquelle elle puisse se relier à son histoire en intégrant le rêve dans un fonctionnement d'où il était exclu depuis longtemps ; un fonctionnement dans lequel l'expression de la souffrance était aussi impossible. De manière concomitante à la faille du refoulement, le contrôle se perd aussi pendant la plongée et met la patiente en péril. La même rupture se traduit sur le plan du corps avec la même impossibilité d'intégration, traduisant la présence d'une impasse corporelle, transposition d'une impasse relationnelle. *Le traumatisme n'est plus l'événement, il est le sujet.* Il occupe tous les plans et répond à l'impasse.

Malgré un danger qu'elle approche de plus en plus, Mlle R. ne peut se dérober car elle serait dévalorisée. Une dévalorisation liée à l'impasse maternelle et cette impasse s'emboîte au traumatisme de la noyade.

C'est dire qu'il n'y a là aucune *pulsion de mort* mais une tentative vaine de prouver par un acte impossible qu'elle peut conquérir l'amour maternel comme son frère a su le faire. Certes, le comportement de Mlle R. peut être pris comme l'équivalent d'un suicide dans la mesure où il est une tentative de solution à une situation d'impasse en forme de cercle vicieux.

La situation reste indépassable comme le montre la répétition du rêve dans lequel la pensée se fige en même temps que survient l'accès de panique. Si le rêve est une tentative d'élaboration de l'impasse, paradoxalement le rêve traumatique peut devenir progressivement l'équivalent d'un suicide subjectif. En effet, faute d'élaboration, toute répétition évolue vers l'épuisement du sujet si celui-ci

ne l'arrête pas en renforçant le refoulement et donc en se coupant de lui-même.

Lorsque le rêve se répète dans la thérapie et s'arrête au moment le plus fort du traumatisme, il marque l'absence prolongée d'une relation subjective suffisamment forte, susceptible de reprendre l'histoire du sujet en-deçà du traumatisme, aux origines-mêmes de la formation de la cuirasse caractérielle. Dans la relation thérapeutique, l'affect devient probablement la voie principale pour que l'activité onirique, déjà présente, se transforme et que le scénario du traumatisme se poursuive au-delà.

L'exemple de Mlle R. est révélateur : la relation thérapeutique lui donne, à travers le rêve du sauvetage de son ami, la possibilité de se « sauver affectivement » là où le traumatisme de sa noyade avait scellé une mort subjective. Dans le rêve, le thérapeute est probablement représenté par la figure du chirurgien à travers laquelle la patiente trouve la force de sa propre libération. Elle se décoinçait, sort de l'enfermement, même si cette sortie se fait par une amputation dans laquelle convergent d'autres impasses. Elle se libère de ce qui la retient, au propre comme au figuré, au fond de l'eau, dans une prison lointaine édifiée bien avant le traumatisme. Dans le rêve, elle organise sa survie relationnelle. La même problématique qui se déployait sur les plans du réel et de l'onirique commence à se défaire, le traumatisme n'est plus isolé du sujet, il est à sa portée. Ainsi, ce « *rêve de retour à la vie* » est le pendant du « *rêve traumatique* », sans oublier que ce ne sont que deux concepts renvoyant chacun à un type de fonctionnement et à la situation d'impasse : pour l'un, non dépassée, pour l'autre en train de se dissoudre.

Bien sûr, le travail de deuil n'est pas encore fait, Mlle R. a besoin de rendre vivant son ami dans les rêves avant d'accepter sa mort. Elle réalise le même cheminement dans la relation thérapeutique en retrouvant, dans un premier temps, ses potentialités subjectives. Celles-ci, par le biais du rêve et de l'affect, lui permettent progressivement de retrouver des forces pour affronter les impasses liées à la perte. Le deuil peut alors se réaliser, le visage vivant de son ami laisse la place dans le rêve à un visage de cadavre, identifié et repéré dans l'espace imaginaire. En quelque sorte, en acceptant sa perte, il n'est plus disparu. Dans le même temps, se compose aussi le visage vivant et transformé de la patiente. Le corps réel change, marquant la fin de la dépression. En effet, il existait une identification à son ami mort ; comme elle ne pouvait survivre à la mort de son bébé, elle ne pouvait survivre à la mort de cet ami. Cette mort devient sa propre

mort et elle la porte sur son visage. Celui-ci exprime l'état de dépression dans lequel il faut reconnaître l'ami mort, à la fois absent mais présent. Le travail thérapeutique, en défaisant l'identification, fait aussi revivre le visage en étant le contraire de la noyade, le contraire de la grossesse extra-utérine et de tous les rejets de son histoire. Le rêve s'y inscrit et ne reste pas sur le plan des images mais implique une modification profonde de la personne.

## **Conclusion**

Le rêve traumatique et la répétition ont été en contradiction avec les premières pensées freudiennes fondées sur la logique du principe de plaisir. En effet, quel plaisir un sujet pourrait-il prendre en répétant dans ses rêves des scènes très douloureuses ?

Cette simple question a ébranlé toute la fondation conceptuelle psychanalytique donnant lieu à des remaniements voulant faire correspondre la clinique au modèle théorique. Ainsi s'élabore toute une pensée de la répétition du déplaisir qui s'inscrit dans la psychopathologie freudienne et dans laquelle, après échec du refoulement, le retour du refoulé avec le déplaisir ressenti ouvre le champ de la répétition. Le modèle névrotique reste valable s'il implique un détour pour intégrer le déplaisir et en faire une modalité du principe de plaisir. Cependant, il est difficile de ne pas se perdre et d'avoir une vision claire pour savoir si ce retour du refoulé est en mesure, à terme, de faire cesser le processus répétitif ou si la répétition elle-même constitue une défense contre le retour du refoulé (comme on peut l'observer dans les rituels). Mais, malheureusement, il persiste un « résidu » irréductible à ce détour qui a conduit Freud à spéculer sur l'existence de tendances plus primitives, faisant partie d'un au-delà du principe de plaisir et dont le but serait de ramener sans relâche le sujet à la situation traumatique afin de désamorcer l'effet traumatique. Le rêve traumatique, mettant en échec le principe de plaisir, reste toujours abordé selon une approche quantitative : restaurant l'angoisse, celle-ci aurait pour fonction de prendre en charge l'excès d'excitation provoqué par la venue brutale du traumatisme et donc de restaurer un « pare-excitations » défaillant. Une sorte de bouclier protecteur se reconstituerait par le biais d'une liaison énergétique préalable. L'énergie liée grâce à l'angoisse serait indispensable pour que, dans un second temps, le principe de plaisir puisse œuvrer. Cette fonction de défense serait donc bien

antérieure au principe de plaisir et expliquerait par sa défaillance la répétition du traumatisme dans les rêves. Cependant, il s'avère que la fonction d'élaboration de l'angoisse visant à remplacer l'effroi n'est guère convaincante lorsque celle-ci se transforme dans les comportements répétitifs de la vie diurne en attaque de panique. L'hypothèse de l'échec de cette fonction responsable d'une mort *réelle* du sujet est peu crédible.

Dans la première observation, le rêve répétitif interprété par Mme A, semble montrer son retour dans le « bassin maternel » même si elle y meurt. Pour Mlle R. son obstination à continuer la plongée malgré des micro-noyades peut être aussi perçue comme une tendance à retrouver la mort qu'elle a frôlée dans le traumatisme de sa noyade à 8 ans. Faut-il voir dans ces exemples de comportement répétitif s'effectuant au détriment du sujet *la pulsion de mort* dont parle Freud ?

Freud, se servant de modèles biologiques, la définit comme un retour à un état antérieur, une restauration de stades antérieurs de la vie<sup>29</sup>. Freud, parlant des pulsions conservatrices, énonce leur but final :

*Si le but de la vie était un état qui n'a pas encore été atteint auparavant, il y aurait là une contradiction avec la nature conservatrice des pulsions. Ce but doit bien être un état ancien, un état initial que le vivant a jadis abandonné et auquel il tend à revenir par tous les détours du développement. S'il nous est permis d'admettre comme un fait d'expérience ne souffrant pas d'exception que tout être vivant meurt, fait retour à l'anorganique pour des raisons internes, alors nous ne pouvons que dire : le but de toute vie est la mort et, en remontant en arrière, le non-vivant était là avant le vivant.<sup>30</sup>*

Ce retour à l'état de chose antérieur, à l'état inorganique n'est pas sans évoquer la tendance de l'appareil psychique à ramener la quantité d'excitation au niveau le plus bas possible selon « le principe de constance<sup>31</sup> » dont le principe de plaisir est l'équivalent psy-

---

29. L'être vivant élémentaire n'aurait dès son origine pas voulu changer et si les conditions étaient restées les mêmes, le cours de sa vie n'aurait que fait se répéter, toujours le même. » Voir Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, p. 90. *op. cit.*

30. Voir *Id.*, *Au-delà du principe de plaisir*, p. 91. *op. cit.*

31. Le principe de constance est comparable sur le plan psychologique au principe physique d'inertie. Voir Freud Sigmund, « Esquisse d'une psychologie scientifique », in *La Naissance de la psychanalyse*, *op. cit.*

chologique. Ainsi on est amené à mettre plusieurs éléments en équivalence :

- Principe de constance équivalent au principe de plaisir.
- Principe de constance équivalent à la pulsion de mort<sup>32</sup>.

Il en ressort l'équivalence suivante : le principe de plaisir coïncide avec la pulsion de mort. Les opposés se rejoignent dans le paradoxe. C'est dire qu'une impasse se forme au niveau-même de la pensée dans laquelle les opposés, au lieu de s'exclurent, s'incluent mutuellement annulant toute différence. Il n'est pas étonnant que l'image du « fœtus mort » dans le rêve n'interpelle pas plus Mme A car cette conjonction des contraires fait partie de la spéculation analytique. L'impasse relationnelle traduite par cette image ne peut être perçue car elle est prise dans une impasse conceptuelle. La répétition, que ce soit des rêves ou des comportements, ne peut être déjouée car les pulsions qui rendent compte de la compulsion de répétition sont au final identiques à celles susceptibles d'y mettre fin. Freud le reconnaît lui-même : « Il semble que le principe de plaisir soit au service des pulsions de mort.<sup>33</sup> » Comment alors est-il possible de concevoir un effet thérapeutique ?

Si l'on prend l'hypothèse de l'impasse d'une pensée dans laquelle les opposés se rejoignent, le passage à la dimension mythique<sup>34</sup> de la spéculation freudienne, en prônant le règne d'un conflit entre les géants Thanatos et Eros, devient une tentative de solution à cette impasse. Cependant ce surplus de mythification ferme la théorie en un système clos<sup>35</sup> par le déploiement d'une forme de pensée essayant de concilier l'inconciliable.

---

32. « On sait que nous avons reconnu dans la tendance à la réduction, à la constance, à la suppression de la tension d'excitation interne, la tendance dominante de la vie psychique et peut être de la vie nerveuse en général (principe de Nirvana, selon une expression de Barbara Low) comme l'exprime le principe de plaisir ; nous trouvons là un de nos plus puissants motifs de croire en l'existence de pulsion de mort. » Voir *Id.*, *Au-delà du principe de plaisir*, p. 116. *op. cit.*

33. Voir *Id.*, *Au-delà du principe de plaisir*, p. 127. *op. cit.*

34. « Si donc nous ne voulons pas renoncer à l'hypothèse des pulsions de mort, il faut leur associer, absolument d'emblée, des pulsions de vie [...] Dans un tout autre domaine, sans doute trouvons nous une telle hypothèse mais elle est d'un genre si fantastique – certainement plus proche du mythe que de l'explication scientifique – que je n'oserais pas en faire état ici si elle ne satisfaisait pas précisément à la condition même que nous cherchons à remplir : *elle fait dériver une pulsion du besoin de rétablir un état antérieur.* » Voir *Id.*, *Au-delà du principe de plaisir*, p. 117-118. *op. cit.*

35. À l'instar de l'espace du délire. Voir Sami-Ali, *L'impasse dans la psychose et l'allergie*, *op. cit.*

Ainsi une certaine réalité se construit d'après ce modèle proposant une grille de lecture du sujet atteint de « névrose traumatique ». Elle vise à confirmer des présupposés théoriques en articulant une fonction positive et défensive de l'angoisse à la fonction autorégulatrice de l'appareil psychique dans son travail de procurer du plaisir.

Il est difficile de ne pas perdre de vue que cette réalité n'est qu'une construction *a priori* (comme je l'ai montré dans la première observation), étant donné que l'essaimage des données de cette réalité est à l'origine du regard porté sur le monde. Une réalité construite selon un savoir que certains s'efforcent de faire accéder à un statut de vérité aux dépens parfois de la diversité et de la complexité de la vie.

Nous avons vu la limite de cette pensée, et de son opérabilité clinique, consistant à réduire le rêve traumatique et la compulsion de répétition à des phénomènes quantitatifs internes au sujet.

Il existe une autre manière d'appréhender le rêve traumatique en le libérant de la conception mécaniste du sujet et du dictat de la cause et de l'effet. Si le couple « principe de plaisir / principe de réalité » n'ordonne plus la réalité, celle-ci peut être comprise par l'emploi d'autres concepts comme : « conscience onirique / conscience vigile » ; mais si on en restait là on s'exposerait aussi aux critiques précédentes. Ce couple pour être pertinent, dans un souci de compréhension des troubles pathologiques, doit s'accompagner d'une « décentration » du sujet avec la prise en compte de la situation d'impasse relationnelle.

Dans cette perspective, le concept d'impasse relationnelle se confronte à celui de traumatisme. Ces deux concepts ne se superposent pas car tous les traumatismes ne sont pas des impasses et tous ne produisent pas des rêves traumatiques. Cette observation laisse entrevoir l'existence d'autres éléments interagissant avec l'événement traumatique. Seule une vision d'ensemble permet de se déprendre de la fascination exercée par le traumatisme et de l'illusion que seule une élaboration de l'événement pourrait résoudre le problème de sa réapparition dans les rêves et de sa répétition. La répétition du traumatisme dans les rêves ou dans le comportement, s'il est traduit en termes *d'instinct de mort*, ne renvoie qu'à l'accident mortel et rien de plus ; la *notion de pulsion* verrouille cette réduction. Or, c'est justement parce qu'il y a répétition que celle-ci ne doit pas renvoyer au contenu de la répétition (l'accident traumatique) mais aux conditions qui ont permis qu'elle se mette en branle ainsi que celles qui la perpétuent. Des conditions

premières, tant internes qu'externes, sont présentes bien avant le traumatisme et déterminent son destin. Ici tout se joue alors en terme d'*intégration*<sup>36</sup> de l'événement chez un sujet ayant un fonctionnement incluant ou excluant l'imaginaire et déterminant *un potentiel de dépassement*. Mais comment exprimer ce potentiel si ce n'est par la dimension affective et par l'activité onirique dont l'absence rend possible l'apparition itérative du rêve traumatique<sup>37</sup> ?

Deux plans sont en fait concernés par l'accident, celui de l'imaginaire avec l'affect et le rêve et celui de la pensée rationnelle. Ceux-ci composent deux types de réalité : une réalité intellectuelle du traumatisme<sup>38</sup>, responsable, tant qu'elle dure, de la répétition, et une réalité affective, mise à l'écart, que le travail thérapeutique a pour charge de redynamiser en repérant les circonstances qui l'ont initialement neutralisée. Les impasses du début de l'histoire du sujet apparaissent et, avec elles, la cuirasse caractérielle mise en place au fur et à mesure que l'étau du refoulement s'est resserré.

Si brusquement un traumatisme fait effraction dans la vie de la personne, la rupture du sujet avec son histoire produite par l'absence de rêves, l'étendue de la formation caractérielle avec la mise à distance de l'affect, forment les conditions de l'émergence potentielle du rêve traumatique. Ce n'est pas tant *l'effroi* de l'événement considéré en lui-même qui est moteur de la répétition de l'accident mais la rupture préalable du sujet avec sa subjectivité. La rupture due au traumatisme s'inscrit dans une rupture relationnelle et ébranle la cuirasse caractérielle qui en était issue sans toutefois la défaire. Sami-Ali souligne cette caractéristique fondamentale du rêve traumatique.

*L'échec du refoulement caractériel ne signifie nullement que le refoulement a été modifié en quoique ce soit. Bien au contraire. Tout se passe alors comme si l'échec du refoulement sur un point*

36. Une intégration pouvant évoluer soit vers une élaboration soit, à l'extrême, vers un enkystement du traumatisme.

37. En fait, Sami-Ali évoque deux possibilités quant à la cessation de l'activité onirique : soit elle survient dans les suites du traumatisme, soit elle existait au préalable mais « Dans les deux éventualités, c'est le refoulement de la fonction onirique qui l'emporte et qui s'en sort renforcé. » Voir Sami-Ali, *Le rêve et l'affect, Une théorie du somatique*, p. 42, sq., op. cit.

38. « On sait que l'événement a eu lieu, sans vraiment avoir lieu, car c'est l'affect qui fait exister. » Voir *Id.*, *Le rêve et l'affect, Une théorie du somatique*, p. 43 sq., op. cit.

*précis, l'activité onirique, coexistait avec son maintien sur les autres points et que, déjà, on assistait à une situation paradoxale, que traduit le fait que le refoulement existe et n'existe pas. Dans ce contexte l'activité onirique, en faisant retour reste isolée, hors propos, sans propos, simple parenthèse énigmatique.*<sup>39</sup>

Dans ces conditions, nulle place pour un éventuel travail d'élaboration par l'angoisse produite lors des réapparitions du traumatisme dans le rêve. Celui-ci ne fait que répéter une frayeur inélaborable car isolée du sujet. L'effroi résonne avec le vide laissé par une ou plusieurs impasses relationnelles souvent lointaines et s'engouffre dans le refoulement de l'imaginaire. Comme nous l'avons vu pour Mlle R., cette jeune femme non désirée est prise, dès le début de son histoire, dans une impasse relationnelle. Tout un fonctionnement de survie en découle, s'organise en formation caractérielle en évacuant le plus possible l'imaginaire. C'est cette trame que le travail thérapeutique doit reprendre et défaire, faisant en sorte que d'autres rêves trouvent une place à côté du rêve traumatique. Cette nouvelle activité onirique établit alors des liens avec une histoire jusqu'alors coupée du sujet. Dès lors, il se met à vivre différemment, retrouvant ses potentialités affectives pendant que, dans le même temps, la relation thérapeutique actuelle dissout les termes de l'enfermement antérieur. Le rêve traumatique perd progressivement ses points d'ancrage au fur et à mesure que la formation caractérielle se défait.

Cependant la compréhension de la manière dont se structurent les rapports entre le rêve traumatique et l'imaginaire du sujet se fait dans un second temps, après l'expérience de la rencontre thérapeutique. La distinction faite par Sami-Ali entre *modèle* et *methodologie* renvoyant l'un à un système de savoir clos sur lui-même et l'autre à un chemin à suivre, pose la question du statut de la réalité par rapport au savoir. Dans cette perspective, le concept de réceptivité occupe une place centrale dans la méthodologie relationnelle. Avec cette intention phénoménologique « de percevoir ce qui est là » relationnellement, tout comme le ferait le regard d'un enfant qui découvre le monde, la réceptivité respecte l'altérité et tente de libérer le sujet de l'enfermement du modèle.

Néanmoins, la réceptivité implique « *un rapport à soi* », une réflexivité indispensable pour créer *une tension et un espace* dans

---

39. Voir *Id.*, *Le rêve et l'affect, Une théorie du somatique*, p. 44 sq., *op. cit.*

notre propre savoir pour « *recevoir sans déformer.* » Car tout sujet est pétri d'un savoir qui conditionne les choses en les faisant correspondre à l'image qu'il voudrait avoir d'elles. Le savoir doit donc trouver un équilibre avec le non-savoir afin de « conditionner » le moins possible<sup>40</sup>. Ceci implique une *intention de réceptivité*, préalable à l'expérience, à l'origine d'une *attitude réceptive* n'ayant aucunement recours à la pensée au moment même où elle s'effectue. Le concept de réceptivité ouvre sur le phénomène qu'il produit et non qu'il nomme, il est pertinent par sa structure interne, par cette mise en tension qu'il provoque.

Ramenée au processus de répétition, la réceptivité se situe au point de rupture du phénomène de répétition à la fois parce qu'elle ramène l'événement isolé et répété à un processus relationnel et à l'unité du sujet mais aussi parce que l'impasse ne demande qu'à se réactualiser dans la relation thérapeutique par le biais des rêves. Encore faut-il que l'activité onirique y trouve une place et que, par un long travail, le thérapeute reprenne l'histoire du sujet en deçà du traumatisme afin que le sujet revive relationnellement avant l'accident traumatique porteur de mort.

Ainsi, doivent être pris en compte, non seulement les rapports entre le traumatisme et le fonctionnement du sujet mais aussi ceux du traumatisme avec des situations d'impasse antérieures. Celles-ci fixent les effets du traumatisme. De plus, il faut aussi se demander si celui-ci est structuré en forme d'impasse, ce qui n'est pas toujours le cas. Du fait de la sidération de la pensée, l'impensable du traumatisme résonne avec l'indicible de la situation d'impasse, accentuant l'expérience d'anéantissement qui s'en suit. Car c'est la mort dont il est question lorsque se conjuguent ces deux phénomènes renvoyant indéfiniment l'un à l'autre.

---

40. Sami-Ali définit la réceptivité comme une attitude essentielle que doit avoir le thérapeute pour s'approcher de l'unité. « Dans ce contexte, ce qui caractérise le mieux son attitude, c'est qu'il évolue constamment entre connaissance et réceptivité, en privilégiant cette dernière. » Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, p. 34 sq., op. cit.

Vj ku' r ci g' k p v g p v k p c m ( ' i g h ' d r e p m

## **Chapitre 3**

# **Du handicap à l'accident et au-delà**

### ***Regard critique sur le syndrome d'« état de stress post-traumatique »***

#### **Du handicap à l'accident et au-delà**

Cette réflexion sur les rapports du handicap avec l'accident s'est construite à partir d'une question posée par plusieurs cas cliniques de personnes accidentées de la route. Elle servira à mettre en perspective les modèles théoriques et le système de connaissance dans lequel se pose le problème du handicap ainsi que la prise en charge organisée autour de lui.

Voici cette question simple :

Est-ce que le handicap relationnel est le terme d'un processus qui trouve son origine dans l'accident ?

S'il ne l'est pas dans certains cas, il importe d'aller à rebours, c'est-à-dire de remonter du handicap jusqu'à l'accident pour s'apercevoir que cet événement n'est qu'un point de rupture d'une trajectoire qui aurait presque pu être prévisible.

## L'accident, l'événement traumatique

### *Les faits*

Monsieur A., victime d'un accident de moto, est renversé en traversant un carrefour par un camion qu'il n'avait pas vu. Il aura très peu de séquelles.

Madame B., est renversée par une voiture alors qu'elle traverse une rue. Elle se retrouve infirme d'un pied.

Juste avant un tournant, Mademoiselle C., double une voiture sur une route assez étroite sans voir le véhicule arrivant en face. Sa voiture percute et s'écrase contre sur un platane. Atteinte de multiples fractures, après trois jours de coma, elle fera 3 ans de rééducation dans un centre pour polytraumatisés. Actuellement elle présente des raideurs, des douleurs importantes et permanentes dans les deux jambes, ses genoux ont une amplitude très limitée.

Trois traumatismes apparemment tristement banals, responsables de trois handicaps physiques. Trois personnes atteintes dans leur corps lors d'un accident qui a fait basculer toute leur vie.

Le traumatisme constitue ce nouveau temps zéro de leur histoire par rapport auquel elles parlent d'un avant et d'un après à cause de ses conséquences qui, comme le désigne l'étymologie du mot handicap, tournent autour du défaut ou du désavantage produit par une tare. Des conséquences sur le corps constituées par des déficiences, des pertes de fonctions sources d'incapacités mais aussi de toute une gamme de troubles psychiques. Ces derniers sont plus difficiles à évaluer, apparus après une phase de latence de plus d'un mois, ils ont été réunis sous le vocable « d'état de stress post-traumatique ». Cet état comprend à des degrés variables une série de symptômes tels que l'irritabilité, des bouffées d'angoisse, des troubles de la mémoire, des perturbations du sommeil, etc. Mais surtout *le syndrome de répétition*, lorsque l'accident ne cesse de s'actualiser chez le sujet sous plusieurs formes<sup>41</sup> dont des cauchemars répétitifs responsables d'une reviviscence du traumatisme.

---

41. Ces formes de reviviscence de l'événement traumatique sont outre le cauchemar, la reviviscence hallucinatoire, la reviviscence par l'illusion, le souvenir forcé, la rumination mentale de l'évènement, l'impression de réactualisation de l'évènement, l'agir réactionnel à l'évènement. Voir Crocq Louis, « Clinique de la névrose traumatique », in *Journal des Psychologues Psychopathe et pervers*, octobre 2003, p. 54.

Comme le souligne Louis Crocq, professeur de Psychiatrie, fondateur du réseau national des cellules d'urgences médico-psychologiques, à l'instar de toutes les autres manifestations de reviviscence, ces cauchemars de répétition sont vécus dans les trois registres de la « détresse psychique, de l'orage neurovégétatif et du raidissement du corps »<sup>42</sup>. La répétition et le caractère durable de ces troubles en font un handicap relationnel majeur.

Les repères théoriques à notre disposition pour penser le stress post-traumatique sont-ils adaptés à la clinique ?

## **Clinique**

Effectivement si l'on reprend les circonstances des accidents, certains éléments doivent retenir notre attention !

Pour monsieur A., la route était très dégagée, sans aucun obstacle susceptible de diminuer la visibilité, le camion était énorme et aurait dû être vu même dans l'hypothèse d'un éblouissement par la lumière du soleil.

Madame B., après avoir regardé des deux côtés, traverse la route et, s'étant engagée sur quelques mètres, entend soudain une voix intérieure lui disant de regarder à gauche. Tournant la tête, elle voit à ce moment-là une voiture ; mais c'est trop tard, elle est renversée. Projetée sur la route, elle a alors une vision étonnante, elle se voit décapitée, sa tête roulant devant elle.

Plusieurs semaines après l'accident, cette vision motivera sa demande d'un travail thérapeutique.

Quant à Mademoiselle C., elle me dira ne pas avoir changé la direction de son véhicule et même s'être vue retirer les mains du volant quelques minutes avant l'obstacle contre lequel elle allait s'écraser.

Ces troubles questionnent l'opportunité d'un abord comportemental et cognitif, basé sur un travail conscient sur les comportements et leur changement, agissant sur les représentations, car tout se passe comme s'il y avait un écart entre le sujet et sa conscience réflexive. Il est nécessaire dans le travail thérapeutique de prendre en compte à la fois la cécité de Mr A., l'aveuglement et l'hallucination de Mme B. ainsi que la fascination et le retrait des mains du volant de Mlle C.

Pour ces cas particuliers, le champ analytique peut fournir une grille de lecture psychopathologique des symptômes précédant le

---

42. Voir *Id.*, *Clinique de la névrose traumatique*, p. 55, *op. cit.*

traumatisme : la cécité de M. A. pourrait entrer dans une configuration hystérique, l'aveuglement et l'hallucination de Mme B. être vus comme des manifestations prépsychotiques. Il serait plus difficile de classer le comportement de Mlle C. mais à la limite cela n'a que peu d'importance car, au final, l'aboutissement au potentiel fatal de cette série de phénomènes révélerait toujours l'œuvre d'une force terrifiante mise au service de la mort, les pulsions de mort !

Venant d'une région originaire de l'âme, en deçà de la domination du plaisir, ces pulsions auraient pour objectif le retour à l'inorganique en mettant en échec les détours par lesquels la vie se prolonge. Dans cette optique, les pulsions rechercheraient l'accident.

Nous avons vu au chapitre précédent que cette vision relève d'une mythologie, j'y opposerai la relation clinique et ses enjeux. En effet, existe-t-il une innocuité spéculative lorsque le thérapeute se trouve devant un patient avec une souffrance qui le met en danger et lorsque les concepts utilisés orientent significativement le travail thérapeutique ?

## Une autre vision, la thérapie relationnelle

Les troubles présentés dans le comportement de ces trois personnes font apparemment de l'accident l'équivalent d'une entité pathologique ; il reste à déterminer la manière de la penser. La théorie du somatique nous a appris à rechercher, lors de l'apparition d'une pathologie, la présence d'une situation conflictuelle éventuellement corrélée à celle-ci. Si, dans certains cas, l'événement traumatique peut être considéré comme *un équivalent pathologique*, cela ne veut pas signifier qu'il y ait une relation directe de cause à effet avec la situation conflictuelle retrouvée ; il n'y a pas de psychogenèse de l'accident et celui-ci ne peut être pensé selon le modèle du lapsus ou de l'acte manqué.

Ainsi, j'ai été interpellé par différentes situations concomitantes de l'événement traumatique.

La fiancée de Monsieur A. était en train de le quitter. Quant à Mme B., on venait de lui découvrir des nodules thyroïdiens et elle venait de rompre avec son compagnon. Ces bouleversements, pour cette patiente, apparaissaient sur fond d'un amour perdu, un amour passionné pour un autre homme qu'elle n'avait pu épouser. Elle prendra conscience au cours du travail thérapeutique de l'évacuation extrême de sa subjectivité au profit d'un fonctionnement hyper-

adapté à la vie quotidienne et consacré exclusivement à l'éducation de sa fille. L'accident ponctue ce renoncement et tout se passe paradoxalement comme si une unité de l'être était retrouvée à travers l'accident en faisant correspondre une disparition subjective déjà effective et la disparition physique. L'impasse est réalisée et, dans le même temps, éliminée.

Quant à Mlle C., son père meurt soudainement en salle d'opération au cours d'une intervention cardiaque. Deux mois après, elle aura l'accident de voiture.

Ces situations relationnelles jouent-elles un rôle dans l'avènement du traumatisme ? Et si oui, de quelle manière ?

Afin d'explicitier une éventuelle corrélation, je vais développer le travail thérapeutique réalisé avec Mlle C.

## **Mlle C., vers une collision inévitable**

La demande de thérapie de Mlle C. est motivée par un retrait relationnel qui s'accroît depuis quelques mois, elle se sent en décalage avec les personnes de son entourage, de plus en plus irritable et sous tension. Elle se rend compte que ses douleurs augmentent sans raison objective. Il est clair, selon elle, qu'il existe un handicap relationnel consécutif au traumatisme.

Le premier rêve qu'elle me rapporte est un rêve d'examen : elle se trouve devant un jury qui lui pose des questions auxquelles elle ne sait pas répondre et elle se sent extrêmement mal. Puis un second rêve fait suite :

Dans celui-ci, elle se voit sur le palier de sa maison. Il a neigé et ses jambes handicapées sont prises dans la glace, elles sont encore plus inutilisables.

Elle est étonnée par ce surcroît de douleur et de raideur provoqué par cette immobilisation glaciale dans le rêve. Elle a déjà beaucoup de mal à marcher, à plier ses genoux et bute souvent contre les objets alentour. Elle est inquiète pour le futur, se demande ce que vont devenir ses jambes.

La thérapie montrera que ces deux rêves forment un « rêve-programme<sup>43</sup> ». Le jury renvoyant à l'autorité d'un père vis-à-vis

---

43. Le rêve-programme est le premier rêve amené par le patient dans la thérapie (survenant ou non après une phase d'oubli des rêves). Il montre souvent la situation conflictuelle dans laquelle le sujet est pris ainsi que la place du thérapeute. Il préfigure l'évolution thérapeutique à venir. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, p. 28, *op. cit.*

duquel elle a toujours été en quête d'une reconnaissance, un amour inconditionnel qu'elle n'a jamais obtenu. En effet, elle est née à la place du garçon qu'il souhaitait. Mais elle a essayé de répondre au désir paternel en faisant du sport à outrance et en devenant un véritable « garçon manqué ». L'accident de voiture mettra fin à toute pratique sportive, brisant cet élan d'espoir.

Quant au second rêve dans lequel ses jambes sont figées dans la glace, il semble presque révéler un « sur-handicap », ou alors montre-t-il déjà que l'infirmité de la patiente est prise, englobée dans une problématique encore plus invalidante ?

Je dois aussi préciser que la mutilation des jambes résonne avec un épisode de l'histoire de Mlle C. qui met en lumière un comportement maternel dans lequel alternent un désintérêt et une hostilité envers l'enfant. Un fait éclaire bien l'attitude de la mère.

À 8 ans, lors d'une chute, l'enfant s'était fait une plaie sur une jambe et la question se posait de l'indication de points de sutures. Elle garde en mémoire la réflexion maternelle déclarant entre autres, que peu importait une cicatrice, des points seraient inutiles puisque sa fille avait des jambes de garçon.

L'attitude d'indifférence se révèle aussi par l'absence de réponse aux questions posées par la patiente autour de sa naissance. Sa mère a complètement oublié l'accouchement ainsi que tout souvenir des premiers mois de sa vie. Elle décrit sa mère comme une « femme absente de tout ».

Quant au père, il a toujours été d'une exigence extrême envers elle mais, malgré sa dureté, il représente un modèle inaccessible.

Dans la semaine précédant la seconde séance, elle fait beaucoup de rêves dans lesquels son père est malade. Une image de rêve précise le problème relationnel préfiguré par le rêve programme.

#### *Image de rêve de son père à l'hôpital*

Elle est au chevet du lit de son père à l'hôpital avant qu'il décède. Elle se réveille en sueur. Elle commentera ainsi cette image : « Souvent quand on discute avec les gens, on ne retient que la fin. »

C'est ainsi que j'apprends qu'elle s'était disputé avec son père la veille de sa mort. Elle garde un souvenir amer de cette dispute dû à la rigidité du caractère paternel.

Le décès a été un choc pour toute la famille mais Mlle C. ne s'est pas effondrée, elle a très peu pleuré jusqu'à expliquer à son ami que c'était probablement parce qu'elle ne s'entendait plus avec son père. Mais après l'enterrement, elle a des troubles du sommeil avec

perte du souvenir des rêves, une fatigue et une irritabilité s'installent dans les semaines qui suivent.

La patiente va se souvenir ensuite d'une série de rêves en liens plus ou moins directs avec l'accident dont elle fait un récit narratif.

*Rêves traumatiques répétitifs*

Dans l'un deux, elle a des éclats de verre dans les jambes mais ne souffre pas.

Dans un autre, un ami décède lors d'une intervention chirurgicale. Elle remarque que la scène se passe à l'extérieur et des pompiers présents ne le réaniment pas.

À partir de ces rêves, des images de la période entourant son accident reviennent.

*Le matin de l'accident*

Ce matin-là, elle s'était mal réveillée, un fois de plus, il y avait eu un réveil inexplicable à 4h du matin et elle n'avait pas pu se rendormir. Sa mère lui dit qu'elle avait longuement regardé la photo de son père avant de partir, elle était en retard et énervée. Sur la route, elle a hésité à doubler mais elle l'a fait malgré une voiture qui venait en face. Elle a ensuite perdu le contrôle de son véhicule et sa voiture s'est dirigée vers les arbres. C'est là qu'elle se voit enlever les mains du volant. Elle n'a pas de souvenir de douleur, seulement l'image des bottes des pompiers en train de la décarcérer juste avant de perdre connaissance.

Lorsque 4 jours après, elle sort du coma, elle a une attitude très froide envers son compagnon. Remettant sa relation en question, elle sent qu'elle doit tout recommencer à zéro et la coupure du coma lui sert à rompre sa relation amoureuse. Elle est ensuite prise par la rééducation intensive ; volontaire, elle n'a qu'une seule idée en tête, pouvoir remarcher. La rééducation devient une routine. Cinq interventions chirurgicales se succèdent, elle est mise sous antidépresseurs, un traitement demandé au psychiatre par la mère. Après plusieurs mois, elle sort du centre de rééducation en marchant et retourne habiter dans la maison parentale. Elle reprend son travail avec difficulté et ne comprend pas pourquoi les douleurs s'aggravent. De plus, elle se rend compte qu'elle refuse de s'impliquer dans de nouvelles relations affectives.

Bien que neutre, le récit fait par la patiente permet de mettre en perspective le refoulement de l'affect et aura pour effet de diminuer l'emprise de celui-ci. Mais cette levée partielle du refoulement confronte la patiente à l'angoisse.

### ***Le refoulement caractériel cède partiellement***

Dans ma salle de thérapie, il y a un tableau, une peinture à l'huile abstraite avec des tons rouges et jaunes. En le voyant, Mlle C. a l'image « *d'une attente dans un camp de concentration* ». Cette image reflète son vécu actuel. Elle révèle l'ampleur d'une situation d'enfermement dont le potentiel destructeur ne s'est pas épuisé avec le traumatisme.

Les rêves reproduisent l'accident, ils sont répétitifs, responsables de réveils en état de frayeur. Elle ne peut en parler à son entourage et ces rêves rendent l'accident présent en permanence. Ne pas l'évoquer devant les autres, c'est ne pas le rendre responsable de la baisse de ses performances personnelles et professionnelles, une diminution contre laquelle elle s'efforce de lutter. Elle ne parle pas non plus de ses douleurs à son entourage, gardant le rythme de fonctionnement d'une personne sans infirmité. Handicapée, paradoxalement, elle veut être perçue comme une personne sans handicap.

L'exigence qu'elle s'impose rappelle celle du père envers sa fille. Elle a l'impression, qu'à son travail, chaque personne porte un jugement sur elle, ce qui la met sous une grande tension corporelle.

L'imaginaire du premier rêve, le rêve du jury, se retrouve dans le vécu de la réalité. Il traduit une quête sans fin d'une reconnaissance impossible pour être aimée comme l'aurait été le garçon qu'elle ne pourra jamais être. Cependant, être performante, ne pas faiblir, semblent être les seules solutions ayant fonctionné jusqu'à l'accident et, au-delà, le seul moyen pour ne pas se retrouver dans un système relationnel déserté par l'amour. Pour elle, être handicapée signifie ne pas être à la hauteur et ne jamais pouvoir être aimée. Elle est prise dans un fonctionnement auquel elle ne peut renoncer.

Située à l'opposé de la dimension surmoïque et adaptative, la relation thérapeutique crée une situation où la patiente ne doit plus être performante pour exister. Un espace relationnel dénué de toute exigence amène progressivement Mlle C. à aborder la situation conflictuelle avec son père survenue la veille de sa mort. Elle n'avait jamais pu lui « avouer » sa relation amoureuse avec un homme plus âgé habitant dans un pays voisin et qu'elle devait retrouver le lendemain. Son père n'aurait jamais approuvé cette relation et elle s'était trouvée devant un dilemme.

### ***La situation conflictuelle se referme en impasse***

Elle ne pouvait faire le choix d'aller vivre ou pas avec son ami à l'étranger. Elle avait beau peser le pour et le contre, elle ne pouvait pas choisir.

*Je me trouvais dans une situation bloquée où, quelle que soit la décision que j'allais prendre, ce serait douloureux. Je crois qu'intérieurement j'avais envie d'aller dans un sens et que le regard de ma mère et des autres me disaient d'aller dans l'autre. La décision, je l'ai prise et la mort de mon père l'a remise en question.*

En fait, il s'agissait au départ d'un conflit soluble, mais, avec le décès, celui-ci perd toute possibilité d'issue et se referme en impasse. En effet, c'est au moment où elle décide de s'écarter du modèle paternel, allant à l'encontre de l'attitude de toute sa vie où elle a voulu correspondre au désir du père qu'elle perd son père.

Après le décès, elle se retrouve dans un autre conflit : elle ne peut laisser sa mère seule sans se sentir coupable et si elle reste, elle perd son ami. Elle se retrouve encore devant un dilemme qu'elle ne peut résoudre. Encore une fois, elle n'arrive pas à choisir : si elle arrête la relation amoureuse, elle va souffrir, si elle la continue, elle va ressentir une grande culpabilité. Elle me dira : « Aujourd'hui, je me dis effectivement que c'était perdu d'avance. »

Même s'il est possible de voir dans la mort du père une impasse relationnelle, il serait encore excessif de mettre l'ensemble de ces dilemmes et événements en rapport direct avec l'accident ; ce serait une construction du thérapeute obéissant à un modèle linéaire. C'est pour cela qu'il semble qu'il n'est pas opportun de formuler (ou même de reformuler) l'impasse au patient avant que celle-ci n'apparaisse dans une circularité. Seule, l'inscription de l'impasse dans une dynamique circulaire dans laquelle s'entrelacent les quatre dimensions de la relation<sup>44</sup>, est opératoire pour dénouer, quand il est encore possible, l'ensemble de la problématique.

La causalité circulaire va se révéler dans la relation thérapeutique par un rêve qui montre effectivement l'existence d'un lien entre la situation d'impasse et l'accident survenant deux mois après.

---

44. L'espace, le temps, le rêve et l'affect.

Dans ce rêve, elle était allée rendre visite à sa marraine hospitalisée pour une intervention d'appendicite. En sortant de l'hôpital, une pensée s'impose à elle : « Je me suis dit qu'il faut que je fasse attention car, la dernière fois que je suis allée à l'hôpital, j'ai eu un accident le lendemain. »

À son réveil, elle fait le lien entre l'hospitalisation de son père et son accident mais elle est surprise par la pensée du rêve car l'accident de voiture a eu lieu, non le lendemain de la visite à l'hôpital, mais 2 mois après le décès du père.

Elle avait vu son père la veille de sa mort, c'était un mardi. Soudain, elle se rend compte que c'est un mercredi que l'accident est arrivé, un jour où elle était très fatiguée. Elle n'arrivait plus à se dynamiser et avait eu beaucoup de mal à se lever. Elle se souvient maintenant qu'en déjeunant, elle avait effectivement regardé la photo de son père, une photo sur laquelle elle se remémore un visage déformé par la maladie, un visage d'une expression assez dure. Mlle C. pense qu'elle était dans un état dépressif qui durait depuis plusieurs semaines.

Elle se pose alors la question : « Si papa était encore vivant, est-ce que j'aurais eu l'accident ? ».

À nouveau, à partir du rêve, elle se met à parler de cette dernière rencontre avec son père. Après lui avoir dit qu'elle allait quelque temps à l'étranger, il lui avait répondu qu'il ne cautionnait pas sa relation et lui avait asséné d'un ton très sec : « Bon voyage ! ».

Mlle C. se met à pleurer en me disant que ces deux derniers mots l'ont poursuivie jusqu'à ce jour. Elle pense qu'elle n'aurait jamais dû lui dire qu'elle partait en voyage. Dans son vécu avec son père, il y avait eu tellement de « non-dits » ; puis cet ultime « non-dit » sur lequel se posent ces deux dernières paroles qui n'ont jamais fini de la torturer.

Suite à ce rêve et à l'expression de sa détresse, Mlle C. pourra se détendre.

Les douleurs et les raideurs corporelles s'améliorent progressivement, parallèlement à sa relation aux autres. La répétition des rêves traumatiques prend fin.

## **Commentaire**

Le rêve de Mlle C., en court-circuitant les deux mois d'intervalle entre le décès de son père et l'accident, fait correspondre la mort

du père et la collision. Il existe une forte culpabilité liée à la dispute de la veille mais celle-ci n'est qu'un élément pour comprendre le fait qu'elle lâche le volant pendant plusieurs secondes, abandonnant la maîtrise de son véhicule. Tout se passe comme si la patiente s'était dédoublée et assistait de l'extérieur à un comportement l'amenant à la catastrophe. L'acte de lâcher le volant n'est compréhensible que par rapport à une situation d'impasse impliquant la relation paternelle, indépassable par le décès inattendu.

La thérapie montrera que la dépression importante allait de pair avec une identification à son père mort. La disparition de son père dont elle se croit en partie responsable est aussi sa propre mort. La dépression aboutit sans surprise à une perte qui a déjà eu lieu et dont l'accident est l'aboutissement.

Le handicap de Mlle C. est le résultat de l'événement traumatique, le corps est en partie détruit mais la problématique reste intacte dans le sens où les impasses de son histoire ne sont aucunement dépassées : à côté de celle de la mort du père, l'impasse de ne pouvoir exister dans la relation à une mère absente de tout. Aussi le handicap, en tant que blessure indélébile de l'être, ne peut être ici une entité, il n'est qu'une forme momentanée, conséquence d'une tentative ayant échoué, une tentative pour mettre fin à des situations d'enfermement. Se dessine alors, faute d'une relation thérapeutique adéquate, un au-delà funeste du handicap représenté par la réussite du dépassement de la situation d'impasse en l'éliminant, c'est-à-dire en disparaissant. Double évacuation, celle du sujet et de toute relation, parce que la seule relation possible a été déjà détruite.

De sorte qu'il n'y a ici nulle pulsion de mort, nulle force lointaine venant de régions oubliées de l'âme et défiant le principe de plaisir, mais des situations d'impasse du début de la vie qui perdurent, tout en étant compensées pour un temps par le jeu restreint d'un fonctionnement adaptatif. La cuirasse caractérielle ne se trouve qu'en partie atteinte lorsqu'émergent les rêves d'accident revêtant tantôt la figure de l'accident opératoire, tantôt celle de l'accident de voiture. Des rêves montraient la collision de ces deux événements (les deux situations apparaissent alternativement comme si elles étaient équivalentes, produisant la même détresse, l'une renvoyant à l'autre). Mais cette faille du refoulement reste limitée et n'ébranle en rien l'ensemble de la formation caractérielle. La rupture avec l'histoire de la patiente est maintenue, l'événement reste isolé et le rêve inélaborable, voué à se répéter. S'il y a répétition, elle concerne une situation indépassable, ravivée initialement par la photogra-

phie du père et aussi par ce que l'on appelle d'ordinaire « une date anniversaire », un jour pris dans une temporalité adaptative. Le lien entre la mort du père, source d'une culpabilité intolérable à vivre et l'accident était neutralisé ; entre ces deux événements le temps s'était figé dans la dépression.

Ce n'est donc pas parce que l'événement traumatique ne trouve aucun accueil dans l'inconscient comme le pense François Lebigot<sup>45</sup> et ce n'est pas parce qu'il réveille des angoisses dormantes de néantisation, que peut se comprendre le syndrome de répétition. Ce n'est pas aussi par la perte de l'illusion d'immortalité<sup>46</sup>, c'est tout simplement parce que la personne ayant vécu cet événement n'a trouvé jusque-là aucun accueil dans une relation thérapeutique fondée sur le rêve et l'affect et prenant en compte les impasses de son histoire.

Avant de développer les prémisses d'une nouvelle lecture de ces troubles proposée par la théorie relationnelle, nous allons envisager les possibilités offertes par le modèle théorique principalement préconisé par la psychiatrie : les thérapies comportementales et cognitives.

### ***Les psychothérapies comportementales et cognitives (TCC)***

Les principales techniques utilisées en TCC pour traiter les états de stress post-traumatiques sont : la désensibilisation, l'affirmation de soi, la relaxation, la restructuration cognitive. Toutes ces techniques ont pour objectif un meilleur contrôle du patient sur la symptomatologie anxieuse. L'anxiété constitue l'affect principal sur lequel la maîtrise va être augmentée grâce à la thérapie.

L'observation de Mlle C. montre les limites de l'approche des TCC. En effet, dans la technique de désensibilisation (par exposition en imagination, il s'agit de retraiter progressivement les émotions produites par la situation traumatique afin de provoquer une habitude aux excitations dans le but d'une extinction graduelle), la patiente aurait évoqué son accident de voiture au présent et à la

---

45. Voir Lebigot François, « La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement », in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, tome 1, n°1, 2000, p. 22

46. Le sujet se vit comme immortel car il n'y a pas dans l'Inconscient de représentation de soi comme mort. De ce fait l'image du traumatisme reste isolée, ne pouvant être récupérée par les représentations du sujet. Voir Lebigot François, *La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement*, p. 22, *op. cit.*

première personne. On peut douter d'une « extinction » des émotions négatives, notamment de l'angoisse car, dans le cas de la patiente, celle-ci prend sens à la fois par rapport à la dépression caractérielle sous-jacente mais aussi par rapport aux impasses antérieures. Le risque de la désensibilisation aurait été *de se tromper de traumatisme*, aggravé par le fait même d'une « focalisation » de l'attention sur l'accident de voiture. En effet, cet événement par lequel survient le handicap n'est qu'un élément s'inscrivant dans une configuration relationnelle pathologique antérieure. Sa reviviscence isolerait encore plus l'événement traumatique du reste de l'histoire de cette jeune femme, évacuant des éléments de compréhension nécessaires à une vue d'ensemble. Le lien important entre la situation d'impasse relationnelle de la mort du père et l'accident n'aurait pas été élaboré, non seulement à cause du refoulement en œuvre mettant en échec le travail cognitif sur les représentations, mais aussi par l'absence d'intérêt pour les rêves.

Les méthodes de relaxation classiques ne peuvent être utilisées dans ce cas car elles proposent un relâchement musculaire qui mettrait la patiente en difficulté ; il en va de même de la position allongée. La détente ne peut ici servir d'objectif.

L'affirmation de soi et la restructuration cognitive auraient les mêmes effets que la rééducation orthopédique suivie par la patiente, répondant point par point aux exigences paternelles. Certes, cette rééducation lui a permis une meilleure adaptation, une réintégration professionnelle mais, faute de n'avoir pris en compte l'atteinte subjective (révélée indirectement par des douleurs et raideurs s'aggravant malgré une stabilisation fonctionnelle), elle a contribué aussi à enkyster un handicap relationnel. La problématique de Mlle C. n'était pas tant de devenir conforme au milieu professionnel que d'être reconnue affectivement.

Selon l'ensemble de leurs modalités, il semble que *l'efficacité* dont font preuve les TCC<sup>47</sup> résulte d'un renforcement de la cuirasse caractérielle du sujet. Assurément, il peut n'y avoir aucune « substitution de symptôme », argument que leur opposent les psychanalystes, mais à la place des symptômes, les traits de caractère<sup>48</sup> s'accroissent pendant que s'amenuise la subjectivité formant à terme la pathologie de l'adaptation<sup>49</sup>.

47. Psychothérapies comportementales et cognitives.

48. Une formation caractérielle remplace la formation symptomatique.

49. Voir Sami-Ali, *Le banal*, op. cit.

Le caractère *durable* revendiqué par ces thérapies courtes vient pour une grande part d'un apprentissage réitéré, conforté par un conformisme social dont un des objectifs est d'apprendre à vivre sans subjectivité. Tout se passe bien tant que l'individu ne doit pas faire appel à ses propres ressources.

### **Le debriefing<sup>50</sup>**

L'exemple de Mlle C. montre aussi, indirectement, les limites du débriefing conçu comme une verbalisation du traumatisme.

Alors que la relation est déjà constituée et que s'est établi un climat de confiance, le récit narratif qu'elle fait de son accident ne suffit pas à modifier son mal-être et le syndrome de répétition. Au contraire, il ouvre sur un épisode d'angoisse (projection sur le tableau dans lequel se dessine l'image d'une « attente dans un camp de concentration ») et une accentuation de la répétition des cauchemars. Mais cette activité projective situe la problématique en un autre lieu et en un autre temps que celui de l'accident. Se pose alors la question de l'objectif du débriefing et de ses conséquences, si cette technique est considérée pour elle-même et si le récit du traumatisme ne s'inscrit pas dans la durée d'une élaboration relationnelle.

Déjà, en 1997, Jean Gortais<sup>51</sup>, signalait le danger de laisser s'installer un double mythe, une double illusion. L'illusion qu'il suffirait de faire le récit émotionnel de l'événement traumatique pour libérer le sujet et le prévenir des troubles de stress post-traumatique. Le deuxième leurre est la croyance dans la possibilité que toutes les victimes seraient en mesure d'exprimer leur vécu traumatique.

Étonnamment, le *debriefing* figure en première place des thérapies préconisées actuellement (*Abstract Psychiatrie*, octobre 2005) malgré une forte controverse<sup>52</sup> sur son efficacité. André Marchand et l'équipe du Laboratoire d'étude du trauma de l'université du Québec à Montréal ont montré qu'une méta-analyse confirmait l'inefficacité du *debriefing* psychologique à prévenir les troubles de stress post-traumatiques et même pourrait s'avérer néfaste.

---

50. *Debriefing* ou « bilan psychologique d'évènement » est une intervention en période post-immédiate (deuxième jour à deux mois ou plus). Elle consiste en une verbalisation de l'expérience vécue, tant cognitive qu'émotionnelle.

51. Voir Gortais Jean, « Victimes et traumatisme psychique », in *Journal des Psychologues, Victimes, nouveaux regards sur le traumatisme*, n° 144 février 1997, p. 22.

52. De Clercq M., Vermeiren, « Le *debriefing* psychologique : controverse, débat et réflexion ». *Nervure*, tome XII, 1999, 6 : 55-61.

*Selon l'état actuel des connaissances, ni le débriefing individuel, ni l'intervention de groupe ne semble prévenir, tel qu'escompté, le développement d'un TSPT<sup>53</sup>. Qui plus est, certaines études démontrent que le débriefing exacerbe les symptômes post-traumatiques.<sup>54</sup>*

### **Le modèle psychanalytique**

Les hypothèses psychanalytiques concernant la compréhension des troubles liés à l'exposition à un événement traumatique s'ordonnent autour de deux grands axes :

Un axe métabiologique illustré par Freud en 1920 et centré sur la notion de pare-excitation, plus exactement d'une défaillance de cette fonction en se servant de l'exemple biologique d'une vésicule dont la surface différenciée est soumise à des impacts d'excitations venus de l'extérieur. Ces impacts « modifient durablement la substance de la vésicule jusqu'à une certaine profondeur, de sorte que le processus d'excitation ne s'y écoule pas de la même façon que dans les couches les plus profondes. »<sup>55</sup>

Freud va transférer cette métaphore biologique au système psychique, formalisé en terme d'appareil psychique dont la fonction est régie par le principe de constance, analogue au principe physique d'inertie. Il s'agit alors pour l'appareil psychique de diminuer la quantité d'excitation investissant le système en transformant l'énergie libre en énergie quiescente. Le système psychique serait comme une vésicule protégée des innombrables excitations extérieures par une enveloppe spécialisée, plus superficielle, différenciée en pare-excitation. Les couches plus profondes du psychisme sont alors préservées par cette membrane des énergies excessives et de leurs effets nocifs. Le traumatisme provoquerait une effraction de l'appareil psychique, une défaillance étendue du pare-excitation, élevant dangereusement le niveau des énergies non liées avec leurs effets destructeurs<sup>56</sup>. L'angoisse, réitérée par les rêves traumatiques, trouve ici sa fonction, une fonction de liaison dont le but est de pré-

---

53. Initiales anglo-saxonnes de l'état de stress post-traumatique.

54. Marchand A., Soledad I., Brillon P., Martin M., Martin A., « Intervention de crise et débriefing, controverses et défis » in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, août 2003, tome 3, n°3, p. 151.

55. Voir Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, p. 74, *op. cit.*

56. Selon Freud (1916), le trauma se réduirait en partie à un rapport de forces entre les excitations produites par l'évènement et l'état des défenses psychiques qui les reçoivent.

parer le sujet à l'événement traumatique qu'il n'avait pu préalablement anticiper. L'angoisse vise à remplacer progressivement l'effroi initial grâce à la répétition du rêve traumatique.

Un deuxième axe de compréhension étio-pathogénique des troubles psychotraumatiques est dominé par le concept d'effraction dans le significatif complété par celui de « corps étranger interne ».

L'effraction brutale de l'événement traumatique ne trouve aucun lieu d'accueil dans l'appareil psychique et l'image traumatique devient « un corps étranger interne » inaccessible au travail d'un appareil psychique fonctionnant selon le principe de plaisir. Cette image traumatique, susceptible de réapparaître telle quelle dans les rêves, entre en écho avec les premières expériences de néantisation infra-langagières de la première enfance, inaccessibles jusque-là grâce à un *refoulement originnaire*<sup>57</sup>. C'est ce refoulement que le traumatisme met en échec, réveillant alors les premières terreurs, libérant aussi des forces originelles pulsionnelles<sup>58</sup>, vouées à répéter l'épisode douloureux. Ce sont les pulsions de mort, dont l'objectif est le retour à l'origine, avec le but de ramener la vie à l'inorganique. L'existence de pulsions de mort gouvernant *la compulsion de répétition* prouve en retour qu'un refoulement premier a cédé et se révèle par le retour d'un refoulé à l'aspect particulier, souvent constitué par la présence d'un matériel brut, irréprésentable, de nature perceptive ou sensorielle.

Toute la thérapie analytique sera un effort pour amener le sujet à passer des angoisses de néantisation à des angoisses de castration, c'est-à-dire à passer du lieu *du refoulement originnaire* au monde oedipien régi par le principe de plaisir mais sous-tendu par un scénario autour de la castration se référant à une faute première. D'où les sentiments de culpabilité retrouvés si fréquemment après l'expérience traumatique. La culpabilité, par le jeu de la faute fantasmatique (la culpabilité du survivant) et de la faute réelle (être responsable du trau-

---

57. « Tous les refoulements se produisent dans la première enfance ; ce sont des mesures de défense primitives du moi immature et faible. » Voir Freud, « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », in *Résultat, idées, problèmes* II, p. 242, PUF, Paris, 1985. Ces premiers refoulements originaires auraient une plus grande fragilité que les refoulements ultérieurs, cédant plus facilement devant une augmentation de la force pulsionnelle.

58. « Un chaos d'éprouvés extrêmes ». Un chaos que couvrira le mythe oedipien, substituant l'angoisse de castration à l'angoisse de morcellement. Voir Lebigot François, « Traumatisme psychique et originnaire freudien », in *Victimes, nouveau regards sur le traumatisme*, Le Journal des Psychologues, n°144, 1997, p. 25

matisme), constitue d'après le Professeur Lebigot, un axe principal du traitement psychanalytique<sup>59</sup> autour du statut de « victime ».

Mais cette tentative d'élaboration de l'originare est paradoxale car elle pose le problème de la possibilité-même de l'acte transférentiel. En effet le transfert ne peut s'établir lorsque ce type de matériel premier émerge (hallucination, perceptions sensorielles, symptômes psychosomatiques, etc.) car, comme le remarque Winnicott à propos des « cas limites » de l'analyse, le thérapeute n'est pas encore perçu comme un objet suffisamment externe et différencié<sup>60</sup>. Face à ce paradoxe que l'on retrouvera aussi dans ce qui est appelé « réaction thérapeutique négative »<sup>61</sup>, les psychanalystes ont tenté de modifier des éléments du dispositif de la cure pour que l'analyse soit faisable.

La question du conflit semble déterminer le positionnement des partisans et des détracteurs de la psychanalyse. Le fait d'être dans « une pathologie narcissique » fondamentale enlèverait à la psychanalyse toute indication car la problématique se situerait en deçà du conflit. La métaphore de l'effraction ordonne la pensée des opposants : « lorsqu'une bombe fait éclater les murs d'une maison, il ne s'agit pas de savoir si ces derniers étaient tordus ou non ! » La rupture est telle que le sujet ne serait pas en mesure de réaliser des associations et donc serait en dehors du champ de pertinence psychanalytique. Les thérapies comportementales au sens large trouveraient alors leur place dans cette région inaccessible aux thérapies psychodynamiques.

### ***La thérapie relationnelle***

En proposant une autre modalité conceptuelle, celle utilisée par la théorie relationnelle, notre intention est de définir une autre pratique de soins relationnels que celle réalisée par la psychanalyse et les thérapies comportementales et cognitives. Ainsi nous invitons à une révision des concepts fondamentaux sous-tendant les démarches actuelles gravitant autour du traumatisme.

À la notion de *région originare*<sup>62</sup>, nous proposons le concept de

---

59. « La question de la faute est affaire du sujet. C'est peut-être une injustice mais quelle maladie ne l'est pas ? Généralement c'est sur cette reconnaissance que se termine le traitement, dans des rêves où est mise en scène la castration symbolique. » Voir *Id.*, *Traumatisme psychique et originare freudien*, p. 26, *op. cit.*

60. Les refoulements secondaires donnant accès au travail analytique ne peuvent plus s'étayer dans ces cas sur le refoulement originare.

61. Cf. Chapitre III.

*d'impasse existentielle*, une situation d'enfermement relationnel apparue plus ou moins tôt dans l'histoire du sujet, parfois dès le début de sa vie et même avant la naissance.

À la spéculation sur les pulsions de mort, nous substituons la constatation clinique d'un fonctionnement caractériel coïncidant avec une pathologie de l'adaptation, une désobjectivation en rapport avec une situation d'enfermement initiale. Cette désobjectivation arrive à son apogée avec l'accident, équivalent alors d'une tentative de faire disparaître la situation d'impasse en même temps que le sujet.

Comme nous l'avons souligné, le traumatisme, en tant qu'inscription aliénante de l'événement chez l'individu et par conséquence les troubles qui vont lui être associés, n'existe pas comme une réalité en soi mais comme une réalité virtuelle dépendante de conditions internes et externes au sujet.

Aussi, il serait plus juste de remplacer le concept de « *trauma* » par le concept « *d'impasse événementielle relationnelle* » d'origine traumatique lorsque l'événement traumatique s'emboîte dans une situation d'impasse relationnelle préexistante et, par résonance, constitue lui-même une impasse. La situation alors complexifiée, *réactionnelle* à l'événement traumatique, se trouve doublement verrouillée.

Du concept *d'impasse événementielle relationnelle*, il découle une incapacité d'élaboration du traumatisme, non par défaut d'une capacité interne à l'individu mais par manque d'une rencontre thérapeutique au potentiel suffisamment « relationnel », c'est-à-dire d'une relation dans laquelle les 4 dimensions qui la composent entrent dans un équilibre harmonieux et vivifiant aux dépens des forces de refoulement : des potentialités préalables et indispensables pour aborder les situations d'impasse de l'histoire du sujet.

*Le syndrome de répétition* n'est pas un fait en soi, mais résulte d'un système relationnel bloqué qui perdure plus que n'interviennent les facteurs « surprise » ou « violence » de la confrontation à l'événement traumatique.

Le temps de latence, encore appelée par Charcot « *période de méditation, d'incubation ou de rumination* », variable d'un sujet à l'autre, pouvant durer jusqu'à 15 ans après la survenue du facteur traumatisant<sup>63</sup>, correspond au maintien d'une formation caractérielle inébranlable faisant un avec le double refoulement de l'affect et

62. Voir Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, op. cit.

63. Voir Barrois Claude, *Les névroses traumatiques*, Dunod, Paris, 1998, p. 24.

de la représentation<sup>64</sup>. L'apparition du rêve traumatique ainsi que la présence de *symptômes d'activation neurovégétative*, que l'on peut considérer comme des manifestations corporelles affectives coupées de leurs représentations, révèle une faille localisée dans le système d'emprise du refoulement, sans toutefois remettre celui-ci fondamentalement en question. Le rêve fonctionne alors comme un nouvel événement traumatique enrichi des scories des impasses antérieures et du fonctionnement caractériel.

*La répétition du rêve traumatique* et « le trauma », s'il n'est pas identifié comme situation « *d'impasse événementielle relationnelle* », se trouvent liés selon une causalité linéaire par l'intermédiaire de la formation caractérielle, ce qui donne l'illusion qu'un abord psychogénétique pourrait être efficace pour aborder *le syndrome de répétition*. Avec d'autres mots, le traumatisme n'est pas forcément une impasse et la réactualisation prolongée du traumatisme dans les rêves amène à poser la question de l'impasse avant que les rêves ne disparaissent à cause d'une répétition anxiogène. Dans ce cas, l'angoisse n'est pas dévolue, comme le laisse entendre Freud, à rendre assimilable le traumatisme ; au contraire, elle participe à son enkystement en provoquant l'oubli du souvenir des rêves. Il faut donc aborder autrement l'ensemble de cette problématique.

Le concept d'impasse fournit l'accès à une nouvelle compréhension des troubles liés à l'exposition à un événement traumatique. Les principales caractéristique de l'existence d'une situation bloquée sont d'ailleurs contenues en filigrane dans les 6 critères de l'état de stress post-traumatique défini par le DSM-IV en 1996<sup>65</sup>.

## Conclusion

Pour comprendre ces observations, la théorie analytique nous propose un modèle limité, insatisfaisant par l'impuissance qu'elle affiche devant l'univers de l'originaire et les forces pulsionnelles dont elle a émis l'hypothèse et qu'elle ne peut que décrire car le concept de « *pulsion de mort* » n'est pas opératoire en thérapie.

Quant aux psychothérapies comportementales et cognitives,

---

64. Il ne s'agit évidemment pas alors de méditation ni d'une quelconque rumination de la pensée.

65. Voir annexe : Les critères du DSM-IV (1996) - État de Stress Post-Traumatique.

pour être reconnues comme efficaces, leur champ de pertinence reste restreint malgré l'engouement actuel correspondant probablement à une prescription socio-psychologique propre à notre époque et qu'il me paraît important de relativiser. Une prise de distance est nécessaire pour définir une alternative rétablissant la valeur du rêve et de l'histoire subjective, c'est-à-dire du singulier face au conformisme. Cette alternative prend corps dans la théorie relationnelle élaborée par Sami-Ali<sup>66</sup>.

Est-il donc possible, en changeant la manière de penser les troubles liés au traumatisme, de faire apparaître une nouvelle démarche d'aide aux personnes handicapées par ces troubles psychotraumatiques invalidants et durables ?

Dans l'accompagnement des personnes souffrant de cette pathologie, quelques éléments fondamentaux se dégagent à partir desquels pourrait se construire cette démarche simultanée de compréhension et d'exploration à effet thérapeutique correspondant à la définition d'une « méthodologie ».

### ***Éléments d'une nouvelle démarche d'aide aux personnes ayant des troubles après exposition à un événement traumatique d'après la méthodologie relationnelle***

Si, devant la clinique, on émet l'hypothèse d'une « *d'impasse événementielle relationnelle* », il importe de repérer la résonance, l'emboîtement des situations d'enfermement existant dans l'histoire du sujet.

L'enjeu est important dans la perspective d'une prévention d'un nouvel accident surtout si les séquelles traumatiques et la pratique d'une rééducation intensive ont resserré la cuirasse caractérielle et conduit la personne handicapée sur la voie paradoxale de l'état de sujet sans subjectivité comme nous l'avons vu pour Mlle C.

Le dispositif d'aide doit être relationnel, c'est-à-dire :

- Distinct d'un moule préconstitué, d'un système clos.
- Dégagé du modèle linéaire allant du traumatisme aux troubles consécutifs conditionnant une intervention préventive ou curative systématique. Cela n'implique en aucun cas de négliger l'aide immédiate aux personnes présentant une grande souffrance.
- Il doit être aussi distingué d'un dispositif de *traitement des*

---

66. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle, op. cit.*

*troubles*, c'est-à-dire axé principalement sur la résolution des perturbations comme le font un certain nombre de stratégies spécifiques.

– Ce dispositif se veut être « *un espace relationnel disponible* » et non systématique ou obligé.

– Organisé autour de la réalité du patient, il est déterminé par son rythme de fonctionnement, basé sur son rythme corporel et sa potentialité imaginaire. C'est-à-dire que l'approche thérapeutique intègre comme outils de travail les 4 dimensions de la relation décrites par Sami-Ali.

– Enfin la relation thérapeutique doit considérer la variabilité des phénomènes cliniques selon une causalité circulaire. Il s'agit alors d'un véritable travail de reliaison à l'ensemble du fonctionnement du sujet et à son histoire singulière.

Ces éléments, issus d'une approche souple et individualisée, conditionnent le rythme de l'accompagnement ainsi que les modalités thérapeutiques les plus adaptées à la réalité du patient. Ils suivent la méthodologie définie par la théorie relationnelle.

La question de *l'évaluation de la thérapie relationnelle* reste ouverte et doit être confrontée à l'objectif du travail thérapeutique, en l'occurrence l'unité du sujet<sup>67</sup>. Néanmoins, il est possible d'estimer l'effet de la thérapie en se servant de *critères spécifiques et non généraux*, ceux proposés par la méthodologie relationnelle. Ainsi, on pourrait dégager des *facteurs qualitatifs « unifiants »* du processus thérapeutique reflétant les changements en œuvre en vue de l'unité du sujet<sup>68</sup>. Par exemple, parmi ces facteurs, il serait possible d'estimer :

– La récupération du lien du sujet avec l'ensemble d'un fonctionnement intégrant sa vie onirique. Avec comme indices :

– La persistance ou non de la répétition du rêve traumatique,

– La persistance ou non d'un fonctionnement insoluble (renvoyant toujours à une situation indépassable).

– L'appréciation de la *qualité* du lien entre le sujet et son histoire.

---

67. Ce n'est pas tant la constellation symptomatique qui doit être prise en compte que l'organisation complexe de l'ensemble du sujet et celle-ci ne peut se limiter à la sommativité des éléments composant cet ensemble. L'évaluation de type objectiviste paraît inapplicable. L'avis d'Atlan semble pertinent : « plus un phénomène est complexe et singulier, plus la théorie susceptible d'en rendre compte est sous-déterminée par les faits. »

68. Une évaluation qualitative non centrée sur l'efficacité sur le comportement symptomatique et tenant compte du contexte socioculturel d'où elle émerge (afin d'avoir des « garde-fous » pour ne pas tomber dans le danger de la normativité).

– L'expression d'une vie affective variée en rapport avec les situations rencontrées. La liaison existant entre l'affect et la représentation (par exemple : pleurs en accord avec l'évocation d'une situation, etc.).

– Enfin, un dernier indice très important : le sentiment de continuité d'être, le sentiment d'unité du sujet.

## Chapitre 4

# L'impasse des protistes ou la relation thérapeutique négative

Culpabilité. – Quoique les juges de sorcières les plus pénétrants, et jusqu'aux sorcières elles-mêmes fussent convaincus du caractère coupable de la sorcellerie, il n'y avait cependant pas de culpabilité. Ainsi en va-t-il de toute culpabilité.  
Nietzsche - *Le gai savoir*<sup>69</sup>

### Introduction

Une observation clinique traverse de part en part ce chapitre, elle en constitue l'axe principal par rapport auquel s'articuleront les différents apports théoriques et méthodologiques. Le cas clinique dont il va être question possède une particularité, il retrace l'histoire d'une patiente, Mme G. dont le parcours thérapeutique singulier se décompose en plusieurs étapes :

– La première est une cure psychanalytique qui dura 3 ans. Elle fut marquée par l'aggravation de son état et l'apparition d'un délire, responsable d'une suspension de la cure puis de son arrêt. La suspension fut motivée par un diagnostic de « *transfert négatif* », porté par le psychanalyste, responsable de l'évolution critique de la thérapie.

---

69. F. Nietzsche (1882). *Le gai savoir*, Paris, Flammarion, 1997.

– La deuxième étape se limite à un internement en clinique psychiatrique durant les 8 mois de suspension, au cours duquel le délire sera traité médicalement. Un syndrome inflammatoire des ligaments et des articulations se manifeste durant cette période.

– La troisième étape consiste en un accompagnement thérapeutique suivant la méthodologie relationnelle<sup>70</sup> entrepris dès sa sortie de clinique.

Ce dernier accompagnement va présenter alors une spécificité : celle de reprendre et d'intégrer les étapes de la cure pour permettre à la patiente une élaboration de la pathologie psychotique. De sorte que l'interprétation analytique du processus d'aggravation et donc de ce qui est appelé « relation thérapeutique négative » sera reprise dans le discours de la patiente : une parole qui se déploie dans toute sa manifestation positive pour essayer de comprendre ce qui a conduit à une telle souffrance.

Mon intention est moins d'établir une comparaison entre deux types de méthodologies que de faire apparaître *les conditions internes et externes* qui ont amené à l'émergence d'un délire au sein d'une thérapie ; ceci afin de défaire une pathologie encore potentielle lors du suivi relationnel.

Il serait possible de réfuter la validité d'un discours faisant la restitution des phases de la cure, avec le prétexte que ce qui est relaté ne correspond pas à la réalité du processus ayant eu lieu. Toutefois, je considère que la position de la patiente est centrale, quelle que soit la thérapie en jeu. N'est-ce pas aussi l'objet de la psychanalyse de travailler à partir de la réalité du sujet et non d'un réel évènementiel ? J'estime que les propos de la patiente ont *un indice de réalité suffisant*<sup>71</sup> pour permettre le déploiement d'une réflexion critique. En tout cas, ils participent au travail d'élaboration de la thérapie relationnelle au cours de laquelle ils joueront un rôle dans l'amélioration de l'état de Mme G.

Même s'il est limité, je prendrai donc en compte le matériel rapporté par la patiente d'autant plus qu'il s'accorde avec les concepts analytiques qu'elle s'est plus ou moins involontairement appropriés. Les notions qu'on lui a renvoyées, les concepts auxquels elle

---

70. Les grands principes de la Méthodologie relationnelle ont été définis par Sami-Ali dans son livre « Corps et âme » (Sami-Ali, 2003).

71. Freud n'a-t-il pas utilisé « l'effet de conviction » et les conséquences produites sur le patient plutôt qu'une réalité en soi dont la reconstruction serait quasi impossible (Freud, 1937).

fait référence sont pertinents et s'intègrent parfaitement au savoir psychanalytique, même s'ils vont à son encontre notamment lorsqu'ils font de la patiente l'origine « *d'un transfert négatif* ». Cette notion, et plus précisément celle de « *relation thérapeutique négative* », aurait été le processus prévalant de la cure ; il sera central dans l'étude que je me propose de faire pour cerner la réalité effective de ce phénomène. À partir de la clinique, une autre vision, différente de l'analyse, va interpeller sa pertinence thérapeutique et ses prolongements théoriques.

## **Le concept de « relation thérapeutique négative » (RTN)**

Il est une forme particulière de la « compulsion de répétition », celle qui se déroule à l'intérieur de la relation thérapeutique influant sur le cours de la thérapie dans le sens d'une aggravation. Freud l'a appelé « *relation thérapeutique négative* ». Tout se passe comme si l'état du sujet s'aggravait au fur et à mesure des séances sans toutefois qu'il puisse mettre fin au travail thérapeutique.

## **Histoire brève de la relation thérapeutique négative**

### ***De la pulsion de mort à l'apparition du sujet « cas limite »***

En 1920, sous l'influence de l'ère romantique, Freud introduit une révolution dans les premières hypothèses de psychologie scientifique fondatrices de la psychanalyse. Dans « Au-delà du principe de plaisir », il passe d'une spéculation d'allure scientifique à une spéculation plus philosophique sur la vie et la mort. Le modèle biologique sera mis à contribution afin de faire apparaître l'existence d'un mouvement de retour aux origines, d'un retour à l'inanimé dont toute vie serait porteuse. Mais cette propension à tendre vers l'inorganique reste masquée par la visibilité trop grande des mouvements de vie et révèle l'existence de forces auparavant insoupçonnées et orientées vers la mort. Ainsi, Freud définit une nouvelle dualité pulsionnelle et la vie prend une valeur perturbatrice vis-à-vis de l'inanimé originel. Seuls

quelques phénomènes cliniques, comme le rêve traumatique et la compulsion de répétition, ne pouvant plus être ramenés au principe de plaisir, seraient révélateurs de ce même mouvement et montreraient indirectement l'oeuvre de pulsions de mort chez le sujet.

L'apparition de cette dualité pulsionnelle provoque un bouleversement de la première théorie, chamboulant la première topique et, en 1923, Freud dans « Le moi et le ça » présente sa deuxième topique. En même temps les pulsions de mort trouvent une véritable visibilité clinique dans le phénomène de « relation thérapeutique négative ».

Dans cette force négative empêchant le mouvement progrédient de la cure, sont concentrées les pulsions de mort qu'une nouvelle instance, le surmoi, retourne vers le sujet afin de le punir. Les personnes « RTN » vivraient toute amélioration comme une avancée vers la guérison faisant entrevoir la fin de la psychanalyse. Si le patient s'oppose à la guérison, c'est que celle-ci représente un danger et ce danger justifie la persistance de la maladie. À côté des causes classiques qui peuvent produire la relation thérapeutique négative (bénéfice de la maladie, attitude négative envers l'analyste, etc.), Freud dégage un facteur « moral », un sentiment de culpabilité dont l'expression se traduit par la pathologie<sup>72</sup>.

L'entretien de la souffrance dont le malade ne peut se passer coïnciderait avec un sentiment de culpabilité inaccessible à sa conscience, d'où l'oeuvre néfaste d'un surmoi sadique. Le travail de l'analyste consiste à mettre en lumière, à rendre consciente, en dévoilant lentement ses fondements inconscients, cette culpabilité restée dans l'ombre.

La pulsion de mort étend lentement son règne silencieux sur trois types de phénomène : le principe de constance de la vie, la compulsion de répétition et la destructivité.

En 1924, Freud distingue dans le sentiment de culpabilité inconscient un masochisme moral. La question du masochisme s'articule avec les deux types de pulsions en oeuvre chez l'être vivant.

La libido rencontre dans les êtres vivants (pluricellulaires) la pulsion de mort ou de destruction qui y règne et qui voudrait mettre en pièces cet être cellulaire et amener chaque organisme élémentai-

---

72. « Ce sentiment de culpabilité se manifeste seulement sous la forme d'une résistance à la guérison difficilement réductible. » Voir Freud, *Le moi et le ça*, p. 293. *op. cit.*

re individuel à l'état de stabilité inorganique (même si celle-ci n'est que relative). La libido a pour tâche de rendre inoffensive cette pulsion destructrice et elle s'en acquitte en la dérivant en grande partie vers l'extérieur, bientôt avec l'aide d'un système organique particulier, la musculature, en la dirigeant contre les objets du monde extérieur. Elle se nommerait alors pulsion de destruction, pulsion d'emprise, volonté de puissance.<sup>73</sup>

Une partie de la pulsion échapperait au déplacement à l'extérieur, restant dans l'organisme ; elle formerait le masochisme originaire, érogène. À côté de ce masochisme érogène dans lequel la souffrance provient de la personne aimée, se détache un autre type de masochisme échappant à l'action de la libido : le masochisme moral. Dans celui-ci, la souffrance est considérée et recherchée pour elle-même par la tendance masochiste. Le masochisme moral va trouver dans la relation thérapeutique négative sa forme représentative extrême.

*J'ai exposé ailleurs (le moi et le ça) que, dans le traitement analytique, nous rencontrons des patients dont la conduite d'opposition à l'influence de la cure nous oblige à leur attribuer un sentiment de culpabilité « inconscient ». J'ai indiqué dans cet écrit à quoi l'on reconnaît ces personnes (« la réaction thérapeutique négative ») et je n'ai pas caché que la force de cette motion opposée à la cure constitue l'une des plus graves résistances et le plus grand danger à l'encontre du succès de nos visées médicales ou éducatives. La satisfaction de ce sentiment de culpabilité inconscient et peut-être le poste le plus considérable du bénéfice de la maladie – bénéfice en règle générale composé de plusieurs éléments -, somme des forces qui se dressent contre la guérison et ne veulent pas renoncer à l'état de maladie ; la souffrance qui accompagne la névrose est précisément le facteur par lequel celle-ci devient précieuse pour la tendance masochiste.<sup>74</sup>*

L'enchaînement se précise : L'aggravation du patient lors d'une cure révèle sa résistance et son opposition à guérir. Mais si la maladie lui est indispensable, c'est qu'il se punit et cette punition, attribuée par

---

73. Voir Freud Sigmund, *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, psychose et perversion*, puf, Paris, 1973, p. 291.

74. Voir *Id.*, *Le problème économique du masochisme*, p. 295, *op. cit.*

75. Freud propose de remplacer l'expression psychologiquement incorrecte de « sentiment de culpabilité inconscient » par « besoin de punition », Voir *Id.*, *Le problème économique du masochisme*, p. 294, *op. cit.*

un surmoi moral, est la conséquence d'un sentiment inconscient<sup>75</sup> de culpabilité dont la satisfaction passe par la recherche et l'entretien de la souffrance. Le besoin de punition du malade refusant de guérir dévoile sa tendance masochiste et l'œuvre des pulsions de mort<sup>76</sup>.

Parti d'une spéculation sur la vie et la mort, Freud s'emploie à dévoiler, à mettre en lumière l'existence de pulsions de mort. Il possède maintenant un processus clinique pathologique qui les rend visibles, une cause principale : le sentiment de culpabilité inconscient, et un masochisme moral caractéristique du sujet. Il reste encore à définir le jeu du refoulement mis en échec et responsable du revirement du malade en cours de cure, à mieux cerner la structure psychopathologique du sujet, les conflits qu'il recèle en son sein et élaborer une conduite thérapeutique nouvelle enfin libérée de la relation thérapeutique négative ou susceptible de la réduire. Poursuivons cette construction faite par ajouts successifs de cette nouvelle entité.

En 1937, la relation thérapeutique négative est à nouveau abordée dans « Analyse avec fin et analyse sans fin », rendue responsable de l'impossibilité de la cure non seulement à prendre fin mais aussi à se terminer d'une façon positive. Dès lors, il apparaît que le malade psychotique, ou des parties psychotiques d'un moi normal, viennent faire échouer la collaboration indispensable à un travail analytique et rendent l'analyse interminable.

On retrouve l'idée d'une analyse à jamais inachevée avec Winnicott dans un article sur *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications*<sup>77</sup>. Dans cet article une figure un peu floue se détache, un personnage désigné comme responsable de cette fin inaccessible : le sujet « cas limite ».

*Par le terme « cas limite », j'entends ce type de cas où le noyau du trouble est de nature psychotique mais où le patient a une organisation psychonévrotique suffisante pour pouvoir présenter une perturbation psychonévrotique ou psychosomatique quand l'anxiété psychotique centrale menace d'éclater sous une forme brutale.*<sup>78</sup>

---

76. « En prenant son parti d'une certaine inexactitude, on peut dire que la pulsion de mort qui est à l'œuvre dans l'organisme - le sadisme originaire - est identique au masochisme. Voir *Id.*, *Le problème économique du masochisme*, p. 292, *op. cit.*

77. Winnicott D.W., « L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications » in *Jeu et réalité*, Folio essais, Gallimard, Paris, 1975, p. 164.

78. Voir *Id.*, *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications*, p. 164, *op. cit.*

Avec le « cas limite » le psychanalyste trouve enfin le personnage responsable de la relation thérapeutique négative et à partir de lui toute une histoire et une psychopathologie s'organisent en un ensemble cohérent.

Déjà en 1923, Freud avait remarqué que les obstacles classiques à la guérison, habituellement retrouvés dans la psychonévrose, se révélaient insuffisants à expliquer l'accrochage du sujet à sa maladie. La nouvelle topique avait fait apparaître l'instance responsable et le couple problématique, en l'occurrence le surmoi et son objet : le sentiment inconscient de culpabilité. Dorénavant, ce n'est plus seulement une instance mais un personnage doté d'une histoire singulière dans laquelle les étiologies peuvent être repérées : traumatismes précoces, angoisses de néantisation, des refoulements originaires fragiles et avec une structure psychique particulière : un « faux self psychonévrotique » couvrant un noyau psychotique. De plus, ce nouveau sujet cas limite est susceptible de développer une relation d'un type étrange dans laquelle l'analyste n'est plus une entité extérieure au sujet<sup>79</sup>, ce qui va poser des problèmes méthodologiques majeurs et ébranler fondamentalement le dispositif de la cure.

## Clinique

### *Avant propos*

Lorsque je la rencontre, Mme G. est au bord du suicide. La relation thérapeutique que je maintiendrai avec elle aura pour but, pendant plusieurs mois, de l'empêcher de basculer vers la mort. Même si l'angoisse de mort est présente, mon propos sera de démontrer qu'il ne s'agit là, en aucune façon, de l'action d'une motion auto-destructrice agissant à l'encontre de la patiente mais qu'elle est produite par un contexte particulier.

Pour cela, il importe de comprendre ce qui s'est passé. Quelle que soit la pathologie, organique ou psychotique, survenant au cours d'une thérapie, il est nécessaire de ne pas y voir simplement un fait du hasard ni la révélation d'un potentiel morbide passé initialement inaperçu. Au contraire, l'histoire de Mme G. révèle que le

---

79. Voir *Id.*, *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications*, p. 164, *op. cit.*

délire est le terme d'un parcours précis, au cours duquel des conditions s'accumulent pour aboutir à son émergence. Un délire qui interpelle l'espace analytique dans lequel il surgit.

Je montrerai un premier paradoxe analytique : « L'intention de ne pas influencer », cela sans se rendre compte de l'extrême enfermement produit ! Prétendre pour le thérapeute de « n'être qu'une oreille », de suivre seulement le chemin pris par la patiente même si ce chemin mène au délire est paradoxal car l'analyste, par le dispositif qu'il agit, produit la psychose. Ce travail mettra en évidence comment certaines conditions ont été agencées de telle sorte que le délire et l'apparition d'autres pathologies aient de grandes probabilités de se manifester.

Il est trop facile de tout reporter sur la patiente, de prétendre qu'elle effectue un « *transfert négatif* » allant à l'encontre du travail bienveillant de l'analyste. Cela permet de souligner principalement les défaillances du fonctionnement du sujet sans remettre en question le système de connaissance dans lequel il est pris et qui conditionne son devenir. L'exemple de Mme G. montre qu'il n'est plus possible d'accréditer cette manière de penser, de cautionner un système susceptible d'amener un sujet au délire ou au suicide sans lui demander d'en rendre compte. Il est temps que les conséquences d'un dispositif thérapeutique soient pensées sans faire référence à un *instinct de mort* du patient.

L'histoire de Mme G. est probante, elle fait apparaître simplement les étapes d'un parcours dans lequel elle va se trouver confrontée à un cadre et une attitude thérapeutique allant à l'encontre de sa demande d'aide initiale. Mauvaise orientation diront certains ? Ou révélation « d'un état limite » auparavant non diagnostiqué pour lequel il aurait fallu remanier les conditions de la thérapie ?

Ces questions classiquement formulées dissimulent celles concernant la validité des outils conceptuels mis en oeuvre dans la thérapie analytique. Seule la compréhension des conditions de l'aggravation de son état et de l'apparition de la pathologie permettra de répondre à ce questionnement.

### *Éléments d'anamnèse*

Mme G. est issue d'une famille dont le père était polonais et la mère auvergnate. Elle est l'aînée d'un frère plus jeune de 2 ans. Les

premiers souvenirs sont ceux d'une enfance heureuse. Le père y fait figure de personnage maternel et la mère est décrite comme une femme formidable mais cassante, usant de moqueries dévalorisantes envers l'enfant. Celle-ci sera toujours consolée par son père. Cependant ce dernier possède « un esprit faible », se laisse entraîner par ses collègues à fréquenter les bistrots du village et rentre de plus en plus tard à son domicile. Les tensions montent dans le couple et sa femme va entretenir une relation avec un autre homme. Mme G. a 6 ans quand, juste avant la séparation de ses parents, elle est envoyée en colonie de vacances.

### ***La dépression de l'enfance***

La mise à distance est mal vécue, rien n'est dit à l'enfant et celle-ci ressent une profonde insécurité, elle déprime. Prévenue, sa mère va lui rendre visite à la colonie de vacances mais repart sans elle. L'enfant tombe malade, une angine se déclare mais personne ne croit à ses douleurs et ses plaintes sont attribuées à sa déprime dans un désir d'attirer l'attention. Quelque temps après, elle renoncera aussi à parler des douleurs provoquées par un rhumatisme articulaire aigu, une complication de son angine. Cependant, la souffrance est telle qu'elle n'arrive plus à marcher. Son père vient la chercher, elle garde le souvenir d'avoir été portée dans ses bras jusqu'à un lit d'hôpital. Un lit d'où elle ne pouvait descendre. Elle y restera 6 mois. « Le lit, c'était mon bateau, il ne fallait pas que je descende... À partir de là, tout a basculé dans l'autre monde » dira-t-elle.

Elle perd, à ce moment-là, tout souvenir. Elle sait seulement qu'elle est encore restée 8 mois dans un centre de rééducation.

Lorsqu'elle rentre à la maison, son père est parti. Elle a alors l'impression d'être orpheline, ayant aussi perdu avec le départ son père une figure maternelle. Pendant son séjour au centre de rééducation, sa mère s'est mise en couple avec un autre homme, bien plus jeune qu'elle mais qui n'a pas l'intention de s'occuper d'enfants. Le choc est important et l'attitude de l'enfant se transforme.

*Il fallait que je tienne, j'étais tendue comme une pierre à l'intérieur et ça ne se voyait pas. Je ne pouvais rien dire car nous vivions aussi dans une misère sociale...*

L'enfant se sent en trop, elle sent qu'elle gêne car l'ami de sa mère se montre « glaçant » et indifférent envers elle. Elle ne peut

exprimer aucun désir et renonce à parler. Elle devient une enfant sage, tranquille.

*Je ne pouvais pas parler, je devais me taire. On me faisait taire. Ma mère était cassante et humiliante.*

Les mois suivants, elle rend encore visite à son père mais celui-ci, s'apercevant que tout se passe bien dans la nouvelle famille recomposée, sombre de plus en plus dans l'alcool et arrête de voir ses enfants. Mme G. le revoit une seule fois avant qu'il ne soit emprisonné suite à un délit d'alcoolisation. En prison, il refuse toute visite. Il est ensuite hospitalisé en psychiatrie où il passe 18 ans. Il est retrouvé pendu dans sa chambre d'hôpital. A sa mort, Mme G. a 26 ans.

La patiente aura ensuite deux compagnons, et trois enfants naîtront du dernier. Elle fera des études de puéricultrice et s'intéressera beaucoup à l'enfance en difficulté.

### ***La première décompensation dépressive***

Une première symptomatologie dépressive survient lorsque son fils aîné, âgé de 18 ans, quitte la maison. Mme G. ressent « un choc sans précédent ». Devant son état, son compagnon ne supporte pas sa dépression et part avec une autre femme pour trouver une consolation. Ce départ provoque un changement radical d'attitude de la patiente.

*Je ne sais pas pourquoi je me suis trouvée prostrée, recroquevillée et j'ai ressenti un vide existentiel, j'ai eu envie de disparaître. Il y avait quelque chose qui était terminée et c'était ma vie. Puis le départ de mon compagnon m'a permis de comprendre que je ne pouvais pas me laisser aller comme cela et, en plus, j'étais incapable de dire ce qui se passait. Je me suis, à ce moment-là, contrainte à retrouver une apparence comme j'avais avant. Je me suis dit : arrange toi pour, quoiqu'il se passe, continuer comme avant.*

Elle continuera à faire « comme avant » durant 5 années.

### ***Le contexte de la deuxième décompensation***

Trois mois avant sa demande d'aide, Mme G. sombre dans un état de tristesse immense qu'elle explique par un surmenage pro-

fessionnel et par l'épreuve répétée, au cours de cette année, de plusieurs deuils. Devant l'augmentation de son mal être, elle trouve la ressource de consulter un psychiatre mais elle est incapable d'expliquer la raison de cette dépression. Le psychiatre l'oriente alors vers un psychanalyste de sa connaissance avec lequel elle va entreprendre une analyse.

## ***La thérapie relationnelle***

### *Avertissements*

Il serait possible de faire l'hypothèse que la psychanalyse faite par la patiente a, en quelque sorte, préparé toute son évolution ultérieure : que si elle retrouve des potentialités représentatives et affectives, celles-ci sont le fruit du travail thérapeutique antérieur.

Différents arguments vont à l'encontre de ce propos. D'abord le fait que, selon la perspective analytique, à aucun moment le « problème pulsionnel » n'a été résolu. À partir de la seconde année, l'aggravation est constante et se solde par un délire et un internement. Si « retournement destructeur » il y a, rien ne l'a inversé et, logiquement, il doit se reproduire dans la thérapie relationnelle.

Le deuxième argument allant à l'encontre d'un éventuel bénéfice caché de l'analyse implique le fonctionnement onirique. Le même rêve précède et traverse de part en part toute la cure, sans aucune modification ; je le retrouverai au début de la thérapie relationnelle. Il s'agit d'un rêve, plus précisément d'une image de rêve récurrente. Cette image n'est accompagnée d'aucune émotion et montre des enfants coincés dans les cases d'un grand mur.

Si, selon la théorie analytique, la persistance de ce rêve, malgré les 2 ans et demi d'analyse, est attribuée à une « compulsion de répétition », les pulsions de mort devraient encore se rendre visibles sous la forme d'une nouvelle « relation thérapeutique négative ». En tout cas, le rêve répétitif montre que le problème est toujours présent.

### *Les débuts de la thérapie relationnelle*

La thérapie relationnelle débute juste après la sortie de Mme G. de la clinique psychiatrique dans laquelle elle vient de passer 8 mois. L'activité onirique de Mme G. a été complètement bridée par les psychotropes durant son hospitalisation, mais leur adminis-

tration n'a pas été poursuivie à causes de nombreux effets secondaires induits par les médicaments.

Les premières séances auront pour objectif d'aménager un espace de sécurité et de confiance. Son état est critique, d'autant plus grave que son compagnon lui a dit qu'il allait la quitter. Elle pense qu'elle ne peut pas survivre à cet abandon. Néanmoins, elle retrouve le souvenir d'une activité onirique amenant avec elle le rêve récurrent : des enfants anonymes se trouvent parqués dans les casiers d'un mur immense. La même nuit, un deuxième rêve l'accompagne.

À l'instar du rêve récurrent, le deuxième rêve se résume à une autre image : celle d'un lit à baldaquin ressemblant à un brancard. Ce lit sans toit est composé de quatre colonnes et ses côtés sont ouverts sur l'extérieur. Mme G. y voit une personne couchée, elle précise qu'elle n'est pas morte.

Évoquant le ressenti de l'image, la patiente imagine que la fatigue de la personne alitée a dû être si importante que la position allongée est la seule possible.

*Je vois le lit, je ne suis pas dedans mais je peux le voir de l'extérieur, comme mon corps. C'est comme si c'était moi, mais je me vois de l'extérieur.*

Ce lit, dans lequel seule la position allongée est possible, la renvoie à son hospitalisation consécutive au rhumatisme articulaire, à une période critique pendant laquelle elle ne pouvait quitter son lit, seule dans une chambre, alors que le drame de la séparation de ses parents se déroulait à l'extérieur.

Ce rêve fait un lien entre le présent et le début de l'épisode dramatique de son histoire, à l'âge de 6 ans. En quelque sorte, il invite à ce que tout soit repris à partir de ce moment où se conjuguent la séparation des parents, le sentiment d'abandon et une pathologie organique corrélative à la rupture : un angine compliquée d'un rhumatisme articulaire aigu. L'amnésie commence à se lever concernant à la fois l'hospitalisation et les 8 mois suivants passés au centre de rééducation.

### *Une nouvelle séparation*

Pendant un événement va rendre encore plus difficile le déroulement de la thérapie relationnelle. Son compagnon, tout comme il l'avait fait il y a 8 ans lors du départ de son fils, ne sup-

porte pas sa dépression et la quitte. Pour Mme G., l'épreuve est terrible.

*Cet abandon, je ne peux pas le laisser toucher ma conscience sans penser à la mort<sup>80</sup>. C'est des années d'efforts que je fais pour survivre. Je suis enfermée, je me referme de nouveau...*

Malgré la souffrance de la séparation, la relation thérapeutique est suffisamment établie pour préserver la fonction représentative et éviter le refoulement de l'activité onirique. Des rêves exposent la situation critique.

*Rêve du danger de la fenêtre et du vide*

Dans l'un d'eux, elle est avec son compagnon à l'intérieur d'une maison inachevée. Dans une pièce percée d'une grande fenêtre, il y a des enfants. La fenêtre est basse et les enfants s'en approchent. Mme G. voit le danger que représente cette fenêtre que les enfants n'ont pas vue.

*Je veux les prendre dans les bras pour les écarter. Mais j'ai mal aux bras. Je veux les éloigner de la fenêtre... Mon compagnon s'en va, indifférent, avec un ballot de linge sale. J'éprouve une souffrance à devenir folle...*

Elle commente son rêve : « Dans le rêve, je voulais distraire les enfants de l'idée de le faire, de sauter par la fenêtre... »

Ce rêve fait écho à un rêve ancien dans lequel elle se tient à la place de l'enfant.

*J'avais entre 12 ans et 17 ans, j'étais dans un appartement où j'ai très peu de souvenirs. Il fallait tenir, j'étais tendue... Je ne supportais pas le nouveau mari de ma mère. Dans ce rêve, il y avait de la lumière et du vide, j'étais attirée par le vide. Je regardais la hauteur du balcon sur lequel j'étais et j'avais conscience de cette attirance d'en bas... C'est dans cet appartement où il y avait impossibilité pour la petite fille d'être elle-même.*

---

80. Il ne s'agit ici nullement d'une réactivation des pulsions de mort, mais d'une souffrance immense avec un affect dépressif séparé de la représentation de la situation à laquelle il est lié.

*Équivalents de rêves*

Suite au récit du rêve de l'enfance, Mme G. se met à parler d'une manière étrange, le regard fixe, hagard, comme si elle assistait aux scènes d'un film se déroulant devant elle. La parole émise ne semble s'adresser à personne, tel un monologue indéfini.

*Le père fait de la boxe, il est faible, il suit ses copains... Il a été banni par sa tribu car il avait une mauvaise conduite... En le bannissant, je me suis bannie de mes racines polonaises.*

Cette phrase traduit une énorme culpabilité, celle d'être responsable du départ du père. J'ai l'impression que Mme G. est dans un état second, que les limites entre la conscience vigile et la conscience onirique sont floues et, qu'à tout moment, le délire peut survenir. Mais la pensée vigile élabore le rêve et, à partir de lui, la patiente tisse de nouveaux liens. L'enfant qu'elle veut sauver de la chute par la fenêtre ressemble à un enfant étranger, le petit Kevin, dont elle s'était occupée, il y a plusieurs années. Sa famille s'en était éloignée car il avait une malformation.

Dans ce rêve Mme G. s'identifie à ce petit garçon. C'est la même souffrance qui traverse toute son enfance que les rêves traduisent à différentes époques.

Malgré les circonstances actuelles liées à la séparation, elle a la volonté d'éloigner l'enfant du danger. Lorsqu'elle est chez elle, un mouvement rythmique, un balancement exprime cette tentative de « se préserver », elle le reproduit dans la relation thérapeutique.

*Je me balance depuis plusieurs jours, je me berce moi-même, tellement je me rends compte que j'ai mal.*

Par rapport à la détresse ultime de l'abandon, il est déjà possible de constater la présence d'un comportement visant à prendre soin d'elle-même face à la souffrance. La relation thérapeutique, non focalisée sur l'intention d'attribuer une quelconque négativité à la patiente, en donne la possibilité<sup>81</sup>.

Grâce au rêve, Mme G. me raconte son histoire à partir du divorce de ses parents. Lorsqu'elle est rentrée chez elle après la réédu-

81. Il n'y a pas ici d'autodestruction et la patiente ne « résiste » pas à la thérapie. Au contraire, elle mobilise des potentialités afin de résister à la souffrance produite par la situation abandonnique.

cation, son père était parti et elle s'était sentie en trop vis-à-vis du nouveau couple parental.

*Je ne me souviens pas d'avoir souffert, je me souviens d'avoir été fermée. La parole n'existait pas, je ne pouvais pas parler. Je ne pouvais plus parler à ma mère, elle ne le supportait pas. Je suis devenue une petite fille docile, calme sans problème...*

Par ces mots, elle décrit la cuirasse caractérielle édiflée pour survivre à cette nouvelle situation. À partir de là, certains éléments apparus lors de la cure deviennent compréhensibles notamment la difficulté à parler et ensuite le mutisme. Dans la première phase de l'analyse, la présence d'une parole sage, convenue et adaptée, celle d'un enfant docile, la même parole que celle de l'enfance. Puis, l'échec du refoulement caractériel laissant poindre l'affect<sup>82</sup>, le langage laisse la place à un mutisme, le même renoncement à parler mis en place lors de son retour à la maison à l'âge de 6 ans.

*Dans les séances (lors de la cure), je me suis sentie alors incapable de dire quelque chose de cohérent. Ça allait trop vite et je n'arrivais pas à mettre des mots sur les émotions. J'étais dans l'incapacité de formuler ce qui pouvait se passer...*

Après avoir éprouvé l'impression d'une retrouvaille dans la personne de l'analyste, elle a ressenti la solitude du départ du père ainsi que le froid relationnel du nouvel ami de sa mère.

### ***Phase critique de la thérapie relationnelle***

#### *Les abandons*

Les souvenirs amenés par les rêves provoquent une angoisse intense, la souffrance de Mme G. est telle que la thérapie relationnelle se situe sur une frontière étroite où tout peut à nouveau basculer. En effet, la réalité s'est refermée en impasse : la souffrance du départ de son compagnon s'amplifie de la séparation paternelle et se grossit de celle du psychanalyste. Cet emboîtement concourt à former un enfermement majeur où prédomine *une situation abandonnique* faite des multiples abandons auxquels la patiente s'efforce de survivre.

---

82. Un épisode hallucinatoire dans lequel elle perçoit l'analyste en pantoufles montrera la libération de la potentialité projective et avec elle l'affect entourant le père.

La potentialité projective, modifiant partiellement la conscience vigile, constitue un effort pour trouver une solution à cet enfermement. Elle se traduit par un long monologue au cours duquel plusieurs évènements traumatiques de son histoire se télescopent et ce télescopage temporel correspond à une tentative d'élaboration des impasses successives. Elle parle au présent d'un passé qu'elle revit dans l'actuel de la relation thérapeutique.

*Je viens de la clinique pour retrouver le père.... Il ne veut plus vivre avec moi, je hurle... Je suis seule, j'ai besoin de ma famille.... Je me ferme.*

Le père dont elle parle est à la fois le père de ses enfants qui vient de la quitter, son propre père et le psychanalyste. Le hurlement concerne ces différentes situations, à des années d'intervalle, mais traversées par une seule et même problématique, un abandon irrémédiable.

Pendant, lors de chaque « phrase - hurlement », Mme G. continue à tisser des liens avec sa condition actuelle.

*Je refais pareil mais je ne peux pas faire autrement, ma souffrance est trop énorme. Pourquoi cette privation d'amour m'amène à une conviction interne que tous les discours ne peuvent me rassurer : c'est la mort. La privation affective, c'est un rejet pour moi, je me méprise, c'est comme ça que je me ressens...*

La culpabilité ressentie lors du départ du père verrouille le problème.

#### *L'impasse relationnelle de l'enfance*

Puis, à nouveau, le monologue apparaît :

*... Ma mère jouait, elle disait qu'elle m'avait trouvé dans une poubelle de gitan. Ça me faisait pleurer. C'était son fonctionnement, la moquerie. Elle était vraiment vexante et humiliante.*

L'ensemble de ce discours, en apparence décousu, fait apparaître les termes des impasses de l'enfance. Elle ne peut trouver de ressources subjectives auprès d'une mère accaparée à construire une nouvelle relation conjugale sans se soucier de ses enfants. Le départ du père est vécu comme la propre perte de la patiente. De plus, par

la fermeture de son comportement, elle se sent responsable du non-retour paternel, se terminant par sa mort.

Pendant plusieurs séances, Mme G. va raconter le déroulement de sa psychanalyse au point qu'elle me dit : « Je comprends que ce qui se passe alors est une thérapie du traumatisme de l'analyse. »

### ***Élaboration de l'impasse analytique et de la survenue du délire<sup>83</sup>***

#### *Premier épisode hallucinatoire*

Elle va relater les unes après les autres les phases difficiles de la cure. Je la cite :

*À un moment<sup>84</sup>, j'ai eu une hallucination. Lors d'une séance, c'était le soir, il y avait une pénombre et le store était baissé, le thérapeute s'est levé et j'ai eu l'impression d'être dans un cocon familial avec mon père qui met ses chaussons, j'ai éprouvé un sentiment de confort... Je n'ai pas pu le dire, je n'ai pas pu en parler... C'était comme une tare pour moi d'avoir vu cela. A partir de là j'ai commencé à avoir peur de ne pas y arriver, de ne pas réussir. J'avais peur car je savais que j'avais vu quelque chose qui n'existait pas et j'avais honte et je n'osais pas le dire. J'avais peur d'être jugée et de ne pas être crue.*

Elle poursuit :

*Je voyais ma destruction, le thérapeute étant impassible, je pensais que c'était moi, tout ce qui était latent en moi, qui amenait à une destruction<sup>85</sup>. J'avais des tremblements et une tension dans la colonne vertébrale. J'étais impuissante à gérer les émotions qui remontaient. Le regard en face était très froid, cassant et il se voulait être neutre. Il me renvoyait à mon côté négatif qui existe, à mes*

---

83. Je vais examiner la constitution de la situation d'impasse ainsi que le délire qui en découle afin de montrer que le délire n'est pas *un résidu originaire* émergeant à cause de la défaillance d'un refoulement primaire. Au contraire, il est une tentative de solution à une situation relationnelle qui n'en possède pas.

84. Un peu plus de 2 ans de thérapie se sont écoulés.

85. Cette phrase confirmerait les thèses freudiennes si la patiente n'avait pas fait apparaître l'ensemble du contexte dans lequel elle est prise.

*faiblesses, à mes peurs que je n'arrivais pas à communiquer. Je me suis perdue et c'est là que sont intervenus les délires que je n'ai pas pu dire dans les séances.*

Mme G. prend conscience progressivement de son cheminement vers le délire. Au cours de cette élaboration, la patiente s'aperçoit que l'attitude de l'analyste était semblable à celle de sa mère et du compagnon de sa mère. À travers la froideur du thérapeute, elle retrouvait le froid de la situation de son enfance.

*L'analyste avait une froideur glaçante et paralysante, comme ma mère et le nouveau mari de ma mère. J'étais très impressionnée par quelqu'un qui me domine et m'écrase par sa supériorité. Là, il aurait fallu m'aider. Ce qui fait que tout mon côté négatif a explosé et a envahi tout l'espace. J'ai ressenti alors un morcellement intérieur, j'étais en petits morceaux.*

Tout se passe alors comme si des circonstances, identiques à celles de son enfance, se jouaient dorénavant dans l'espace analytique.

### ***La situation d'impasse***

La patiente parle de l'analyse comme d'une impasse dans laquelle elle était prise.

*J'éprouvais un sentiment de danger, il fallait fuir mais il n'y avait pas d'issue car il fallait me fuir moi. L'esprit n'a plus la capacité d'envisager quelques solutions. Les seules possibilités d'échapper sont la mort, la maladie, passer dans un autre monde... Ne plus sentir, ne plus penser, la mort, je l'ai côtoyée pendant longtemps. J'ai aujourd'hui le choix.*

En disant « passer dans un autre monde », elle évoque le délire en tant que possibilité de solution tout comme pourrait l'être le suicide pour sortir de cette situation d'enfermement (Sami-Ali, 1997).

### ***Le délire***

De manière concomitante, les souvenirs de la dégradation de son père s'imposaient à elle et accentuaient sa peur.

*Ce que j'ai vu de mon père, c'est la dégradation ; ça ressemblait à tout ce que j'avais essayé de dissimuler. C'était une certitude, je n'étais plus dans les apparences, j'étais dans le ressenti.*

*J'étais dans une impasse car il n'y avait pas de possibilité de revenir en arrière, je n'avais plus de force et la parole ne m'était pas utile à ce moment là, je ne pouvais pas dire : « J'ai peur ». Je n'ai été rassurée à aucun moment. Rien n'était rassurant, plus ça avançait, plus je paniquais. En même temps j'étais dans l'incapacité de formuler une pensée et, plus j'étais incapable de m'exprimer, plus je m'affolais. J'avais le sentiment d'impuissance et d'invalidité, de ne pouvoir sortir de ce marasme. J'ai basculé dans un épisode délirant sans pouvoir le dire. Après 2 ans de thérapie, personne ne pouvait plus m'aider. C'était moi qui étais incapable. Je vais me faire aider et je vais de plus en plus mal : c'est moi qui allais plus mal que je n'avais pu le dire.*

*Un jour, je suis devenue une flaque. Je voyais la flaque et je savais que la flaque, c'était moi. Je perdais toute perception et dans ces délires, plus rien n'était dans les normes. Je n'avais plus de consistance, je n'avais plus de corps. J'étais prisonnière de tout un fonctionnement interne à moi. Je ne sentais plus mes membres. Chaque entretien était un équivalent d'un électrochoc. J'étais terrorisée par cet homme qui me figeait... Un autre jour, la souffrance était telle que je me voyais monter dans un cerf volant et d'en haut, je voyais deux points, le psychanalyste et moi. Et sur moi, il y avait une grosse flaque noire...*

En même temps que se défaisait inéluctablement sa cuirasse caractérielle, Mme G. se trouvait confrontée à nouveau au vide d'une « non-relation », à une difficulté de mettre en mots ce qu'elle ressentait et au froid relationnel de la situation analytique. Cet ensemble reproduisait une situation de rejet analogue à celle vécue avec sa mère et son beau-père.

Durant les dernières séances précédant la suspension, les mêmes rêves étaient revenus et, d'après elle, correspondaient à une conscience de ce qu'elle était en train de vivre : « des enfants dans des casiers, des tiroirs ». Elle avait eu aussi un rêve dans lequel elle ne pouvait porter un enfant car elle avait trop mal aux poignets. Elle se remémore alors à la fin de l'analyse.

*Au moment où il m'a annoncé qu'il suspendait l'analyse, c'était l'abandon, il me faisait lâcher prise et perdre toute capacité à tenir debout.*

Les abandons successifs entrent alors en écho les uns avec les autres. Le sentiment de rejet apparu dans le rêve suivant s'inscrit dans le vide du silence relationnel et dans l'absence de toute possibilité d'élaboration.

### ***Élaboration du dernier rêve laissé en suspens lors de la cure***

Dans ce rêve, elle arrive très en avance dans la salle d'attente de l'analyste. Elle va dans le cabinet de toilette pour mettre des lentilles de contact : celles-ci sont énormes et déformées mais elle réussit à les mettre dans les yeux.

*Je vois alors l'analyste qui se détourne et s'en va ; visiblement, il ne voulait pas me voir. Je vais à l'accueil, je demande à voir le psychiatre, il est parti. Je suis perdue. On me met dans un wagon qui file très rapidement dans une salle en forme de hangar où se trouve une sorte de lavoir. Je vomis un liquide verdâtre si abondamment que je remplis le lavoir. Le psychiatre arrive.*

Les vomissements lui font penser à ceux produits par les médicaments pris par son père pendant 20 ans.

La reprise dans la thérapie relationnelle de ce moment particulier de la fin de l'analyse va permettre l'élaboration de deux impasses : l'impasse du départ du père au moment du divorce et celle de l'identification au destin paternel. « Dès le début de l'analyse, le destin de mon père et le mien se sont scellés l'un à l'autre. J'ai fondé une famille mais j'ai dissimulé... C'est le même chemin que j'ai suivi. » dira-t-elle.

Les vomissements correspondent aussi aux effets secondaires des médicaments pris par la patiente lors de son internement en clinique psychiatrique (effets secondaires pressentis en quelque sorte par le rêve). Les rails dans le rêve traduisent probablement la même fatalité dépressive mobilisée par l'identification au père mort. L'impasse de l'identification à son père, dont elle se sent responsable de la mort, résonne avec la décision d'une suspension des séances et trace une route vers l'internement et vers une évolution néfaste.

Un matin, elle se réveillera sur « une phrase cauchemar », associée à aucune image de rêve. « Mon père n'est jamais mort, je l'ai porté en moi. C'est intolérable, trop douloureux. » me rapporte-t-elle très émue.

Le travail de ces impasses conduira à l'acceptation de la mort du père. Ne le « portant plus en elle », elle va réinvestir ses origines polonaises en apprenant des chansons de ce pays. Elle retrouve ainsi l'affect de la langue « maternelle ».

Un rêve va montrer la dissolution des impasses, il poursuit la thématique du rêve récurrent du début du travail relationnel et il en donne une continuité :

*Je suis dans des ruines. Il reste un pan de mur assez haut avec des compartiments. Dans chaque compartiment, il y a un enfant. Un enfant sort d'un compartiment... C'est le petit Kevin, il passe sur une poutre et se tient à une espèce de câble. À un moment il n'y a plus de câble. Il va tomber mais je le rattrape et il ne se fait pas mal.*

Elle commente son rêve ainsi :

*Je prends vraiment conscience de ne pas avoir été soutenue, comme on le fait avec un enfant, comme on le fait d'un petit enfant. Je fais le lien avec la douleur dans les coudes et avec les émotions : je me raidis et me rigidifie. Les douleurs aux coudes sont le manque de soutien.*

Même si elle donne un sens secondaire aux inflammations touchant ses articulations, l'essentiel est que l'enfant ait pu sortir du casier dans lequel il était enfermé et survivre subjectivement à cette sortie. La chute représente l'effondrement corporel apparu lors des abandons et lorsque la cuirasse caractérielle s'est défaite.

Seulement maintenant, elle trouve un support relationnel et la possibilité de rattraper l'enfant (une image d'elle-même) en train de chuter.

Et de commenter : « C'est dur de réincarner quelqu'un qui n'est jamais né ». Une phrase exprimant un paradoxe sur le plan du langage, terme final d'une situation d'impasse relationnelle précoce. Une impasse recréée par le dispositif analytique et qu'elle est en train de dépasser grâce à une nouvelle naissance relationnelle.

Mme G. retrouve des raisons pour continuer à vivre, elle se reposera et reprendra des forces dans le calme d'un temple bouddhiste tibétain dans la solitude des montagnes. Elle y développera une spiritualité. Dorénavant l'imaginaire se déploie sur une autre dimension, dépassant le niveau psychopathologique.

## **Commentaire**

### ***La grille de lecture analytique de la relation thérapeutique négative aux vues de la thérapie relationnelle***

Dès le début de la thérapie, je me suis trouvé en présence d'une femme en souffrance et en demande d'aide. La suspension du travail analytique, dans lequel elle s'était engagée au prix d'un grand nombre de sacrifices, a été vécue comme un rejet et comme une incapacité personnelle, une dévalorisation d'elle-même. D'autant plus qu'un autre évènement se profile dans le réel, la menace suivie, peu de temps après, de la séparation de son compagnon actuel.

La souffrance est telle que la mort est présente, non sous une forme pulsionnelle, mais du fait de l'aggravation d'une dépression présente depuis très longtemps, accentuée par les circonstances actuelles et amplifiée par une identification à son père mort. Les deux séparations récentes résonnent avec le divorce et l'éloignement paternel. Le père était une figure unique et affectivement vitale pour l'enfant.

La question se pose de la pertinence du concept « relation thérapeutique négative » dans la thérapie relationnelle. Est-il possible, dans un premier temps, de repérer les éléments constitutifs de ce concept ?

En référence à l'organisation classique de la relation thérapeutique négative, il n'est pas possible d'identifier, dans le parcours de Mme G., la succession des trois phases caractéristiques de ce phénomène. En effet, il n'y a eu ni encouragement, ni expression d'une quelconque satisfaction de la part de l'analyste. D'où l'interrogation classique : Le couple « amélioration/aggravation paradoxale » ordonne-t-il ce parcours ?

#### *Première phase, phase de stabilité adaptative*

Sans parler d'amélioration, s'il est possible d'isoler une première phase, ce serait celle d'une relative stabilité. La patiente n'est pas prolixe mais la parole existe, sans angoisse ni emballement, l'affect est peu présent.

Mme G. définit son attitude comme celle d'une enfant sage, tranquille. Cette phase de tranquillité, de neutralité est celle dans laquelle se prolonge un comportement habituel chez elle, gouverné par un fonctionnement adaptatif.

*L'hallucination, passage à la deuxième phase*

Deux ans après le début de la thérapie, une deuxième phase débutant par une hallucination marque un tournant. Cette activité projective s'accompagne d'angoisse et de culpabilité rendant impossible la position allongée sur le divan et nécessite un changement de position corporelle.

Il serait possible de valider l'hypothèse d'une culpabilité inconsciente que Freud, en 1923, met en exergue en en faisant le facteur principal de la relation thérapeutique négative. La patiente est culpabilisée d'avoir vu les chaussons de son père à la place des chaussures du psychanalyste ; des chaussures qu'elle n'aurait pas du voir ! À partir de là, toute une digression vers une sexualité oedipienne pourrait s'en suivre.

Or le problème n'est pas là, d'autant plus que nous sommes en deçà d'une problématique sexuelle. Ce qui paraît le plus important est la levée conjointe du refoulement de l'affect et de la représentation avec l'émergence des émotions et des souvenirs de la détérioration de l'état de son père. L'amnésie laisse place à des images violentes par rapport auxquelles elle se trouve démunie et coupable. En effet, elles rendent intelligibles à la fois la fonction de survie de la formation caractérielle créée vis-à-vis de la nouvelle relation à sa mère et à son nouveau mari ainsi que le rôle que cette cuirasse a joué dans le maintien à distance du père.

En effet, la transformation caractérielle, consécutive au divorce, participe à entretenir la distance. Paradoxalement, la solution mise en œuvre devient elle-même un problème, l'ensemble prenant la forme d'un cercle vicieux, source d'une culpabilité énorme puisque la mort du père en est la conséquence !

*La situation d'impasse de l'enfance*

La confusion semble venir de la double participation contradictoire d'une même attitude adaptative construite par la patiente lors du départ du père. En effet, à la fois solution pour continuer à vivre et contribution au retrait du père (dans la représentation de Mme G., le père voyant que son départ rendait une harmonie à la famille, s'éloigna encore plus). Le comportement de l'enfant est pris dans ce cercle vicieux : issue de la souffrance de l'absence de l'être aimé, la formation caractérielle contribue à maintenir la distance et la souffrance s'aggrave par une conviction de plus en plus forte d'en avoir empêché le retour. La mort du père est le terme de cet

éloignement. La culpabilité est celle d'avoir entraîné la mort de l'être aimé. Elle devient aussi celle par qui le père ne peut revenir à cause d'une transformation caractérielle *la rendant identique à son beau-père, origine du départ du père*. La boucle est bouclée, la pensée ne trouve aucune échappatoire.

La culpabilité, certes importante, n'est qu'un élément de fermeture de plus dans un ensemble plus vaste ayant la figure de l'impasse.

### *La situation d'impasse analytique*

Face au thérapeute, Mme G. retrouve la même situation de son enfance : « La personne en face de moi, c'était les peurs de mon enfance, le mari de ma mère. »

Jusque-là, le fonctionnement adaptatif faisant d'elle une « petite fille tranquille et raisonnable », avait différé la prise de conscience de sa responsabilité dans l'éloignement paternel et la confrontation à l'impasse. Le travail analytique, réussi dans le sens où il défait le refoulement, fait craquer la cuirasse et laisse poindre, avec les souvenirs chargés d'affects, la violence des impasses de l'enfance. Cependant, il ne permet aucune défense et aucune reconstruction.

Dans le contexte de la cure, la mise en place d'une nouvelle cuirasse est impossible justement parce que la solution adaptative de l'impasse de l'enfance est un des termes de l'impasse menant à la mort du père. Il n'y a donc plus de protection possible sur ce versant vis-à-vis de la relation thérapeutique en cours, le travail basé sur la frustration ne trouve plus de répondant et atteint son objectif. Seules une angoisse massive et une intense culpabilité emplissent tout l'espace analytique.

La relation thérapeutique devient traumatique, « pathogène » aux dires de la patiente et aux vues des situations bloquées ; le mutisme en découle naturellement, le même mutisme que celui que l'enfant avait eu face à son beau-père.

Se situerait à ce moment-là la bascule dans la deuxième phase repérée par le (dé)codage analytique, la phase d'aggravation de *la relation thérapeutique négative* attribuée à la perspective de la guérison.

Or, plus qu'une défense contre une guérison entrevue, il est question ici d'une solitude, d'une souffrance et d'une impuissance produite par l'émergence d'affects douloureux en rapport avec une situation d'impasse de l'enfance épousant maintenant les contours d'une impasse thérapeutique. Le refoulement de l'affect ayant cédé, elle se sent encore plus seule, vulnérable et engagée à nouveau dans une relation ayant toutes les caractéristiques d'une « non-relation ».

*Le paradoxe de la dimension d'aide en psychanalyse*

Au plus mal, elle pourra encore dire : « Là, il aurait fallu m'aider ». Tout se joue à ce moment clef de la thérapie. Mais cette demande se heurte à un paradoxe : à la même demande initiale pour sortir de la dépression, à laquelle l'analyste avait répondu, engageant la patiente dans une démarche analytique, il n'est plus possible maintenant de répondre. La demande *d'avant le transfert* n'est plus du même ordre que celle réitérée une fois le transfert établi, opposant deux types de réponses confrontées à une même demande. L'appel de détresse n'est pas entendu car il ne peut l'être dans un cadre ordonné par "*le travail du négatif*"<sup>86</sup>

Le phénomène hallucinatoire débute la phase de mutisme et marque une nouvelle dynamique relationnelle. Une ligne de souffrance vient d'être franchie, projetant la patiente dans un espace invivable.

*Le mutisme comme résistance ?*

Si le mutisme peut être perçu comme une résistance, ce n'est pas par rapport à un psychanalyste placé dans un rôle de personnage bienveillant et neutre, mais par rapport à un comportement dont les nombreux qualificatifs, rapportés par Mme G., s'énumèrent ainsi : « impassible, cassant, froid, rigide, méthodique, compétent, comme une machine sans faille, etc. » D'aucun y verrait *une projection défensive* de la patiente, sauf que ces attitudes sont intégrées et constitutives du dispositif thérapeutique psychanalytique. Freud lui-même reconnaît que « l'analyse doit être menée dans la frustration »<sup>87</sup> et Guillaumin conçoit le cadre analytique comme un « piège à négatif ».

Il s'agit bien d'une résistance mais non contre *une cure idéale et bienfaisante* mais contre *une situation relationnelle aux potentialités désorganisatrices* dont nous verrons qu'elles ne procèdent pas seulement de conflits non résolus chez la patiente et/ ou chez le thérapeute.

En effet, il peut être commode et stratégique pour une lecture analytique de se focaliser simplement sur le couple « *transfert - contre transfert* », une focalisation dont le rôle est de ne pas rendre

86. Voir André Green, *Le travail du négatif*, Paris, Éditions de Minuit, 1993.

87. Freud Sigmund, (1937) « L'analyse avec fin, analyse sans fin », in *Résultats, idées, problèmes*, p. 246, Paris, PUF, 1992.

possible l'interrogation du système de savoir qui sous-tend l'ensemble du dispositif thérapeutique et les processus qu'il génère.

## Le modèle analytique et ses principes

Si je considère comme *objet réel et cohérent* le processus d'aggravation résultant d'une autodestruction du sujet, quelles sont alors les solutions proposées par la théorie psychanalytique ?

Pour rendre compte de la pulsion de mort, Freud tire des hypothèses à partir du domaine biologique au risque que, dans l'avenir, la science démente cette référence. Il me paraît important de retracer le modèle utilisé car, à partir de lui, des spéculations hasardeuses vont servir de support à un ensemble d'interprétations tout aussi aventureuses.

Ces spéculations pseudo-scientifiques partent d'une métabiologie, de la culture de protistes, des êtres unicellulaires<sup>88</sup>, plongés dans un bain et que leurs excréments, contaminant progressivement le milieu, finissent par empoisonner. Freud fait référence aux travaux de Woodruff parvenus à entretenir la vie en remplaçant les animalcules dans un liquide nutritif frais.

*Cessait-il de le faire, il observait alors, tout comme les autres chercheurs, les mêmes signes de sénescence au cours des générations successives. Il en conclut que les animalcules étaient lésés par les produits du métabolisme excrété par eux dans leur milieu liquide. Il put alors montrer de façon convaincante que c'était seulement les produits de leur propre métabolisme qui pouvaient entraîner la mort de la descendance. En effet, les mêmes animalcules qui, confinés ensemble dans leur propre liquide nutritif, périssent à coup sûr, prospèrent dans une solution saturée des produits de déchet d'une espèce relativement éloignée. Ainsi l'infusoire, laissé à lui-même meurt d'une mort naturelle du fait d'une élimination imparfaite des produits de son propre métabolisme. Il se peut qu'au fond tous les animaux supérieurs meurent aussi d'une incapacité à éliminer.*<sup>89</sup>

---

88. La cellule des Protistes constitue un ensemble autonome accomplissant seul et par lui-même toutes les fonctions vitales.

89. Freud Sigmund, « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 2001, p. 106.

Fort de l'exemple des excréments mortifères, Freud va ensuite passer d'un point de vue morphologique à un point de vue dynamique afin de spéculer l'existence chez le patient de forces pulsionnelles qui tendent vers la mort, camouflées par les forces conservatrices de vie. La découverte biologique des processus internes à l'organisme susceptibles de le détruire conforte l'idée d'un instinct de mort. Le parallèle biologique sert de pilier au dualisme de la vie pulsionnelle.

*Selon la théorie de E. Hering, deux sortes de processus se déroulent continuellement dans la substance vivante ; leurs directions sont opposées : l'un construit, assimile, l'autre démolit, désassimile. Oserons-nous reconnaître dans ces deux directions prises par les processus vitaux la mise en œuvre de nos deux motions pulsionnelles, les pulsions de vie et de mort ?<sup>90</sup>*

Freud avait conscience de la fragilité d'une telle comparaison et c'est pour cela d'ailleurs qu'il se demande s'il croit lui-même à sa propre démonstration concernant l'existence de la pulsion de mort<sup>91</sup>. Charge à l'avenir et aux analystes du futur de valider ou de réfuter le cortège d'hypothèses extrait du dualisme pulsionnel.

Il est étonnant que bien peu de choses aient changé depuis les spéculations freudiennes. Ses successeurs n'ont fait que reprendre les premières spéculations initiales en les enrichissant de leurs notes personnelles, d'un nouveau foisonnement d'hypothèses mais sans vraiment en modifier la trame initiale. R. Roussillon reprend la même référence biologique comme support à de nouvelles métaphores pour expliquer la relation thérapeutique négative chez les patients ne présentant pas un « refoulement originaire suffisamment bon ». Chez ces patients psychotiques ou états limites :

*Le noyau du moi est semblable à cette cellule amibienne dont S. Freud dit en 1920 (au-delà du principe de plaisir) qu'elle est sans cesse intoxiquée par les déchets de son propre fonctionnement - échec de la constitution du moi plaisir purifié - faute d'une réali-*

---

90. Voir Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, p. 107. *op. cit.*

91. « Non pourtant sans y ajouter quelques réflexions d'ordre critique. On pourrait me demander si et dans quelle mesure je suis moi-même convaincu des hypothèses que j'ai développées ici. Je répondrai que je ne suis pas moi-même convaincu et que je ne demande pas aux autres d'y croire. Ou plus exactement, je ne sais pas dans quelle mesure j'y crois. » Voir *Id, Au-delà du principe de plaisir*, p. 120. *op. cit.*

*té effectivement externe (un autre bain dit Freud) sur le fond de laquelle projeter le manque à symboliser.*<sup>92</sup>

Par cette reprise, la métaphore biologique initiale est alors confirmée comme modèle à la fois étiologique et explicatif de la relation thérapeutique négative. Grâce à un raisonnement analogique, le fonctionnement autodestructeur du patient devient le même phénomène que le processus d'auto-intoxication, d'auto-empoisonnement retrouvé chez les protistes.

C'est aussi la même base qui va servir à la fois à définir le processus négatif de la relation thérapeutique et déterminer ses principes thérapeutiques :

*“Biologiquement”, il y a deux manière de sauvegarder l’immortalité cellulaire : le changement du bain - j’interprète le clivage dedans/dehors, aidé par un environnement adéquat qui aboutit à la purification du moi. Puis à un autre niveau la spécialisation des groupements cellulaires permet que ce qui est déchet pour une cellule ou un groupe de cellules puisse être traité par un autre grâce à une spécialisation des fonctions - que j’interprète ainsi : la complexification psychique, la construction d’une topique interne permet de faire que ce qui est déplaisir pour une instance, puisse être plaisir pour une autre, ce qui est “mauvais” pour un système psychique, puisse “être bon” pour un autre (ce qui suppose un masochisme gardien de la vie et ouvre le champ du conflit).*<sup>93</sup>

La métaphore biologique est réinterprétée et érigée en modèle pour le projet thérapeutique.

Comme solution pour que le « processus de mentalisation » des patients ne soient pas « intoxiqué » par les effets (restes<sup>94</sup>) de son propre fonctionnement, Roussillon invite à « changer de bain ».

Même si l'on veut garder ce parallèle biologique, les solutions trouvées restent caduques. En effet, le changement de bain ne constitue qu'une solution partielle car les protistes continuent à

---

92. Roussillon René, « Paradoxe et situations limites de la psychanalyse », PUF Quadrige, Paris, 2001, p. 124.

93. Voir *Id, Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*, p. 98. *op. cit.*

94. Tout fonctionnement mental avec le processus de symbolisation produirait des résidus, des restes, et ceux-ci, dans le cas de la psychose et des états limites, se retourneraient contre le sujet. Voir *Id, Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*, p. 99. *op. cit.*

émettre leurs déchets et polluent leur milieu (il faudrait continuellement renouveler de liquide de culture!). Quant à un recyclage par complexification cellulaire, il ne suffirait pas à éviter la production et l'excrétion d'autres déchets produisant de nouvelles intoxications tout simplement parce que le milieu est fermé. Le processus envisagé est soumis à la répétition et prend la forme d'un cercle vicieux où la solution devient elle-même un problème. Il suppose la présence d'êtres plus complexes mais eux-mêmes sont susceptibles de produire des déchets qui devront être à leur tour traités par une entité de degré de complexité supérieur, etc. Mais cette expansion infinie est incompatible avec un milieu clos et la vie ne peut rester limitée à une seule entité.

Deux éléments sous-tendent ce modèle biologique transposé à la sphère psychique, mais, même à l'intérieur de ce cadre de pensée, ils créent une réalité aux dépens d'une autre :

1<sup>er</sup> élément : le phénomène d'auto-intoxication, mais celui-ci n'existerait pas s'il n'y avait pas enfermement.

2<sup>e</sup> élément : La réduction des relations entre les différentes entités<sup>95</sup> au seul traitement des déchets.

Or le phénomène majeur dans la mort des protistes ne tient pas à l'altération du milieu par des processus internes mais à l'impasse vital dans laquelle ils sont pris.

L'utilisation actuelle du modèle employé par Freud est révélateur d'un système de pensée arrivé à ses limites, faute de ne pouvoir interroger le cadre (la présence des parois de verre cernant l'infusoire<sup>96</sup>), et les processus qu'il génère. J'appellerai ce procédé : « le principe de l'infusoire ».

## **Le principe de l'infusoire**

Le principe de l'infusoire est un processus d'aveuglement qui consiste à ne pas voir le dispositif dans lequel se trouvent les sujets

---

95. Etre en relation est une condition indispensable et ne se limite pas à un rapport d'excrétion, même les protistes ont besoin soit d'un hôte (protozoaires symbiotiques utiles aux ruminants dont les cellules ciliées de la panse ont besoin des bactéries, termites, etc.). Les Péridiniens jouent un rôle considérable dans le plancton marin, etc., de même, souvent ce qui peut apparaître comme un milieu de vie est de même nature monocellulaire si bien que les scientifiques renoncent à faire de différence par exemple entre les protozoaires (règne animal) et leur correspondant végétal.

96. Une impasse qui ne dit pas son nom.

et donc de ne pas prendre en considération les effets de cet agencement sur les processus qui s'y déroulent. Ces derniers sont alors attribués spontanément aux individus contenus dans cette situation.

Le principe de l'infusoire ne se limite pas aux considérations psychanalytiques, il est en œuvre dans d'autres champs comme par exemple le domaine biomédical. En effet, le concept de stress et l'analyse de l'apparition de lésions chez les animaux soumis à un stress chronique repose sur le même principe.

Le principe de l'infusoire ne permet pas une vue d'ensemble, de sorte que les solutions ne peuvent être que partielles par l'absence de prise en compte de la situation d'impasse dans laquelle sont pris les protagonistes.

## **Le principe de l'infusoire produit une limitation de la pensée**

Dans ce cas, la limite du modèle impose la limite de la pensée qui s'y réfère. Ainsi Roussillon cite Winnicott « puis-je en rester là pour l'instant ? », proposant de suspendre son hypothèse sur le traitement du délire dans les cas limites. Cette phrase ne signifie pas « un suspens pour complément d'enquête » comme l'insinue Roussillon. Il est possible d'émettre l'hypothèse qu'au contraire Winnicott était déjà allé jusqu'au bout de cette enquête, jusqu'à un terme où la pensée atteint ses limites et où il faudrait alors remettre en question les principes de base du dispositif analytique.

Il en est de même pour Anzieu confronté à la situation paradoxale. Il fait correspondre au couple « *transfert paradoxal/contre-transfert paradoxal* » le processus de relation thérapeutique négative<sup>97</sup> mais, paradoxalement à la fin de son propos, celle-ci ne peut être réduite à ce couple. Son raisonnement mène à une mise en question radicale des règles premières et de la dynamique de la situation analytique sans pourtant en tirer les conclusions qui devraient logiquement en découler. En effet, il maintient jusqu'à la fin deux idées directrices :

---

97. « Si le psychanalyste demeure piégé dans le jeu de ce que je propose d'appeler le transfert paradoxal et le contre-transfert paradoxal, la situation psychanalytique s'achemine vers un échec, volontiers baptisé du nom de réaction thérapeutique négative. » Voir Anzieu Didier, « Créer Détruire », Dunod, Paris, 1996, p. 76.

1. Faire porter la responsabilité de la relation thérapeutique négative au *transfert paradoxal* du patient, entraînant l'analyste dans un *contre-transfert paradoxal*

2. Maintenir la prévalence des *pulsions de mort*.

Il y a apparemment un point limite à ne pas dépasser dans la remise en question de la théorie.

Quelles sont les solutions proposées par Anzieu ?

Se référant aux travaux de l'école de Palo-Alto, lorsque l'analyste s'aperçoit que son contre-transfert associé au transfert du patient reproduisent une situation de communication paradoxale d'une enfance traumatique, il propose d'utiliser la solution préconisée par les interactionnistes : *la métacommunication*.

Dans cette situation particulière, la métacommunication devient un concept fondamental en psychanalyse car elle réussit précisément là où l'interprétation des fantasmes et des pulsions du patient échouent<sup>98</sup>. Il est remarquable que l'une des notions princeps de la thérapie analytique, l'interprétation, se voit destituée au profit d'un concept de la théorie de la communication. Anzieu a toutefois le mérite de l'ouverture.

L'utilisation de la métacommunication n'est pas sans conséquence par rapport à la cure dont le transfert demeure la pièce maîtresse déterminant l'ensemble du dispositif. La métacommunication inscrit du *réel* dans la relation analytique où, jusque-ici, prévalait l'inconscient du *retour de la situation refoulée*. Ainsi, le psychanalyste ne suit plus le mouvement transférentiel du patient et s'emploie même à l'influencer, à le modifier en « métacommuniquant ».

Cette importation de concept devrait déjà susciter de nombreux remaniements théoriques, notamment ceux qui régissaient depuis longtemps l'organisation de la cure. Anzieu ira jusqu'à faire de la

---

98. Non seulement l'interprétation échoue en confirmant au sujet son système projectif mais elle participe au cercle vicieux du paradoxe comme l'illustre l'observation de son patient « Epiménide ». Elle s'oppose donc au mouvement de la cure ! Roussillon retrouve la même limitation et les mêmes effets paradoxaux de l'interprétation dans l'analyse concernant l'échec de la symbolisation de l'expérience du détruit/ trouvé. Du fait d'un enkystement narcissique primaire d'un échec du détachement de l'objet originaire, « La technique psychanalytique répliquerait alors la zone traumatique, répétant le traumatisme et la séduction primaire, provoquant suivant les cas, soit une immobilisation du processus psychanalytique (et son échec pour l'essentiel), soit une réaction thérapeutique négative qui est alors paradoxalement la réaction la plus saine. » Voir Roussillon R., « Paradoxe et situations limites de la psychanalyse », PUF, Quadrige, Paris, 2001, p. 124.

métacommunication un préalable à la possibilité d'une psychanalyse<sup>99</sup>.

Il faut noter que, face à la tendance destructive des psychotiques et des « cas limites », ce recours au *réel* avait déjà été préconisé par Winnicott avant d'être repris par Roussillon. Ces deux auteurs poursuivent l'interrogation freudienne concernant l'attitude thérapeutique vis-à-vis des conflits pulsionnels latents.

### ***L'utilisation du réel***

En 1937, Freud se pose la question de l'attitude de l'analyste face aux conflits pulsionnels latents et aux troubles qu'ils induisent dans la cure. Afin d'avoir une action sur eux, il est nécessaire, qu'avec l'aide du psychanalyste, le patient puisse les extérioriser dans la thérapie. Comment, selon l'expression de Freud, « réveiller les chiens qui dorment » afin de les neutraliser ? Comme la voie du transfert s'adresse essentiellement aux conflits actuels, il reste alors à aborder les précédents dans la réalité. Au terme de sa réflexion Freud ne retient plus qu'un procédé pour faire face aux conflits latents.

*Il ne reste donc plus qu'un chemin, le seul que l'on ait eu vraisemblablement en vue à l'origine. On parle au patient de l'éventualité d'autres conflits pulsionnels et on éveille en lui l'attente que de semblables conflits puissent se produire aussi chez lui. On espère alors que cette communication et cet avertissement auront pour résultat d'activer chez le patient, dans une proportion modeste et pourtant suffisante pour le traitement, l'un des conflits auxquels on fait allusion.<sup>100</sup>*

Freud préconise donc une communication agissant dans *le réel de la relation analytique* dans le but de produire une réaction chez le patient. Il serait possible de voir là les prémisses d'une « métacommunication ».

Mais, contrairement aux prévisions, le résultat attendu par la méthode recommandée ne se produit pas. Freud s'aperçoit que le

---

99. « Le travail psychanalytique était donc subordonné à une phase préalable, que les chercheurs de Palo-Alto ont parfaitement définie : on ne peut sortir d'une communication paradoxale qu'en « métacommuniquant » sur cette situation. » Voir Anzieu, *Créer Détruire*, p. 79, *op. cit.*

100. Ibid., p. 249.

patient ne se sent pas concerné par les propos de l'analyste dont les paroles restent extérieures à lui.

Dans « *L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications* », Winnicott recommande de prendre en considération, non pas l'objet primordial<sup>101</sup> projeté par le patient, mais *l'objet réel* que le psychanalyste doit en quelque sorte *reconstruire* afin d'en retrouver les particularités. En effet, dans le champ de la psychose et des états limites, il y aurait échec d'un refoulement originaire laissant poindre un retour du refoulé constitué essentiellement de perceptions sensorielles, d'hallucinations ou de symptômes psychosomatiques. Roussillon va dans le même sens en pensant qu'une fois « épurés » par l'analyste, ces éléments pourraient être utilisés afin de reconstruire l'objet en soi.

*... Ce serait là le fond du travail spécifique de mise en place du processus psychanalytique, du cadre de travail. Sur ce fond, une seconde tâche de l'analyste se profile : permettre que l'expérience paradoxale de l'objet détruit / trouvé puisse avoir lieu, c'est-à-dire puisse être mise au présent, au centre du « transfert ». C'est là sans doute l'autre point crucial du traitement. L'analyste (et le cadre, l'analyse dans son cadre) doit survivre aux attaques destructives du patient. Le plein déploiement de cette problématique implique que l'analyste puisse être atteint par la destructivité et survivre.<sup>102</sup>*

Comme il le fait d'ailleurs remarquer, sans y prêter une plus grande attention, le transfert est « paradoxal ». En effet, il préexiste au contenu même qui le constituerait !

Cependant il ne peut exister car, en accord avec Winnicott, pour qu'il y ait transfert, il faudrait que l'analyste soit un objet suffisamment externe, différencié ; or il ne peut l'être car les processus originaires n'ont pas encore trouvé leurs places et n'ont pas été élaborés à l'intérieur du transfert.

Bref, si on ne veut pas rester dans ce cercle vicieux théorique, il faudrait entrevoir un autre lieu que l'espace du transfert, non pas en *deçà* du transfert dans lequel un type de travail pourrait s'effec-

---

101. Dans ces situations limites de l'analyse, le sujet ne serait pas détaché de l'objet originaire, il y aurait confusion des limites moi /non-moi rendant très faible le refoulement originaire sur lequel s'étaient les refoulements secondaires donnant accès à la possibilité d'un travail analytique.

102. Voir Roussillon, *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*, p. 126, *op. cit.*

tuer avant d'atteindre finalement *le plan transférentiel* mais un *au-delà*<sup>103</sup>. Ce qui signifie implicitement que le transfert doit renoncer à sa prééminence à couvrir l'ensemble des interactions thérapeutiques et que l'analyste soit capable de quitter le rôle qui lui est alloué.

Faute de pouvoir penser la relation autrement qu'en terme de transfert, les « cas limites » de l'analyse mettent celle-ci dans une impasse. À la suite de l'interprétation, le transfert, le deuxième pilier fondateur de l'analyse, se trouve fortement ébranlé par le couple « cas limite – relation thérapeutique négative ».

Bien que le cadre soit « chauffé au fer blanc », éprouvé par rapport à sa capacité à survivre à la destructivité du patient, à la possibilité pour l'analyste d'avoir un « suffisamment bon masochisme », le principe de l'infusoire est encore en œuvre. Un seul mouvement prévaut : celui d'une pulsion destructrice du patient vers l'analyste avec parfois, en aparté, la présence d'une réaction contre-transférentielle négative de la part de l'analyste (s'il persiste en lui des conflits non résolus.) Toutefois, Roussillon voit dans cette destructivité ramenée principalement au patient le support d'une attitude thérapeutique.

*Aux attaques destructives (ou autodestructives) de l'analyse et du cadre, l'analyste répondrait alors - sauf lorsque les attaques sont fondées sur une défaillance actuelle de l'analyste que l'on ne peut reconnaître dans un premier temps – par des constructions concernant « la réalité » de l'objet originaire avant de proposer éventuellement, dans un second temps, des interprétations portant sur la réalité psychique du patient dialectisée à la réalité de l'objet. Ainsi l'analyse fait-elle « d'une pierre deux coups » puisque c'est à propos du travail de reconstruction de l'originaire que se joue le paradoxe du détruit / trouvé qui prend alors valeur de résistance au processus de reconstruction et s'élabore dans ce processus même.*<sup>104</sup>

Ces « constructions – interprétations », portant sur la réalité psychique du patient, dialectisent aussi la réalité psychique de l'analyste (placé à un autre niveau de la relation, à une position « de force ») à sa perception de la réalité psychique du patient. Ce processus s'apparente de ce fait à *une métacommunication*.

103. Cet au-delà est constitué par *la relation*, une relation qui englobe le transfert, ce dernier n'étant plus qu'un élément d'essence onirique parmi d'autres comme la rêverie, le phantasme ou le jeu...

104. Voir *Id.*, *Paradoxe et situations limites de la psychanalyse*, p. 127, *op. cit.*

Ainsi, si le concept de métacommunication est introduit, comme le préconise Anzieu, la réalité du patient va être prise dans ce métalangage, associée à *la résistance au processus de reconstruction*, ceci au profit d'un regard basé essentiellement sur les fonctionnements des protagonistes marqués par la négativité. Pour le patient, il n'y a pas d'échappatoire. Face à la relation thérapeutique négative, le psychanalyste oppose la « reconstruction de la réalité d'un objet originaire » que le patient aurait au préalable détruit et, s'il ne cautionne pas cette reconstruction, sa résistance est prise dans les filets de l'interprétation. Le système se referme, créant une réalité afin de confirmer sa validité.

### ***Le problème suscité par la métacommunication***

L'introduction du concept de métacommunication dans le système de savoir analytique suscite de nouvelles interrogations.

Est-ce que la métacommunication peut se déprendre de l'interprétation issue d'un modèle déterminant le jeu « *transférentiel* » entre le patient et l'analyste et dont elle semble dorénavant inféodée ? Ne risque-t-elle pas d'être un outil supplémentaire utilisé pour réifier le grand système d'interprétation analytique ?

Face au transfert paradoxal, la métacommunication produirait un mouvement de retour au réel et, une fois levé l'interdit qui la frappe, deviendrait un levier thérapeutique s'opposant à la relation thérapeutique négative, opérant conjointement avec d'autres modifications du dispositif.

*Le psychanalyste ne peut manier une telle situation qu'en y introduisant des changements dans la réalité : passage au face à face, intervention faisant état de son vécu personnel, aménagement des conventions concernant les horaires ou les honoraires, de façon à introduire un démenti à la persécution projetée. Celle-ci peut alors être analysée, ce qui requiert une seconde condition, c'est que l'interdit de métacommuniquer, qui clôturait le système paradoxal, soit levé par le psychanalyste, qui prend l'initiative de métacommuniquer et qui le fait systématiquement face à chaque manifestation paradoxale du patient.<sup>105</sup>*

---

105. Voir Anzieu, *Créer Détruire*, p. 80, *op. cit.*

En réponse au bouleversement si fondamental provoqué par la relation thérapeutique négative dans l'espace psychanalytique, suffit-il de changer de place en aménageant un « face à face » avec le patient ou autres aménagements conventionnels ?

Suffit-il de modifier le prix de la séance ou sa durée et de s'autoriser à métacommuniquer ?

Ces solutions suscitent des divergences pertinentes, tous les psychanalystes n'y adhèrent pas. Green estime que cela ne change rien au *travail du négatif*, fondateur de l'analyse.

*Quoiqu'il en soit, les modifications du cadre ici mentionnées conservent la position négative de base<sup>106</sup>, à savoir le sort réservé à la demande du patient, soit de s'abstenir d'y répondre – qui implique le refus de considérer la question comme « vraie » dans l'espace où se situe l'analyse – et la limitation de l'intervention de l'analyste à l'interprétation du discours de celui qui est là « pour parler ».*<sup>107</sup>

André Green soulève là une question centrale : autant le dispositif thérapeutique découle d'un soubassement théorique donné, autant sa modification n'est pas opératoire si les concepts qui soutendent l'ancien dispositif ne sont pas réexaminés quant à leur validité actuelle. Ils devraient être transformés ou même abandonnés, dans tous les cas réévalués en fonction du nouvel agencement.

On voit comment le malade « état-limite » bouleverse avec la relation thérapeutique négative l'ensemble du dispositif analytique. Il produit un réaménagement des places, provoque un recours au réel, nécessite l'emprunt de concepts à des champs théoriques différents pour être assimilé dans le système de savoir analytique, ceci dans le but de trouver des solutions à une situation bloquée.

Cependant, cette tentative d'assimilation de nouveaux concepts risque de s'accompagner d'une perte de pertinence de ces derniers lorsqu'ils sont utilisés dans un champ différent de celui dans lequel ils ont été créés.

---

106. Souligné par moi-même.

107. Voir Green André, *Le travail du négatif*, Éditions de Minuit, Paris, 1993, p. 136.

### ***Pertinence de la métacommunication***

La métacommunication en tant que solution indispensable pour sortir de la situation paradoxale, préconisée et reprise en analyse, a-t-elle une opérabilité analogue à celle produite par ce même concept dans le cadre de la théorie de la communication ?

À la fin de son article, Anzieu n'est plus aussi affirmatif.

*La connaissance par le psychanalyste des phénomènes de double contrainte et leur repérage dans l'histoire du patient ne lui permet aucunement de faire l'économie d'un transfert paradoxal chez son patient et d'un contre-transfert paradoxal chez lui-même.*<sup>108</sup>

C'est dire que même une fois le repérage réalisé et la métacommunication administrée, la situation paradoxale persiste. La métacommunication s'avère donc être une solution, peut-être nécessaire, mais dans bien des cas insuffisante.

Quelle en est la raison ?

Anzieu aurait dû aller plus loin dans l'exploration du champ de pertinence de ce concept transposé dans la cure, mais la théorie pulsionnelle est encore trop présente et la réflexion se voit rapidement réduite au jeu des pulsions tout en préservant le primat transférentiel ?

Le cadre de la théorie de la communication permet-il de rendre compte du champ de validité du concept de métacommunication et de ses limites ?

### ***Naissance de la métacommunication***

Il convient de revenir sur l'origine de la *métacommunication*, de replacer cette solution, en apparence idéale, dans son cadre initial, l'hypothèse de la double contrainte telle qu'elle a été formulée par Bateson dans son article de 1956 : *Vers une théorie de la schizophrénie*<sup>109</sup>. Il s'agissait d'une situation paradoxale affective dans laquelle un enfant était pris avec sa mère et où toutes les solutions s'avéraient néfastes pour lui. S'il s'approchait de sa mère pour recevoir de l'affection, celle-ci s'éloignait et lorsqu'il effectuait un retrait, sa mère se rapprochait en lui faisant comprendre que ce qu'il avait perçu était erroné. La métacommunication, s'il en avait eu la

108. Voir *Id.*, *Créer Détruire*, p. 86, *op. cit.*

109. Voir annexe : Hypothèse de la double contrainte.

possibilité, aurait permis à l'enfant de dénoncer le paradoxe d'une telle communication, de mettre des mots sur l'incohérence de l'interaction en cours. Mais sa mère barre l'accès à cette possibilité, atrophiant en lui cette capacité. De plus, le jeune enfant ne peut pas se sortir de l'interaction pathogène à cause de son immaturité et de sa dépendance, il ne peut produire ce métalangage.

Les théoriciens de Palo-Alto, en émettant l'hypothèse d'une métacommunication susceptible de contrer l'effet schizophrénogène de la relation paradoxale, font référence essentiellement à une position, certes idéale, mais *précise*, des protagonistes : la place que pourrait prendre l'enfant *par rapport* à sa mère pour prononcer, de cette position particulière, la dénonciation du paradoxe.

Il en est autrement dans la reprise faite par Anzieu. En effet, d'après lui, le psychanalyste est *lui seul* en droit de métacommuniquer<sup>110</sup> et, à aucun moment, cette potentialité n'est donnée au patient, vu qu'elle ne lui est pas reconnue !

Si elle est possible pour quelqu'un qui se trouve en position de faiblesse, de vulnérabilité, la métacommunication peut se révéler être de valeur vitale, mais il faut se demander si elle conserve son *effet libérateur* lorsqu'elle est prononcée par un sujet *en position de force* et si, de surcroît, ce sujet est susceptible d'émettre plus ou moins volontairement des injonctions paradoxales. Sans remettre en cause les intentions louables du thérapeute, on sait qu'un effet pathogène viendrait de ces injonctions si celles-ci étaient prononcées. Mais peut-on être certain de l'absence d'un effet implicite ?

Peut-on être assuré, même si on ne décèle pas ouvertement l'expression de telles injonctions chez la personne en situation privilégiée, que celles-ci soient vraiment absentes de la situation ?

Searles donne des exemples de dissociation chez ses patients entre les discours tenus et l'expression concomitante et contradictoire de leurs comportements corporels. L'exemple de Mme G. le montre, malgré des paroles de neutralité bienveillante, elle perçoit des signes d'agacement, d'énervement du psychanalyste envers son mutisme.

De plus, Searles introduit un degré de complexité supplémentaire si l'on *relativise* la réalité de l'entité « cas limite » et sa responsabilité dans la relation thérapeutique négative.

---

110. « L'invitation à métacommuniquer, l'exemple et l'enclenchement de la métacommunication sont des tâches qui reviennent au psychanalyste. » Voir *Id.*, *Créer Détruire*, p. 79, *op. cit.*

*On peut constater, de même, que l'analyste inexpérimenté ou inconsciemment sadique qui fait un grand nombre d'interprétations prématurées tend à rendre le patient psychotique – tend à affaiblir le moi du patient plutôt qu'à le renforcer (selon son intention consciente) en aidant celui-ci, grâce à des interprétations plus opportunes, à assimiler progressivement le matériel auparavant refoulé.<sup>111</sup>*

C'est dire que, dans ces cas difficilement repérables, l'analyste participe à *la construction* du genre « sujet cas-limite ». Celui-ci devient un objet à étudier, à l'origine d'un phénomène « négatif » interpellant au final l'analyste selon un « effet boucle »<sup>112</sup>. Un phénomène que le thérapeute peut lui-même induire sans même s'en rendre compte et sur lequel il va prétendre métacommuniquer.

Cela soulève des interrogations importantes :

À qui revient la légitimité de la métacommunication ? Le thérapeute ne devrait-il pas inviter aussi le patient à métacommuniquer sur la relation thérapeutique ?

Quels effets produit-elle si l'auteur qui l'utilise l'intègre dans sa paradoxalité ?

Replacée dans le cadre de la théorie de la communication auquel elle se réfère, outre l'existence d'injonctions paradoxales, pour mesurer toutes les conséquences de la proposition d'Anzieu de métacommuniquer, il serait essentiel de considérer l'effet produit par l'inversion des positions des protagonistes (par rapport au schéma positionnel initial donné par la théorie de la communication).

Ainsi, dans le cas exemplaire de l'interaction entre la mère Balinaise et son enfant, d'imaginer que ce soit la mère qui métacommunique sur les réactions de son enfant vis-à-vis d'elle. C'est-à-dire l'effet que pourrait produire une phrase maternelle telle que : « tu vois, tu te retires alors que je te montre que je t'aime... ». Une phrase se surajoutant à un comportement infra-verbal de retrait tout en sachant que l'enfant n'est pas en mesure de répliquer.

Ne verrouille-t-elle pas encore plus l'impasse relationnelle dans lequel il est ?<sup>113</sup>

---

111. Searles Harold, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Éditions Gallimard, Paris, 1965, p. 157.

112. Voir I. Hacking, *entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?*, *op. cit.*

113. L'étude des effets d'une métacommunication faite par une personne en « position de force » devrait mettre en évidence le caractère pathogène des énoncés produits mais il est nécessaire de ne pas rester qu'à ce niveau et d'aborder le problème du cadre.

L'absence de réflexion sur ce problème est logique puisque, dans la plupart des écrits psychanalytiques sur la relation thérapeutique négative, l'analyste est la principale victime de la destructivité du patient, entraîné par le « transfert négatif » de ce dernier. Cet *a priori* a probablement permis d'éviter l'analyse du vice logique de l'emploi de la métacommunication dans le cadre analytique.

### ***L'utilisation de la métacommunication forme une impasse logique***

Normalement la métacommunication constitue un énoncé formulé à l'intérieur d'un cadre de référence clairement défini (dispositif dans lequel sont inclus le patient et le thérapeute) et qui se propose de dire quelque chose *sur* ce cadre de référence et donc aussi sur le thérapeute. Si cet énoncé produit est une dénégation, on retrouve la forme logique du paradoxe d'Epiménide le Crétois.

En effet, appliqué à l'analyse et en référence à la théorie de la communication, si on appelle A la classe de tous les énoncés que l'on peut formuler à l'intérieur du système analytique, tout énoncé portant sur A est un « méta-énoncé », c'est-à-dire un énoncé sur la classe de tous les énoncés possibles dans le cadre analytique. L'outil « métacommunication » est à la fois membre de A (même s'il est emprunté à un autre corpus d'énoncés) et en même temps un « méta-énoncé » sur A. Et comme le disent les interactionnistes : « Aucun énoncé, formulé à l'intérieur d'un cadre donné, ne peut en même temps « sortir », si l'on peut dire, de ce cadre et se nier lui-même. »<sup>114</sup>

En restant seulement au niveau du couple « transfert /contre transfert », on manque l'essentiel en ne cherchant seulement que les injonctions paradoxales chez les personnes en interaction. Tout se passe comme si « les parois qui entourent l'infusoire » devaient rester invisibles afin de dissimuler de possibles injonctions paradoxales émises par la *structure même du cadre de la cure*. En effet, on retrouve dans le dispositif de la cure les conditions de la double contrainte<sup>115</sup>.

---

114. P. Watzlawick, J.Helmick, Beaven, Don D. Jackson, « Une logique de la communication », Seuil, Paris, 1972, p. 205.

115. Le cadre produit le phénomène « pathogène » à son insu mais qu'il s'efforce de réduire. Anzieu s'est simplement aperçu que les outils du cadre tels que l'interprétation ou le maintien du transfert participaient à l'effet paradoxal. En ce sens, il ne tient pas compte de l'enseignement des interactionnistes, à savoir que le changement ne peut résulter de modifications à l'intérieur d'un ensemble.

Dans le terme de « cadre », il ne faut pas entendre simplement l'attitude contre-transférentielle de l'analyste mais tous les éléments hétérogènes du dispositif, que ce soient les positions respectives des sujets, le jeu des silences construits par l'analyste et de ses murmures calculés, mais surtout l'ensemble du savoir qui organise une telle scène.

### ***La cure et la double contrainte***

Quels sont les éléments de la double contrainte repérables dans le dispositif analytique ?

L'observation de Mme G. nous servira de fil conducteur.

#### *Confusion entre la demande d'aide du patient et la cure comme réponse à cette demande*

Comme tout thérapeute, l'analyste est placé d'emblée en position d'autorité par le patient qui formule une demande d'aide. Dès le début, il peut y avoir contradiction. A l'exemple de Mme G., déprimée, face à sa demande d'aide, le psychanalyste engage la cure mais tout en disant plus tard que c'est la patiente qui l'emmenne, qui l'a toujours emmenée et qu'il n'a fait que suivre.

Il est alors à l'aise pour dire, par la suite, lorsque son état s'aggrave, qu'il ne peut pas répondre à sa demande car c'est elle qui fait l'analyse.

La demande d'aide suppose l'interpellation *d'une autre personne présente*. L'analyste semble être seulement présent au début, car il s'efface ensuite derrière les règles de la cure en devenant de plus en plus absent affectivement (neutre) tout en restant présent physiquement<sup>116</sup>.

La situation classique de la cure dans laquelle le psychanalyste est derrière le divan participe à asseoir la neutralité et l'absence de celui-ci par le manque de visibilité corporelle (production de frustration et travail du négatif !), elle réifie dans certains cas une impasse mortifère.

---

116. Sami-Ali fait de cette « présence absence » une situation d'impasse majeure, retrouvée souvent dans les premières années de la vie d'un enfant en lien avec une mère dépressive ou non affective. La situation analytique est alors en mesure de raviver les impasses précoces du début de la vie.

*Le préalable transférentiel et l'interprétation comme centre du travail analytique s'avèrent parfois être l'origine d'un enfermement*

Dans ce cadre déserté par l'affect, si ce n'est celui projeté par l'analysé, il y a un préalable : il est nécessaire que le patient parle (ce dernier est là pour parler et l'analyste pour interpréter son discours). Même si les associations sont pauvres, l'analyse peut durer. Même s'il ne rêve pas ou si la question des rêves n'est pas posée, le discours du sujet sur lui-même suffit à justifier le long déroulement des séances.

Ainsi, le cadre même de l'analyse fournit une première injonction à parler de soi de la manière la plus subjective possible, en faisant des associations, etc. ; une parole nécessaire sans laquelle l'existence de la cure devient caduque. Pour exister, le psychanalyste a besoin d'interpréter ! Face à un mutisme persistant, la situation analytique devient paradoxale et le psychanalyste est en quelque sorte « chauffé à blanc », il doit alors maîtriser d'éventuelles manifestations d'agacement, de tics incontrôlés. Il se trouve pris dans le paradoxe d'un « travail du négatif » produisant du « négatif silencieux », rétif à l'interprétation, ininsérable dans un transfert en mal d'existence.

Pour survivre, un autre niveau s'impose alors, en deçà, plus originale ayant pour fonction de rendre respirable cet espace d'où l'air s'était retiré, aspiré par un silence trop prolongé.

Une autre situation rencontrée dans les cas de « transferts négatifs » est celle concernant une situation que les interactionnistes dénomment « imperméabilité de niveau II<sup>117</sup> ».

Là où le patient se croyait compris, il se trouve aux prises avec une insensibilité et un déni de la part de l'analyste.

*Le concept de relation thérapeutique négative crée une situation d'imperméabilité de niveau II*

Une fois le diagnostic posé et codé par la grille de connaissance théorique du processus de relation thérapeutique négative, l'analyste n'enregistre plus le point de vue du patient. De même, ce dernier ne perçoit pas que son point de vue n'a pas été et ne sera jamais considéré, si ce n'est au travers d'une grille interprétative. Nous avons vu que l'interprétation s'étaye sur une métabiologie qui sert de support à toute une trame théorique à partir de laquelle la cli-

---

117. Voir annexe : Le concept d'imperméabilité.

nique va être déchiffrée, cela sans laisser de place à d'autres possibilités d'appréhender l'aggravation de l'état d'un sujet.

L'*a priori* d'une destructivité du patient à l'égard de l'analyste conditionne l'imperméabilité (L'aggravation de l'état du patient, compris comme une auto-destructivité s'accompagne d'une hétéro-destructivité) et la cure n'évolue plus comme elle devrait dans la un sens progressif.

Interviennent alors deux possibilités : soit interroger les bases de la théorie au regard de la clinique, soit faire appel à la catégorie de « relation thérapeutique négative » comme principe d'intelligibilité dans le but implicite de sauvegarder le système théorique.

## Commentaire

Freud a considéré la relation thérapeutique négative comme une entité clinique particulière<sup>118</sup>, analogue à un symptôme qu'il fallait analyser. Un symptôme pour lequel d'autres psychanalystes (Potamianou, Roussillon...) ont tenté de dégager une étiologie.

Aussi, l'attitude de Mme G., jugée négative, est prise dans une grille de lecture, un codage analytique des phénomènes qu'elle manifeste : à la fois ses silences, l'agressivité de son discours, l'expression affective, sa souffrance, tout entre dans l'ordre symbolique et interprétatif de la psychanalyse et du dispositif normatif qu'il instaure.

De sorte que l'apparition de l'angoisse et son augmentation au cours des séances reste « normale » lors d'une cure. La patiente ne doit pas s'en étonner et par conséquent s'en plaindre. Sa souffrance grandissante ne fait que traduire une problématique enfouie depuis les débuts de son histoire ainsi que l'insuffisance de liaison d'un appareil psychique encore immature !

Mais, poussée à l'extrême, la souffrance, lorsqu'elle dure, interpelle trop le cadre analytique. Elle met à défaut le thérapeute dans sa fonction liante, d'appareil psychique substitutif.

Mais pourquoi donc la patiente « reste-elle si accrochée à sa souffrance » ?

---

118. La relation thérapeutique négative est mue par la compulsion de répétition, elle-même sous tendue par l'instinct de mort, nous avons là un trépied dont les termes s'auto-confirment. La relation thérapeutique négative prouve l'instinct de mort par le biais de la compulsion de répétition responsable de la relation thérapeutique négative, etc.

Pourquoi se refuse-t-elle à coopérer ? Ne supporte-elle pas l'autorité du thérapeute ?

Ou bien la perspective du changement ou de la fin de la cure lui est-elle insupportable ?

L'observation de Mme G. nous a permis d'éprouver la validité de telles questions. Elles apparaissent si décalées, si aberrantes, par rapport à l'expérience qu'elle énonce durant son travail relationnel !

Mais, il faut bien trouver une raison au refus du mouvement progressif caractérisant habituellement une cure. Un mouvement normal va dans le sens d'une amélioration bénéfique pour la patiente surtout lorsqu'il existe tout un travail positif réalisé par un psychanalyste suffisamment bon ! Le mouvement progressif marque le couronnement de l'analyse et la réussite de la « bonne cure ».

Il n'est pas besoin de faire plus apparaître le caractère normatif de la psychanalyse, sensée amener le sujet aux confins d'une exploration, au terme de laquelle, une fois les conflits internes éludés, il trouvera, dévoilée par l'interprétation, la vérité de ce qu'il est.

Or pour Mme G., l'analyse se trouve déjouée par une folie émergente, objet perturbant dont elle ne peut pas se défaire et qui fait pourtant partie du champ de la psychopathologie freudienne.

Quelle est donc cette folie qui surgit sans crier gare ?

Quel est donc ce délire, auparavant camouflé, venu troubler la quiétude de la cure ?

Ce désordre ne révèle-t-il pas une erreur diagnostique préalable ?

La patiente apparue en première instance comme névrosée appartiendrait en fait à la catégorie, aux frontières un peu floues, des « états limites ». Une fois de plus, la lecture est faite en terme de « structure interne ». Ces structures « états limites » qui, d'après Roussillon, « chauffent à blanc » le dispositif analytique, éprouvant l'analyste dans ses contre-transferts ; des contre-transferts qu'aussi bien Freud, Roussillon ou Potamianou, recommandent de soumettre régulièrement à l'analyse. Ceci, bien sûr, afin d'éviter les réactions agressives envers le patient ainsi que d'autres éventuelles dérives du psychanalyste.

Si cela venait à se produire, il se formerait alors ce couple étrange : « transfert négatif/contre-transfert négatif » formant *l'envers d'une analyse positive* et prônant le triomphe des forces de mort sur celles de la vie. Ainsi se joue une nouvelle scène du théâtre mythologique analytique.

Mais revenons à l'obstination du patient à s'inscrire dans un mouvement régressif à l'analyse. Ne peut être en oeuvre dans ces

rêves traumatiques, dans cette compulsion de répétition à souffrir, à répéter contre tout changement une plainte indéfinie, qu'une puissante pulsion de mort issue des régions les plus reculées de l'âme. Une pulsion de mort susceptible de réveiller son homologue chez l'analyste (pouvant induire chez celui-ci une analyse sans fin de son contre-transfert !).

C'est dire l'importance accordée aux sujets « états limites » à cause des troubles qu'ils provoquaient dans la cure. Le bouleversement qu'ils ont produit a généré un partage, une scission de l'espace sacré de la cure. Pour s'adapter à ces nouvelles figures pathologiques, les psychothérapies analytiques sont nées à côté de la cure en proposant un changement dans le dispositif auparavant orthodoxe. Le passage du « face à face » à l'arrière du divan avait permis à Freud de mieux définir la psychanalyse par rapport à l'hypnose tout en se pré-munissant des effets de l'affect. Ce dernier, n'ayant plus d'accrochage subjectif, pouvait alors mieux se prêter à être un objet d'étude, d'interprétation, de suivi dans son évolution quantitative etc.

Cette translation fondatrice fait retour en sens inverse et devient même un remède préconisé par Anzieu pour déjouer le « transfert paradoxal ». Mais serait-ce une nouvelle fiction ? Un leurre théorique car, en référence au système de savoir analytique, il n'aurait pas suffi de déplacer les chaises, de relever le buste du patient pour déjouer les instincts les plus tenaces en œuvre à l'intérieur de lui ? Ces réaménagements demeurent inefficaces car il persiste toujours cette région originaire et dormante au sein d'un inconscient négatif et toujours susceptible de se réveiller.

En définitive, en focalisant constamment l'attention sur le comportement pathologique du sujet et sur les réactions contre-transférentielles de l'analyste, le cadre de l'analyse n'est pas interrogé, il est épargné au profit de conflits personnalisés non résolus.

Quel est le sens de cet évitement magistral ? Pourquoi un regard critique ne se porte-t-il pas sur l'ensemble du cadre et ne se localise-t-il que sur une partie, en l'occurrence l'analyste ? Certes celui-ci en est un point majeur, il en est le garant, mais le cadre se compose aussi d'autres éléments hétérogènes formant le dispositif analytique. Il est classique de rappeler qu'il est responsable des phénomènes qui s'y déroulent, c'est-à-dire ici du transfert et du contre-transfert, l'un d'eux ou les deux soient-ils négatifs ! C'est donc l'ensemble du dispositif qu'il faut interroger, à la fois l'analyste, son attitude contre-transférentielle, sa grille de lecture, ses interprétations qui s'adosent au système de codage analytique, celui-ci

déterminant le jeu des silences et des interprétations, des rictus et des ricanements dont l'arrangement a été si décisif dans l'écllosion du délire de Mme G.

Ce dispositif analytique n'est pas simplement un espace virtuel mais une situation relationnelle pouvant prendre la forme d'un enfermement. Ce n'est pas par la conjonction de deux fonctionnements plus ou moins défaillants (celui de la patiente et/ou celui de l'analyste) que surgit la pathologie mais bien par la rencontre et la fusion de deux ou plusieurs situations d'impasses relationnelles, par la résonance et l'amplification qu'elles induisent : celle(s), non repérée(s), de l'histoire de la patiente et celle construite dans l'actuel de la relation thérapeutique.

*Zorn ou l'incarnation de la relation thérapeutique négative selon Pontalis*

« Partout où ça fait mal, c'est moi. »  
*Mars*, où l'histoire d'une possession froide<sup>119</sup>

Tout comme Freud avait trouvé dans la relation thérapeutique négative l'expression clinique susceptible d'apporter une confirmation de l'existence, jusque-là purement hypothétique de la pulsion de mort, le personnage de Zorn<sup>120</sup> constitue la figure idéale pouvant être investie par la psychanalyse de cette force démoniaque.

Nous avons été surpris de constater que la pensée de J.B Pontalis sur le problème soulevé par « la relation thérapeutique négative » procède d'un cheminement analogue à celle de Didier Anzieu. Elle débute par une remise en question fondamentale de la méthodologie analytique mais cette avancée théorique va buter, au final, contre une ligne infranchissable ; une ligne qui ne peut être dépassée car elle mettrait en cause l'ensemble du système.

Dans un premier temps, Pontalis pose l'étendue du problème et il interroge les limites mêmes de la légitimité psychanalytique, jusqu'à énoncer le paradoxe suivant :

*Plus la théorie paraît à même de prendre en compte la réaction thérapeutique négative, mieux elle est armée pour en venir à bout, plus celle-ci nous désarme, plus elle se présente comme une force*

119. Voir J.B. Pontalis, « Non, deux fois non » in *Perdre de vue*, Gallimard, Paris, p. 120-121.

120. Voir Fritz Zorn, *Mars*, Gallimard, Paris, 1979.

*irréductible, et même comme un noyau d'être insécable, qui non seulement échappe aux prises de l'interprétation mais tient en échec, dans ses racines et sa finalité même l'analyse : l'analyse rencontre en elle-même ce qui la nie.*<sup>121</sup>

Comment mieux concevoir le rapport irréductible entre un système de savoir qui tente de cerner ce phénomène et les effets antinomiques et exponentiels de cette démarche : plus l'analyste tente d'interpréter, plus, *a priori*, l'objet d'interprétation se refuse, échappe, entre en résistance à l'interprétation. « L'analyse rencontre en elle-même ce qui la nie », ce verdict asséné par l'auteur aurait dû suffire à questionner fondamentalement le système de savoir psychanalytique « chauffé à blanc » par la réaction thérapeutique négative. Mais il ne va pas en être ainsi, comme à son habitude le système va reprendre ce qui le contredit, ce qui le nie pour en faire une partie du système en mesure non d'infirmier mais de confirmer le savoir préalable.

Pontalis va interroger la fonction de liaison de l'analyse mise à mal par le « négatif » considéré en soi, comme une « machine à détruire ». Il est vrai que si l'on va dans le sens de la pensée freudienne de la deuxième topique, on peut naïvement se poser cette question :

*« Comment donc des effets positifs qui ne seraient pas trompeurs, peuvent-ils être obtenus par l'analyse ? »*<sup>122</sup>

En effet, les pulsions de mort, puisque pulsions paradoxalement vitales<sup>123</sup> existant dans la programmation même de la vie, ne sont-elles pas à terme destinées à être victorieuses faisant du travail analytique un pis aller ? Donc un destin déjà programmé rendant obsolète toute cure aux prises avec l'œuvre de la pulsion de mort.

Mais, s'interroge cet auteur, existe-t-il autant de « relations thérapeutiques négatives » que le nombre d'écrits sur ce sujet le laisserait penser ? Les psychanalystes ne mettent-ils pas sous cette appellation une multitude de phénomènes en rapport avec l'échec de la cure<sup>124</sup> ? La relation thérapeutique négative serait alors un grand fourre-tout, visant à dédouaner un parcours thérapeutique arrivé à l'échec. Pontalis semble être partisan d'une définition plus

---

121. Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 97-98, *op. cit.*

122. Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 99, *op. cit.*

123. Prenant une force dans la répétition, ces pulsions au service de la mort résistent aux forces de vie.

rigoriste sans pour autant revenir aux premières conceptions freudiennes<sup>125</sup>. Il attribue plutôt la dérive de cette prolifération de *relations négatives* à une confusion faite par les psychanalystes entre la *résistance* constitutive de la cure et la *défense* irréductible à l'interprétation. Selon lui, on ne peut se plaindre de résistances, même massives, car elles sont la raison d'être de la démarche psychanalytique mêmes si elles conduisent la cure à un échec. Dans le cas des résistances, l'échec doit alors être imputé non à la pulsion de mort mais au jeu « transfert-contre-transfert » dans lequel il ne ressortirait que des perdants. Mais nulle trace dans ce cas de relation thérapeutique négative, il s'agit plutôt de la déficience d'une relation intersubjective et d'une expérience négative tout au plus !

Il en est tout autrement de la “*vraie relation thérapeutique négative*”, celle mettant en œuvre des forces démoniaques qui ne peuvent se réduire à des subjectivités en opposition, à des résistances ou à des contre-résistances. Toujours selon sa vision, la nature de ces forces est tout autre : ces forces n'entrent plus dans le “filet transférentiel”, elles sont de la même nature que la *chose* ou *l'agir* et résistent à la pensée ; leurs régimes de fonctionnement est de l'ordre de « l'action – réaction » propulsant le psychanalyste dans un rôle d'actant qu'il redoutait car cette position lui enlève son principal outil thérapeutique, le transfert, et le plonge dans un paradoxe indépassable :

---

124. Pontalis en vient à mettre fondamentalement en doute la manière dont actuellement les psychanalystes repèrent partout devant l'échec de l'analyse l'existence de « relations thérapeutiques négatives » :

« La multiplication actuelle des tableaux cliniques serait sans grande conséquence si elle ne risquait de produire l'effet suivant : quand nous faisons dériver notre découragement ou notre impuissance d'une morphologie de la réalité psychique de nos patients, nous nous comportons comme ceux d'entre eux qui imputent leur état de misère intérieure à une réalité sociale ou familiale qui serait trop ceci ou pas assez cela. Nous nous défendons alors, les uns et les autres, par la réalité ; qu'elle soit qualifiée de psychique ou de matérielle, de sociale ou de corporelle ne change rien à l'affaire dès l'instant où nous nous référons à la réalité invoquée comme à une cause. Nous restons sous l'emprise du discours causal avec lequel pourtant la méthode psychanalytique a dû rompre pour ouvrir sa voie propre ». Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 115, *op. cit.*

125. Pour sortir de l'amalgame entre *les échecs d'une cure* et la présence dans la cure d'une relation thérapeutique négative, il aurait été possible de revenir aux premières définitions faites par Freud dans lesquelles existait un « marquage » des phases plus net : théoriquement l'aggravation devrait être consécutive à une amélioration et à une satisfaction exprimée de l'analyste.

*Mais faut-il encore parler de transfert là où il cesse d'être une métaphore, un transport, là où il n'y a pas mobilité des représentations mais où s'institue un rapport à l'objet dans lequel paraît s'investir toute l'énergie psychique du sujet ? Le lien transférentiel est alors des plus serrés. Il est aussi tendu à l'extrême, tendu à se rompre avec des alternances soudaines, violentes de sentiments : admiration et mépris, gratitude et rejet. Tout blanc, tout noir. Sans nuances. On ne s'ennuie pas avec ces patients. Mais on souffre. Notre « moteur » tourne à très bas ou très haut régime sans jamais pouvoir se permettre une vitesse de croisière... Et le contre-transfert s'annonce aussi dans une forme d'Agieren : notre corps seul s'exprime dans cette tension diffuse, l'immobilisation physique se redoublant dans une paralysie du cours de la pensée. L'attention ne « flotte » plus : elle se focalise, sidérée, comme frappée d'interdit.<sup>126</sup>*

Certes, il ne peut y avoir aucune « vitesse de croisière » pour l'analyste car tout simplement le transfert tourne à vide. L'analyse ne devient alors qu'une vaine tentative de raccrochage visant à faire perdurer sa propre existence dont l'issue, reconnue par avance, ne peut qu'être fatale. Se situant en deçà du plan transférentiel, Pontalis va chercher l'origine dans une motion cachée<sup>127</sup>, dans des fantasmes inconscients. Rien d'original en fait car sa démarche revient à réitérer l'hypothèse de régions originaires des profondeurs de l'être dans lesquelles sommeilleraient les « chiens qui dorment »<sup>128</sup>, les refoulements fragiles prêts à rompre sous l'afflux d'une trop grande quantité d'excitations. Il va alors jusqu'à identifier le fantasme sous-tendant la relation thérapeutique négative comme celui d'une folle passion pour « changer, pour guérir la mère folle à l'intérieur de soi »<sup>129</sup>. Un mauvais objet interne par lequel le sujet existerait mais au prix d'une *possession* par / de ce corps étranger exerçant du dedans son emprise.

*...son emprise du dedans, comme si la mère tenait lieu de pulsion ; d'où, en retour un effort rageur pour le « posséder », ce*

---

126. Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 108, *op. cit.*

127. « ...Il convient de se poser la question : dans cette défense où prévaut le couple action-réaction, quel est le fantasme agissant ? Quelle est l'illusion, ou mieux la conviction, cachée ? Quels sont les affects mobilisés ? Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 109, *op. cit.*

128. Voir Freud, *l'analyse avec fin et l'analyse sans fin*, *op. cit.*

129. Voir J.B. Pontalis, *Non, deux fois non*, p. 100, *op. cit.*

*corps étranger, pour le contrôler, également sans cesse et sans répit, en le plaçant au dehors.*<sup>130</sup>

Au dehors sur la personne de l'analyste sur lequel un étrange transfert s'effectue, sans toutefois en être un, puisque l'on se situe en deçà du champ transférentiel ! Le dehors, la réalité objectale de l'analyste, est donc constitué par un dedans nécessaire à une souffrance qui, paradoxalement, ferait exister le sujet en faisant aussi souffrir l'autre. « Indestructible, le mauvais objet garantit au sujet sa propre permanence. »<sup>131</sup>, mais ceci seulement pour un temps, avant qu'une pathologie se déclare en lien direct avec ce mauvais objet à l'intérieur de soi. C'est ainsi que Pontalis interprète le cancer de Zorn :

*... Et plus le corps étranger interne, d'abord simple intériorisation du Mal*<sup>132</sup>, devient ce qui fait vivre Zorn, lui donne, enfin, le sentiment d'avoir quelque chose qui soit lui. Une nouvelle fois, je cite ces mots : « Partout, où ça fait mal, c'est moi. ».

*Ne serait-ce pas là le ressort d'une réaction thérapeutique négative ?*

Enfin, le régime pulsionnel mortel qui avait trouvé le lieu de sa manifestation et la légitimité de son existence dans la « relation thérapeutique négative », au grand soulagement de Freud en 1923, trouve avec Pontalis un *visage* : celui d'une mère folle, toute puissante, se tapissant à l'intérieur de soi<sup>133</sup> responsable d'une *absence définitive de visage du sujet* par excès de rien<sup>134</sup>. Zorn est ainsi condamné à s'identifier au Mal.

L'archaïque ou l'originare revêt un masque transférentiel qui n'est pourtant pas un transfert, tel un mutant, la pulsion de mort se déguise sans atteindre le sexuel car la mère est *folle* est la question reste donc existentielle. Les liens de parenté entre la folie, ses déri-

---

130. Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 111, *op. cit.*

131. Voir *Id.*, p. 111, *op. cit.*

132. Souligné par moi-même.

133. « Et si le sujet ne peut que *réagir*, n'est-ce pas parce qu'il assigne, une fois pour toutes, l'agent, la place d'agent, d'acteur, à une figure parentale à l'origine... de tout ? L'impuissance est toujours l'aveu qu'une toute-puissance est en l'autre, qui la garde pour lui, et même *doit* la détenir à jamais. Face à cette toute-puissance, à cette excitation permanente, à cet excès de mère en soi, une seule réponse : la réaction. » Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 112, *op. cit.*

134. Voir *Id.*, p. 121, *op. cit.*

vés comme les « états-limites » se resserrent. Le protiste est fou ! Ce qu'il produit l'aurait de toute façon détruit par le seul fait que, s'il n'avait pas excrété ses déchets, ceux-ci l'auraient *pollué* de l'intérieur ; le protiste est l'excrétion qu'il n'a pu *posséder*. L'impasse est totale, la destruction massive est irrémédiable : le sujet, au dedans comme au dehors, coïncide avec l'impasse.

*Plutôt que de se mesurer à la folie d'Eros, ils choisissent le combat perdu d'avance avec Thanatos. Guérir de la sexualité, guérir de l'excès de mère, ne pas vouloir se guérir, c'est tout un*<sup>135</sup>.

Malgré ces destins fatals, Pontalis ne perd pas espoir, préconisant la possibilité d'une nouvelle naissance « parthénogénétique favorisée par l'analyste-mère » dans son attitude relationnelle de « quiétude » et « d'impassibilité » face aux assauts du patient. Aucune nouveauté ici car il s'agit encore de soutenir la continuité d'une attitude de neutralité bienveillante. En ce sens, sa position diffère de celle de Didier Anzieu qui préconisait d'introduire des *modifications* dans le cadre de la cure ; modifications dénoncées par Pontalis.

*Le seul changement reconnu comme valable serait un changement opéré dans la réalité. L'étrange est qu'il arrive que nous soyons preneurs, au moins pendant un temps, de cette exigence là, que nous nous disions : avec une mère pareille – aussi psychotique, aussi imprévisible, aussi incohérente ou aussi abusive, aussi persécutrice –, ou avec un « environnement précoce aussi défectueux », ou après une telle succession de dommages et de catastrophes, que faire d'autre que de tenter de réparer, de coller les pièces sur les trous de tissu ?*<sup>136</sup>

Cependant, il faut garder à l'esprit, souligne l'auteur, que cette réparation se fait à l'intérieur de l'analyse « suffisamment bonne » et par l'interprétation. Pontalis préconise fortement que l'analyste s'interdise de donner acte, de reconnaître la violence qui a été faite au patient dans son enfance, mais se doit de « reconnaître pleinement la légitimité de sa réaction thérapeutique négative ».

Il invite aussi l'analyste à assumer sa carence, à accepter son « pas assez », « seule réponse possible à un « par trop » du patient,

135. Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 103, *op. cit.*

136. Voir *Id.*, *Non, deux fois non*, p. 116, *op. cit.*

afin de ne pas amplifier la réaction thérapeutique négative dorénavant considéré comme *résistance* vis-à-vis d'une cure *a priori irrésistible* mais indispensable. Et si la cure a quelques responsabilités dans cette résistance effrénée du patient, c'est qu'elle ravive le problème en lui d'une séparation inévitable.

*Comment ne résisterait-on pas alors à corps perdu à l'analyse qui – on le pressent dès qu'on s'y engage – ne donne l'illusion de la retrouvaille de l'objet, de sa possession hors du temps, que pour instituer la séparation ?*

Ainsi la résistance de la relation thérapeutique négative est inhérente à l'engagement même du sujet dans une cure vouée irrémédiablement à se terminer un jour ; tout est renvoyé à une problématique interne s'échouant sur l'écueil d'un principe de réalité. Le questionnement en profondeur du système est ajourné.

## Chapitre 5

### Conclusion

*« Après avoir établi ces choses, je croyais entrer dans le port, mais, lorsque je me mis à méditer sur l'union de l'âme avec le corps, je fus comme rejeté en pleine mer. »*

Leibniz

Au moment de conclure, se retrouver en pleine mer, c'est être toujours plus au large de sa propre pensée, encore plus loin d'un point que l'on croyait avoir atteint.

Cet essai ne prétend pas avoir épuisé cette série de concepts qu'il se proposait d'explorer. En effet, le rêve traumatique, le syndrome de répétition, la relation thérapeutique négative pourraient encore susciter de nombreuses élaborations. Mon propos n'était pas d'en faire le tour mais, à partir d'une nouvelle position, une position relationnelle, de projeter une autre lumière sur ces phénomènes.

J'ai voulu souligner l'importance d'interroger les conditions d'existence des objets entrant dans le champ de la thérapie ainsi que les comportements qu'ils induisent. En se positionnant de la sorte, on s'aperçoit que les objets que l'on croyait réels ne sont que des réalités construites par une activité projective. Et ces objets considérés comme réels vont être la source d'exploration, d'investigations, d'élaborations théoriques, de mise en place de procédures pouvant aboutir à un véritable cul-de-sac. En effet, des types de comporte-

ments se figent, empêchant que de nouveaux puissent apparaître afin de sortir d'une répétition caractérisant ces phénomènes. L'ensemble participe à former une situation d'impasse relationnelle.

Ainsi, « *la relation thérapeutique négative* » n'a de réalité que par rapport à un système de savoir à l'intérieur duquel elle est créée et qui la détermine en retour, à la fois dans la manière dont elle est redéfinie mais aussi par les pratiques qu'elle suscite. Nous avons vu qu'elle était issue d'un imaginaire venu d'expériences biologiques, reporté ensuite sur des phénomènes de pensée. Une problématique est ainsi fabriquée, pérennisée, en même temps que l'abord thérapeutique susceptible d'y répondre, même si celui-ci se trouve confronté à de grandes difficultés méthodologiques.

Bien sûr, il ne s'agit pas de nier l'existence de processus d'aggravation au cours d'une thérapie ni la présence de « rêves traumatiques », mais plutôt d'interroger l'interprétation et la réinterprétation de ces faits, c'est-à-dire l'idée que l'on se fait des « malades RTN » ainsi que les comportements, les pratiques développées à partir d'elle<sup>137</sup> ; il en est de même pour le « syndrome de répétition ». À défaut de ce positionnement, le thérapeute est limité dans son action thérapeutique faute d'avoir interrogé la fabrication des catégories, leurs interactions avec les comportements produits et la situation conflictuelle dans laquelle ils s'inscrivent.

La position relationnelle fait donc apparaître ces phénomènes<sup>138</sup> sous une visibilité particulière où ils se révèlent comme des objectivations partielles ayant un statut de réalité. Cependant ces objets de savoir devraient se modifier au cours du temps, se recomposer en entrant en rapport avec d'autres modalités projectives et avec d'autres positionnements thérapeutiques. Or, ils ne peuvent le faire s'ils sont pris dans un système où tout « contre-savoir » se trouve, en fin de compte, assimilé au système. À l'instar du délire, la systématisation analytique absorbe la contradiction pour en faire un cas particulier de l'analyse. La pensée freudienne faisant que « ce qui est mauvais pour un système, est bon pour un autre », résume bien le caractère tautologique du monde particulier de la psychanalyse, faisant que l'impasse clinique n'est qu'un reflet de l'impasse d'un système théorique.

---

137. Il est important de ne pas confondre l'objet « l'aggravation de certains malades » et le concept de « relation thérapeutique négative », formant un genre ; en sachant aussi que les concepts, les pratiques et les personnes interagissent ensemble.

138. Le syndrome de répétition, le rêve traumatique ou la relation thérapeutique négative

Considérant l'imaginaire en tant qu'instance créatrice<sup>139</sup>, la thérapie relationnelle *interroge de manière radicale*<sup>140</sup> *le mouvement d'objectivation en fonction du contexte relationnel*. Sujet et objet, auparavant figés, deviennent autant de variables dynamisées par la relation et acquièrent alors un pouvoir de transformation. Dans cette transformation, l'imaginaire en tant que subjectivité joue un rôle essentiel et trouve cette fonction dans la relation. Penser ainsi l'imaginaire revient inévitablement à penser toute situation relationnelle pouvant le déployer ou le limiter, dont ses formes pathologiques : le conflit et l'impasse.

À défaut de ce positionnement, le thérapeute est limité dans son action thérapeutique faute d'avoir interrogé la fabrication des catégories, leurs interactions avec les comportements produits et la situation conflictuelle dans laquelle ils s'inscrivent. Se pose alors pour toute thérapie, la question de l'enfermement, d'un savoir qui ouvre ou qui enferme le sujet avec en toile de fond la capacité de distinguer les mots des choses, les concepts du réel, afin de préserver une subjectivité, éviter la pathologie du banal et la formation de situations d'impasse.

---

139. Non seulement créatrice d'objet de savoir mais aussi d'un autre monde comme cela apparaît dans le délire de Mme G. (cf. chapitre III) : une potentialité imaginaire transcendant le réel afin de préserver une subjectivité presque entièrement détruite. Les rêves aussi, portés par l'ouverture relationnelle, acquièrent une fonction de restauration subjective tout en présentant l'enfermement à l'origine de leur atteinte par le refoulement.

140. Dans le sens du terme : *à la racine de...*

**Vj k'ŕ ci g'kpvkpqcm( 'ghv'dnc pm**

## **Chapitre 6**

### **Annexe**

#### **À propos de l'état de stress post-traumatique**

L'état de stress post-traumatique est la dénomination récente d'un ensemble de symptômes observés et étudiés depuis le début du siècle sous différents vocables. Ces symptômes se distribuent différemment selon qu'ils entrent dans la catégorie de « névrose traumatique » d'Oppenheim en 1889, de la névrose hystérique étudiée par Charcot, Freud et Janet ou de la « névrose de guerre », de la « traumatophobie » apparues lors des première et deuxième guerres mondiales.

L'ensemble des troubles « névrotico-réactionnels » appartenant à la psychopathologie freudienne, regroupés dans un premier temps sous le terme de « névrose », a été reconceptualisé afin d'entrer dans la Classification Internationale des Maladies de l'OMS dans sa 10ème version en 1992. Ces troubles appartiennent maintenant à la grande catégorie appelée « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ». À l'intérieur de cet ensemble, on trouve dans la sous-catégorie des pathologies réactionnelles : l'état de stress post-traumatique.

## **Le modèle multidimensionnel**

Sami-Ali élabore en 1987 dans son livre « penser le somatique », un modèle multidimensionnel de somatisation dont il définit les critères :

A. Empirique et non systémique.

B. Que le niveau descriptif soit distinct du niveau explicatif.

C. Qu'il soit ouvert à la critique, à la transformation et exempt de contradiction.

Il propose l'utilisation de 12 couples de concepts dont la dialectique permettra de penser le phénomène pathologique :

« Ce sont les catégories proposées pour penser le somatique.

1. Corps réel – corps imaginaire

2. Sens primaire – sens secondaire du symptôme organique.

3. Imaginaire (projection) – banal (absence de projection)

4. Fonction psychosomatique constituée – fonction psychosomatique en voie de constitution.

5. Régression – impossibilité de régression.

6. Symptôme névrotique ou psychotique (formation symbolique) – équivalent organique d'un symptôme névrotique ou psychotique.

7. Refoulement réussi – refoulement manqué.

8. Refoulement d'un contenu imaginaire – refoulement de la fonction de l'imaginaire.

9. Impasse dépassée (psychose) – impasse indépassable (somatisation).

10. Causalité linéaire – causalité circulaire.

11. Somatisation réversible – somatisation irréversible.

12. Passage du psychique au somatique – passage du somatique au psychique. »

Ce modèle n'a pas un but simplement descriptif mais ouvre sur une double corrélation positive et négative entre projection et pathologie.

## **Les critères du DSM-IV (1996) - État de Stress Post-Traumatique**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. Le sujet a vécu ou a été témoin de ou a été confronté à un événement ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

NB : chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. Souvenir répétitif et envahissant de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

3. Impressions ou agissements soudains « comme si l'événement traumatique allait se produire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil au cours d'une intoxication).

4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme

2. Efforts pour éviter les activités, les endroits, ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

3. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme

4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités

5. Sentiment de se détacher d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres

6. Restriction des affects (par ex. Incapacité à éprouver des sentiments tendres)

7. Sentiment d'avenir « bouché » (par ex. penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
2. Irritabilité ou accès de colère
3. Difficultés de concentration
4. Hypervigilance
5. Réaction de sursaut exagéré

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

De plus il faut préciser si le trouble est :

*Aigu* : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

*Chronique* : si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus

Une nouvelle notion est introduite : la forme différée.

Il faut donc aussi préciser : *Survenue différée* : si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.

## Hypothèse de la double contrainte

(A) Soit un système familial où :

- Le père est faible ou absent
- La mère est hostile à l'enfant ou effrayé par lui

(B) (1) Si l'enfant s'approche de sa mère, celle-ci se retire ;

(2) Si conséquemment l'enfant se retire, la mère simule une approche qui dénie son retrait. Son approche simulée est donc un commentaire sur son geste antérieur : c'est un message sur un message. Le retrait appartient à un type logique de niveau I, l'approche appartient à un type logique de niveau II.

(3) La séquence recommence : à l'approche de sa mère, l'enfant s'approche ; dès qu'il s'approche, elle se retire

– mais couvre son retrait en s'approchant à nouveau, etc.

(C) (1) Si l'enfant saisit la distinction entre ces deux types de message, il est « puni » en ce sens qu'il comprend que sa mère le rejette effectivement mais tente de lui faire croire qu'elle l'aime. Il doit donc faire comme s'il ne comprenait pas la distinction s'il veut éviter cette punition (« pour pouvoir survivre avec elle », dit Bateson)

(2) Mais s'il joue le jeu de sa mère, il doit dès lors s'approcher d'elle quand elle s'approche de lui. Or, dès qu'il s'approche, elle se retire et le « punit » à nouveau par ce comportement de mise à distance.

(3) Dès lors, l'enfant est « coincé » - aucun choix n'est possible : « L'enfant est puni parce qu'il interprète correctement ce que sa mère exprime ; il est également puni parce qu'il l'interprète mal. Il est pris dans une double contrainte. La seule façon pour lui d'en sortir serait de faire un commentaire sur la position contradictoire dans laquelle sa mère l'a placé. Mais sa mère l'empêchera toujours de « métacommuniquer », et atrophiera chez lui cette capacité nécessaire à toute interaction sociale. Or le schizophrène adulte peut se définir par cette même incapacité à distinguer les messages de niveau I et ceux de niveau II. Il prend littéralement tout message émis ou reçu. Il ne métacommunique plus, à son propos ou à propos d'autrui.<sup>141</sup>

## **Le concept d'imperméabilité**

«... L'imperméabilité peut exister au premier niveau de la hiérarchie, c'est-à-dire qu'au message de X : « voici comment je me vois », Y répond « Voici comment je vous vois », mais d'une manière qui ne concorde pas avec la définition que X donne de lui-même. X peut alors en conclure que Y ne le comprend pas (ou ne l'estime pas ou ne l'aime pas), tandis que Y, par contre, peut croire que X se sent compris (ou estimé ou aimé) de lui. Dans ce cas, Y n'est pas en désaccord avec X, mais ignore ou interprète mal son

---

141. Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Jackson, Schefflen, Sigman, Watzlawick, *La nouvelle communication*, Seuil, Paris, 1981, p. 39-40.

message, ce qui est compatible avec notre définition du déni. Mais on se trouve en face d'une imperméabilité au second degré quand X ne saisit pas que son message n'est pas parvenu à Y ; autrement dit X ne transmet pas avec justesse le message : « voici comment je vous vois me voir » (un malentendu existant dans ce cas sur « me voir »). On assiste alors à ce niveau à une imperméabilité à l'imperméabilité. »<sup>142</sup>

---

142. Voir *Id.*, *Une logique de la communication*, p. 90, *op. cit.*

## **Partie 2**

Pierre Boquel  
Danielle Froment  
Marie-Claude Granget  
Laurence Goldschmidt  
Adèle Bucalo Triglia

# **Handicap relationnel et social**

*Dimension sociale,  
le problème de la  
réinsertion professionnelle*

**Vj ku'r ci g'kpvgpvkqpcmf 'igh'dncpm**

## Chapitre 1

# Handicap, nouvelles perspectives

Pierre Boquel

Ce travail ne traite pas du handicap en tant que concept isolé, sans le relier à l'événement traumatique qui fait irruption dans une histoire singulière, sans aborder aussi le champ social et institutionnel dans lequel il s'inscrit et qui le détermine en retour. D'où l'étendue du domaine que recouvre ce sujet où les notions de conflit et d'impasse semblent parfois secondaires ou parfois banalisées alors qu'elles se trouvent en permanence au centre de cette problématique.

### Handicap et identité

Parler « handicap », plus précisément des personnes handicapées, c'est parler de la problématique de la différence avec son corollaire identitaire. Différence entre soi et non-soi avec *la place primordiale du regard* que l'autre porte sur soi et qui conditionne l'identité du sujet. Je tiens à citer le travail exemplaire de Mireille Fognini à propos de la place du regard dans sa fonction d'intégration lors la construction de la personnalité, un regard susceptible de rassembler une identité malgré une malformation néonatale touchant la moitié d'un visage comme ce fut le cas pour Bessy, une fillette de 12 ans<sup>143</sup>. Différence aussi existant dans le positionnement

---

143. Voir Fognini M., « De quelques fonctions du regard dans les identifications et l'identité d'un corps souffrant. », *Identité et psychosomatique*, EDK, Paris, 2003, p. 123-141.

à l'intérieur de catégories sociales régies par le principe du normal et de l'anormal.

## La catégorie sociale du handicap

Lorsque l'on emploie un attribut pour une personne ou un groupe de personnes, il me semble important de définir par rapport à quel autre terme cet attribut s'oppose et quel est le rapport de ce dernier à la norme. Différents auteurs (Giami, 1994 ; Murphy, 1990) confirment que le handicap constitue une catégorie sociale au même titre que le sexe ou l'ethnie.<sup>144</sup> » Comme le fait remarquer Odile Rhomer, docteur en sciences sociales, à propos de la perception des travailleurs handicapés, on catégorise un individu lorsqu'il ne présente pas *les attributs définis par défaut* dans une culture. « Dans notre société, ces attributs semblent être « homme, blanc, jeune, en bonne santé, hétérosexuel »... Par rapport à ces qualificatifs définis par défaut, la norme implicite qui situe la personne handicapée est constituée par l'ensemble des individus valides, exempts d'infirmités<sup>145</sup>. Ce qui explique que la description du sujet handicapé reste souvent *une description négative* donnant lieu à un recueil de symptômes déficitaires formant en quelque sorte la figure négative d'un double idéal et modélisé. Il va sans dire que cette vision réductrice absorbe et évacue toutes les spécificités du sujet.

Penser le handicap selon la perspective de la théorie relationnelle, c'est éviter l'écueil qui consiste à penser un fonctionnement marqué par la différence selon une pensée sous-tendue par les théories de la carence ou du défaut constitutif. Un défaut qu'il faudrait systématiquement rectifier, une carence qu'il faudrait s'efforcer de combler. Dans ce cas, le projet de faire disparaître la différence en tant qu'anomalie prend le pas sur la reconnaissance subjective de la personne handicapée dans sa singularité, dans ses qualités relationnelles, dans sa présence exceptionnelle.

La tendance est de considérer la relation dans un seul sens, allant de l'action bénéfique de la personne valide, éducateur ou autre, vers

---

144. Rhomer Odile, *Perception des travailleurs handicapés*, Journal des Psychologues, avril 2000, p. 64-65.

145. Les personnes handicapées font parties des groupes subissant l'inégalité dans le milieu du travail parmi lesquels : les femmes et les minorités visibles c'est-à-dire les personnes qui ne sont pas de race blanche.

le sujet handicapé. La théorie relationnelle nous invite aussi à percevoir l'autre partie de la circularité, celle donnée par celui qui, *a priori*, n'aurait jamais pu apporter quoi que ce soit à quiconque.

*J'ai suivi une jeune femme prise dans une impasse difficilement dépassable à cause d'une réalité venant à chaque fois reposer l'enfermement car il est des circonstances où le réel reforme les murs des prisons dans lesquels la thérapie s'évertue à ménager des ouvertures. Cette jeune femme intelligente et déprimée s'était réfugiée dans un retrait relationnel. Elle souffrait de contractures musculaires très douloureuses et d'un comportement anorexique. Comme seule activité extraprofessionnelle, elle s'occupait de jeunes gens gravement handicapés. Mon intention n'est pas de vous raconter la thérapie de cette personne mais d'en souligner une caractéristique remarquable : Une jeune adolescente en chaise roulante, handicapée de naissance et n'ayant pas accès à la parole était capable de lui redonner le sourire, transformant son visage et la faisant accéder au plaisir de goûter le présent d'une rencontre singulière. Ma patiente avait adhéré à une association pour s'occuper de jeunes gens handicapés mais je dois dire que c'était l'inverse qui se passait, comme si la vie lui devenait accessible par l'intermédiaire de cette adolescente infirme et porteuse d'humanité.*

## **Vers une politique d'intégration**

Se pose, à travers l'objectif d'une meilleure intégration ou d'une réintégration, le problème des processus de « normation »<sup>146</sup> employés par les institutions, afin de réadapter l'individu à la société en évacuant sa dimension subjective.

Il existe encore dans certains centres de réadaptation et de réinsertion professionnelle des pratiques sujettes à caution, des pressions adaptatives très peu questionnées car visant un objectif socialement louable. Notamment l'emploi politique du concept imaginaire « *d'illusion groupale* »<sup>147</sup> utilisé et plaqué qui amène à promouvoir l'identique groupal aux dépens de la différence singulière.

---

146. Terme emprunté à Michel Foucault et employé par rapport à celui de « normalisation » qui indique l'étape finale du processus de normation, lorsque le normal et l'anormal peuvent alors constituer une dualité.

147. Voir D. Anzieu, *Le Groupe et l'Inconscient*, Dunod, Paris, 1984.

Le risque est, qu'à partir d'une déficience entraînant un fonctionnement invalidant, on aboutisse *au banal*<sup>148</sup> au détriment de la subjectivité. Cela se réalise en privilégiant la « restauration » d'un fonctionnement selon un objectif principal constitué essentiellement par l'efficacité socioprofessionnelle et s'accompagnant d'une mise à l'écart de l'affectivité et de la dimension de l'imaginaire. Il peut exister toute une *orthopédie générale du handicap*, à visée rééducative.

L'effet institutionnel doit être aussi considéré dans une autre dimension mise en évidence par Ian Hacking<sup>149</sup>, professeur au Collège de France. Sur la base d'un principe simple « Les manières de cataloguer les êtres humains interagissent avec les humains catalogués », il définit ce phénomène comme un « effet en boucle ». Ainsi, il est utile de se demander comment se façonne la catégorie du handicap. Est-ce que la manière de penser le handicap aujourd'hui induit de nouveaux comportements, de nouvelles significations, de nouvelles valeurs ? Les personnes handicapées adoptent-elles un comportement nouveau dans un contexte d'interaction avec la catégorie dans laquelle elles entrent et qu'elles modifient, et quels types de comportement ?

Ce sera là une thématique qui va sous-tendre le travail portant sur un handicap particulier, l'apparition de ce nouveau syndrome dénommé « Etat de stress post-traumatique » ou encore appelé « troubles psychotraumatiques durables » socialement invalidants, touchant selon les auteurs, 1 à 14 % des victimes<sup>150</sup> et faisant le pendant au handicap physique.

On peut émettre l'idée que, sous ces nouvelles dénominations, il ne s'agit pas seulement d'une redistribution des symptômes auparavant classés dans la catégorie de *la névrose traumatique*<sup>151</sup> ; il ne s'agit pas non plus d'une conscience plus fine des troubles alors épurés de leur soubassement théorique analytique. Il est utile de se demander comment cette nouvelle classification interagit avec de

---

148 Voir Sami-Ali, *Le banal*, Gallimard, Paris, 1980.

149. Voir I. Hacking, *entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?*, Ed. La Découverte, Paris, 2001.

150. D'après certaines études communautaires, le taux de prévalence atteint 15% chez les militaires exposés au théâtre des opérations et 50% chez les prisonniers de guerre. Voir Cottraux J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Masson (3<sup>e</sup> édition), Paris, 1998.

151. Voir annexe : À propos de l'état de stress post-traumatique

nouvelles pratiques thérapeutiques telles que les thérapies courtes, les thérapies comportementales et cognitives et aussi l'E.M.D.R, quel domaine elle participe à créer, par exemple tout le champ de la « victimologie » et quelles pratiques elle détermine : de la part des victimes : revendications, indemnisation et, de la part des intervenants médico-sociaux : interventions thérapeutiques dans la période immédiate ou post-immédiate après exposition à un traumatisme.

Si le handicap physique post-traumatique peut se doubler d'un handicap psychique par des troubles chronicisés et des perturbations profondes de la personnalité, penser la personne handicapée en ces termes est une erreur car nous rencontrons à nouveau l'écueil du dualisme corps et âme et de ses limites. Ainsi nous parlerons de *handicap relationnel*<sup>152</sup> afin de donner la primauté à la relation et d'éviter de réitérer la coupure du somatique et du psychique à propos du handicap. La variété des symptômes de stress post-traumatiques étant en quelque sorte à la fois le prototype et une caricature de la pathologie psychique chronique<sup>153</sup> pouvant accompagner un handicap physique.

Le concept de *handicap relationnel* englobe non seulement l'ensemble des symptômes, qu'ils soient physiques ou psychiques mais les met également en lien ininterrompu avec une relation intersubjective actuelle ainsi qu'avec l'histoire du sujet handicapé.

Il est étonnant de voir que dans l'abstract psychiatrie d'octobre 2005, relatant l'actualité internationale, la psychanalyse ne figure plus parmi les thérapies préconisées pour ces troubles. Voici la liste de celles conseillées aux médecins<sup>154</sup> :

- Le *debriefing* psychologique.
- Psychothérapies brèves.

---

152. En effet, il est possible de dire que ces perturbations psychotraumatiques, prenant des formes chroniques, retentissent sur la vie de la personne entraînant une désadaptation sociale et professionnelle (prenant la forme d'un retrait social, d'une dégradation des relations familiales et professionnelles (s'exprimant par exemple sous la forme de l'absentéisme etc.). Cet état chronique aboutit à *une situation de désavantage relationnel* et correspond donc à la définition d'un *handicap relationnel* englobant l'handicap physique et psychique.

153. Ainsi, L'état de stress post-traumatique est pris en charge par l'assurance maladie et si l'accident survient dans le cadre professionnel, la possibilité d'une évolution ultérieure vers un état de stress post-traumatique doit être inscrite sur la déclaration d'accident de travail. Ceci afin qu'un suivi soit réalisé à la fois par le médecin du travail, le médecin-traitant sous la forme d'un traitement médicamenteux (antidépresseur, hypnotique, anxiolytique) et par le psychiatre proposant alors surtout des thérapies de type comportemental.

154. *Abstract Psychiatrie*, n°10, octobre 2005.

- Hypnose, EMDR.
- Thérapie cognitive et comportementale.
- Approche systémique.
- Accompagnement spécifique en cas de procédure judiciaire.

Pourtant, d'éminents spécialistes des états de stress post-traumatiques, d'orientation analytique comme Jean Gortais, psychothérapeute au Centre de Psychothérapie des Victimes ou François Lebigot<sup>155</sup>, Professeur agrégé de psychiatrie au Val-de-Grâce, ont depuis longtemps une pratique thérapeutique de ces troubles aussi légitime que celle des thérapies agissant sur le comportement. Il semble important de comprendre les raisons de cette éviction.

Encore une fois, notre propos n'est pas de faire prévaloir un modèle de thérapie détenant la vérité et de dénigrer les autres, ce serait irrespectueux pour les nombreux sujets ayant bénéficié des approches différentes bien qu'opposées sur le plan théorique.

Il s'agit au contraire d'engager un début de réflexion sur la manière dont ces troubles ont été et sont actuellement problématisés, préliminaires d'une pensée qui pourrait être étendue à d'autres types de handicaps.

Quels sont les modèles théoriques qui sont mis à la disposition des médecins, des psychothérapeutes et des intervenants sociaux ?

Quelles en sont les limites tout en considérant l'effet en boucle de la construction sociale des troubles regroupés en état, c'est-à-dire de ce qui préside à la fois à leur existence et à leur traitement ?

Il est inquiétant qu'un champ thérapeutique aussi riche que la psychanalyse et ayant participé à l'évolution de notre pensée et de nos pratiques soit évacué aussi rapidement de l'éventail des possibilités de traitement à offrir au patient.

Cette éviction résulte-t-elle d'une inadaptation du modèle théorique à la pathologie ? Est-ce que le cadre est trop restreint pour le tableau ou alors est-ce que de nouveaux cadres composent de nouveaux tableaux ?

On ne peut éviter l'interrogation sur de nouvelles nosographies.

La théorie relationnelle apparaît alors comme une solution innovante pour échapper à l'écueil de la pratique thérapeutique prise actuellement dans cette alternative radicale.

---

155. Voir Briole G., Lebigot F. et al., *Le trauma psychique : rencontre et devenir*, Masson, Paris, 1994 et Fajri A., Lebigot F., *Un cas de névrose traumatique de guerre chez un maghrébin*, Médecine et Armées, 1991.

En effet, comme le souligne le Dr Andréoli<sup>156</sup>, professeur de psychiatrie de l'université de Genève, le handicap sur le plan d'un fonctionnement psychique résultant d'un psychotraumatisme ne peut être pensé sur le modèle médical d'une maladie traumatique.

Quels sont ses arguments ?

D'abord, il n'existe pas de réalité traumatique en tant que telle ou d'enchaînement d'évènements traumatiques pouvant entraîner une issue prévisible. Ce qui rend virtuels le traumatisme et la pathologie traumatique n'est qu'une série de possibles. Le même évènement peut faire trauma chez un sujet et pas chez un autre, à une période donnée et pas à une autre etc. L'incapacité de fonctionnement qui en résulte entre aussi dans ce champ virtuel, il ne peut être considérée en soi comme un trouble médical structuré et ne peut être abordée comme telle. Le modèle médical classique est inadéquat, il n'est pas possible de faire comme si le sujet « avait une maladie » sans inscrire une rupture dans l'unité de l'être. Il reste à trouver une autre nosographie qui tienne compte de ces virtualités et des facteurs en jeu dans l'émergence et le maintien des troubles.

Ceci laisse aussi entrevoir les écueils d'une thérapie procédant selon une pensée linéaire, établissant une psychogenèse entre un conflit interne<sup>157</sup> provoqué par l'évènement traumatique et les troubles liés à son exposition. Si le lien existe, l'état actuel des méthodes d'évaluation montre qu'il ne peut pas être linéaire.

Ce travail se propose de définir l'ensemble de ces troubles de manière unitaire, différemment de la théorie analytique ou des thérapies comportementales ou cognitives. La difficulté est que l'on se trouve devant une situation complexe avec deux séries distinctes de phénomènes allant de la déficience à l'incapacité pour arriver au désavantage relationnel et social et donc au handicap. L'une des séries correspond aux séquelles physiques du traumatisme et relève du modèle nosographique médical classique, l'autre à un complexe symptomatique caractéristique de chaque patient pour lequel la réponse actuelle s'appuie principalement sur les théories de l'apprentissage et du traitement de l'information ; l'affect pouvant être

---

156. Voir Andreoli Antonio, « De la maladie traumatique aux interfaces du traumatisme », Esquisse d'un modèle de traitement et de soins, *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2000, p. 33 -34.

157. Même si dans ce conflit participent une nébuleuse de facteurs (image du traumatisme, capacité d'investissement par les représentations, présence d'une psychopathologie préexistante au traumatisme etc.), celui-ci est souvent pensé dans un rapport de continuité avec la symptomatologie ultérieure.

alors assimilé à un quantum d'informations. De plus, avec la notion de stress, le domaine biomédical supplante celui de la dynamique personnelle, faisant infléchir le regard vers une objectivité trompeuse pseudo-scientifique.

Or en considérant le handicap comme relationnel avant tout, il ne s'agit pas d'exclure l'abord médical des soins ni d'écarter les stratégies de gestion de certains symptômes invalidants, mais de privilégier une méthodologie relationnelle susceptible de considérer la complexité des éléments en jeu, capable de donner au sujet le sentiment d'une continuité d'être ainsi que d'unifier l'ensemble des pratiques autour de lui. *Pour cela le statut de l'affect est primordial dans le dispositif thérapeutique et il ne peut être réduit ni à une information ni à une quantité d'excitation.*

Ainsi, l'abord relationnel de la personne présentant ce type de handicap se situe entre deux dangers pour la subjectivité. L'un, en voie d'être dépassé, constitué par le recouvrement de celle-ci par l'interprétation psychanalytique et l'autre par sa pure évacuation au profit d'une technologie comportementale. Il semble que cette dernière soit aujourd'hui la principale menace pour la relation thérapeutique en la transformant systématiquement en un nouveau lieu d'apprentissage sur le modèle maître - élève.

Un autre risque assez proche, dans la pensée du handicap, est aussi de faire de celui-ci une abstraction, un objet en soi repris par le sujet pour construire une identité à travers laquelle il pourra se reconnaître et être reconnu. Il faut alors s'interroger sur la légitimité de cette catégorie représentée par le terme général de « handicap » avec ses sous-groupes comme par exemple « Infirmes Moteur Cérébral », de l'ensemble des représentations que cette classification recouvre et des pratiques qu'elle produit. Il est important de se déprendre de ce concept général, de défaire ce collectif pour laisser place aux « différences » dans leur prolifération infinie ; en même temps qu'au sensible, à la singularité et à la multiplicité. Une fois le concept de « handicap » posé, on doit le considérer aussitôt comme perméable et ouvert aux multiples formes et aux différents itinéraires individuels même limités, mais qui ne doivent pas subir d'enfermement dans un cadre.

Cependant, par rapport à la réalité incontournable des catégories présentes, la question suivante devrait être posée systématiquement afin précisément de ne pas faire de la catégorie une prison :

De quelle manière la personne handicapée va-t-elle définir des comportements en se situant dans un tel système de règles, de quelle manière peut-elle se penser comme sujet ?

De sorte que l'interrogation porte non seulement sur le fonctionnement de la personne handicapée mais aussi sur l'ensemble du tissu social en relation avec elle. Mais on ne peut se limiter à un regard critique sur *les fonctionnements* en jeu sans les mettre en corrélation avec les situations d'impasse qui se dessinent régulièrement autour du handicap.

## **L'impasse globale du handicap**

Concernant l'enfant trisomique, Berthe Reahla<sup>158</sup> avait déjà mis en évidence une impasse globale : Elle a montré que l'impasse relationnelle existentielle repose sur des fondements biologiques multiples et complexes et ces derniers conduisent l'Autre en général et le sujet à faire l'expérience d'un vécu de différence.

Ce vécu de différence vient se substituer à la *relation au même*, implicitement attendue, et forme la problématique centrale de l'impasse. Ce vécu de différence édifie deux grands types de comportements :

– Des comportements réactionnels de la part de l'entourage familial allant de la gamme du rejet à la surcompensation.

– Des attitudes réactionnelles de la part du sujet handicapé allant du retrait à la construction d'un comportement adapté dans lequel l'affect est refoulé.

Ces comportements contribuent à créer une situation d'impasse relationnelle en évacuant la fonction de l'imaginaire. En effet, tout se passe comme si, une fois le diagnostic posé, la pathologie du handicap figeait dans une configuration préétablie par des critères physiopathologiques les quatre dimensions qui définissent la relation : le temps, l'espace, le rêve et l'affect.

Par exemple pour les sujets I.M.C ou psychotiques : Qui se soucie de savoir s'ils rêvent ? En plus, ils sont censés être endurant à la douleur et à la souffrance également ! s'il y a pleurs, ceux-ci sont réduits à un trouble du corps réel, conjonctivite ou canal lacrymal bouché ! Pour eux il y a une non-reconnaissance d'une potentialité affective et celle-ci produit en retour un renoncement à exprimer tout affect. La boucle est ainsi bouclée, effectuant un partage radical entre l'humain et le moins humain.

---

158. Voir Eidelman-Reahla B., *L'abord psychosomatique de l'enfant trisomique, Approche clinique d'une pathologie de la pensée*, Masson, Paris, 1995.

Mais cela ne touche pas que les sujets appelés « handicapés profonds », des processus de désobjectivation sont en œuvre aussi pour les autres, plus « légers » !

## Le rôle majeur de l'affect et de l'imaginaire

### *Affect et travail*<sup>159</sup>

Dans ses recherches expérimentales concernant les travailleurs handicapés, Odile Rohmer montre l'existence, soit d'une discrimination négative, soit d'une survalorisation des candidats handicapés par rapport aux candidats valides. Elle met en évidence l'importance d'une variable déterminante, *l'affect*, qu'elle positionne par rapport à la perception de la saillance des traits physiques des personnes handicapées et à la pression des règles sociales. « Les percevants (les recruteurs), semblent favorables à leur embauche et ceci d'autant plus qu'ils sont *peu impliqués* dans la situation à juger.<sup>160</sup> » Ce peu d'implication amène à respecter les normes sociales régissant l'embauche dans *un élan conformiste* mais cette perception positive est dénoncée comme une illusion. En effet un paradoxe apparaît par la comparaison permanente au profil de l'individu valide constituant la référence : même reconnu comme compétent, le sujet handicapé ne le sera jamais assez, sauf s'il développe un surplus de capacités pour arriver à un niveau de compétences « normal ».

Dans tous ces travaux de recherche, nous retrouvons l'importance de deux concepts issus du modèle multidimensionnel<sup>161</sup> de la théorie du somatique : ce couple, Imaginaire (projection) – Banal (absence de projection) dont l'opposition peut aussi servir à penser ces phénomènes de discriminations positives ou négatives.

De plus, si l'imaginaire s'oppose aussi au réel, apparaît aussi la polarité projection – perception. Le banal en tant qu'affect correspond au neutre, s'oppose à la projection et ce couple détermine dans le champ professionnel la condition de l'embauche.

---

159. La loi de 1987, impose aux entreprises de plus de 20 salariés d'employer des travailleurs handicapés à la hauteur de 6 %, à l'heure actuelle ce taux n'atteint que 4 %. La situation est telle qu'elle a nécessité des spots publicitaires durant la semaine du 14 au 20 novembre 2005 avec le slogan : « Handicapé mais compétent ! ».

160. Voir *Id.* p. 65.

161. Voir Sami-Ali, *Penser le somatique*, Gallimard, Paris, 1987- Annexe : Le modèle multidimensionnel.

Odile Rohmer montre un résultat attendu : l'influence de la variable affective sur la perception est en corrélation négative avec le poids des normes sociales. Ainsi la discrimination positive peut relever plus d'un conformisme social que d'un changement à l'égard de l'affect dans la relation à la personne handicapée.

Il paraît donc essentiel de poser la question de la genèse de la discrimination, qu'elle soit négative ou positive, des formes qu'elle peut prendre dans la constitution de situations d'impasse relationnelle. Le rôle de l'affect et de l'imaginaire en tant que subjectivité y est déterminant, corrélativement à l'impasse identitaire liée à la perception de la différence.

Peut-on finalement rêver qu'un jour il ne sera plus besoin de le penser dans les termes actuels d'une altérité déficitaire et que la relation entre deux sujets dans leurs différences se suffira à elle-même. Ce qui veut dire aussi que le concept *de handicap relationnel* imprudemment esquissé dans les lignes précédentes n'aura plus lieu d'être grâce à l'évidence de la primauté de la relation sur toute autre réalité.

Vj k'ŕ ci g'k'pvgpvkqpcmf 'igh'dnc pm

## **Chapitre 2**

# **Maladie, handicap et travail**

Danielle Froment

La souffrance du patient peut se dire dans l'arrêt d'activité secondaire à la maladie qui le met en situation de précarité. Cette inscription de la réalité rend nécessaire la prise en compte de la question du travail dans l'accompagnement de ces patients.

La perte de la capacité à travailler peut amener à une réinsertion professionnelle, passage douloureux de la maladie vers l'handicap.

La théorie relationnelle permet d'introduire au-delà du fonctionnement qui réduirait le handicap à la personne, la notion de situation conflit ou impasse. Par la relation, elle ouvre sur la complexité du handicap décrit par la Commission Internationale Du Handicap (CIDH). Le concept d'impasse aide à penser l'enferment lié à la précarité.

Je vais essayer de dégager les éléments en jeu dans la dynamique de la réinsertion à partir de 3 vignettes cliniques.

L'impasse sociale peut recouvrir toutes les autres impasses du sujet. Le « je dois travailler à tout prix et je ne peux pas travailler » étant au premier plan.

Je ferais ressortir la complexité de l'interaction de la durée des aides sociales, de la discrimination, de l'organisation sociale du travail et de l'handicap.

La problématique du temps est central, comme une course contre la montre entre la temporalité du sujet en jeu dans le travail relationnel et le temps des aides sociales afin que le sujet puisse sortir de la

crise existentielle dans lequel il est enfermé et construire un projet qui ait du sens dans le temps d'aides sociales qui lui est attribué.

Si un projet ne peut aboutir de par la non reconnaissance médicale de l'incapacité à travailler ou l'absence de travail après la formation, l'impasse sociale se referme et empêche tout travail thérapeutique avec le patient. Le réel enferme, renforce le refoulement et le patient s'aggrave.

En tant que médecin traitant ou psychothérapeute, j'ai rencontré des patients en arrêt d'activité à la suite d'un problème de santé : ils sont en âge de travailler et ils ne le peuvent pas. Elles ont consulté avec *un sentiment d'urgence : c'est parce qu'ils ont toujours mal après l'intervention qui aurait dû les guérir ou qu'ils se sentent incapables de travailler ou d'exercer leur ancien métier et qu'ils aimeraient pouvoir suivre une nouvelle formation afin de retravailler* que ces personnes m'ont interpellées.

Elles sont en arrêt de travail dans le cadre de la maladie ou d'un accident de travail.

Elles ont un handicap acquis, secondaire à une maladie, à un accident ou à une intervention chirurgicale.

La durée de l'arrêt de travail est limitée au maximum à 3 ans, terme au bout duquel la personne est considérée guérie ou en invalidité.

Guérie avec ou sans séquelles, elle peut se retrouver au chômage dont l'indemnisation est limitée dans le temps. Si une nouvelle formation est nécessaire, elle passe par la F.P.A<sup>162</sup>. En invalidité, elle doit prouver son invalidité en faisant une demande à la COTOREP. Ce qui peut donner accès à une formation professionnelle rémunérée : *mais c'est passer de la maladie à l'handicap*.

Du point de vue de la société, *l'handicap* est une notion récente qui s'est progressivement substituée aux anciennes notions d'invalidité et d'infirmité depuis la deuxième guerre mondiale.

Ce terme a été employé pour la première fois en 1957 dans l'expression « travailleurs handicapés », puis l'année 1975, avec l'adoption de la première grande loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, constitue la date de naissance du handicap en France.

Cependant l'handicap a de nombreuses facettes : on parle de déficiences, d'incapacités, de limitations, d'invalidités.

Une déficience peut ou non être à l'origine d'une incapacité, qui peut être ou non à l'origine d'une limitation d'activités. Le handi-

---

162. Formation professionnelle pour les adultes.

cap se conjugue au pluriel. Il doit être individualisé et inclus dans l'histoire globale du sujet.

Les personnes handicapées en France sont répertoriées dans 3 catégories :

1. soit les personnes qui se déclarent : être atteint d'une déficience / ou rencontrer un problème d'emploi / être titulaire d'un taux d'incapacité / recevoir une allocation.

2. soit celles qui bénéficient de prestations financières : rente d'accidents du travail / pension d'invalidité / pension militaire d'invalidité/ allocations aux adultes handicapées.

3. soit celles en institutions de dépendance: personnes âgées / établissements psychiatriques.

Les personnes dont je vais vous parler se sont déclarées handicapées dans la recherche de travail.

*Avec l'arrêt de travail le retentissement immédiat est financier.* Il dépend de la caisse à laquelle le patient est affilié, sa mutuelle, le caractère accident de travail ou maladie ; il dépend aussi de la durée de l'arrêt d'activité avec la longue maladie. Au bout de 3 ans, la personne peut se retrouver au chômage ou avoir un statut d'handicapé. Il dépend de l'âge du patient qui risque après 55 ans d'être mis en préretraite.

Les ressources sont alors :

– soit le RMI (revenu minimum d'insertion) avec chômage et ASS (allocation spécifique de solidarité) mais liée à la recherche d'emploi.

– soit AAH (allocation adulte handicapée) liée à la reconnaissance d'une invalidité n°2.

– soit rente d'invalidité (pension dans le cadre de la maladie, rente si maladie professionnelle)

Elles sont calculées sur les revenus antérieurs du patient.

L'AAH est réévaluée tous les 5 ans.

De sorte qu'en plus de la souffrance liée à la maladie ou à l'handicap, la répercussion de l'inaptitude au travail est la baisse des revenus et leurs conséquences.

Quand les patients consultent, ils se sentent en insécurité. Ils ont du mal à savoir dans quelle case ils vont rentrer et ils ont des difficultés à se projeter dans l'avenir.

## **Handicap et travail**

Je suis partie de l'handicap acquis, secondaire, suite à des douleurs chroniques, aux séquelles d'intervention sur la colonne vertébrale et aux dommages corporelles secondaires à un accident les rendant inaptes au travail ou ne leur permettant plus d'exercer leur métier. Ces personnes passent par la COTOREP.

J'ai trouvé la même problématique dans la dépression et les troubles bipolaires, notion d'handicap fonctionnel rendant l'insertion professionnelle difficile ; et comment retrouver du travail quand on est en arrêt de travail de longs mois ?

Un clin d'œil : l'handicap de l'âge chez tout demandeur d'emploi.

La question qui se pose est de savoir si l'inaptitude au travail est provisoire ou définitive ?

Je veux travailler à tout prix, mais est-ce possible et raisonnable ?

Cela peut nécessiter d'apprendre un nouveau métier car on ne peut plus exercer l'ancien.

C'est faire une conversion professionnelle.

Mais une fois ce nouveau métier appris, il faut encore pouvoir trouver un emploi. Vous êtes adulte, handicapé et débutant.

### ***Cas clinique n°1***

Marie est venue me voir dans les suites immédiates d'une intervention sur la colonne vertébrale. Elle a toujours mal et aimerait ne plus souffrir afin de reprendre au plus vite son travail d'assistante dentaire. Elle vit seule avec ses deux enfants. Après quelques mois d'entretien où elle a pu dans la relation thérapeutique évoquer des souffrances passées, elle retrouve un certain plaisir à vivre à la maison. C'est la première fois de sa vie qu'elle est en arrêt de travail (après 20 ans de travail). Ce rythme de vie lui convient, elle a enfin du temps relationnel, c'est tout ce qu'elle a à donner de la présence et de l'amour à ses enfants et ses proches.

C'est alors que survient la mort de sa meilleure amie qui fait une nouvelle rupture dans sa vie. Ce deuil entre en résonance avec la mort de son premier enfant, décédé au cours de l'accouchement. Elle plonge dans la dépression.

Pour avoir une formation rémunérée, elle fait une demande d'invalidité qui lui est accordé au niveau 1. Elle est appelée pour un

stage au CRIP (centre de réinsertion professionnel) pour bilan de ses capacités et projet professionnel.

Dès le début du stage, elle se sent infantilisée, contrainte par rapport aux règles du centre, comme celle d'être pénalisée sur son salaire en cas de retard.

Elle ne se sent pas à sa place et craint que ce stage n'aboutisse à rien. Elle réalise qu'on ne pourra pas lui proposer grand-chose vu ses capacités physiques actuelles. Elle a fait du sport de haut niveau, mais elle a eu un bac littéraire et n'a pas pu suivre les études de professeur d'éducation physique qu'elle aurait aimé faire. Elle ne peut plus être assistante dentaire, ne pouvant ni rester assise, ni rester debout longtemps. Si elle avait le choix, elle aimerait être conseillère d'éducation.

Et puis dans le stage, c'est entendre parler de handicap et invalidité. Avoir 45 ans et être en invalidité. Elle n'avait pas réalisé cet état. Elle trouve un stage d'hôtesse d'accueil à mi-temps. Elle est heureuse de travailler mais elle prend conscience qu'elle ne peut travailler qu'à mi-temps et elle a si mal et est si fatiguée qu'elle n'arrive plus à penser. Elle n'a plus de vie personnelle (ce qu'elle avait beaucoup apprécié ces deux dernières années).

De plus elle a le même revenu qu'avec le RMI. À la fin du stage, elle ne trouve pas de travail mais elle se sent dans une double impasse :

*Une impasse personnelle : elle ne peut plus travailler et elle ne peut se vivre sans travailler.*

*Une impasse sociale : elle ne peut plus travailler et elle est considérée apte à travailler.*

Le resserrement de l'impasse se traduit par une aggravation de la douleur et une perte d'espoir.

Le passage par la COTOREP l'amène à "Cap emploi" qui s'occupe de la recherche d'emploi des personnes en invalidité en tenant compte de leur handicap. Le seul métier qu'elle pourrait faire est agent d'accueil administratif avec poste adapté, une chaise haute pour pouvoir être debout ou assise. Elle est donc reconnue apte à travailler à mi-temps seulement. Elle pointe au chômage. Pour conserver les indemnités chômage, elle s'engage dans une nouvelle formation de secrétariat informatique. Nouveau rythme, douleur, hypertension, refoulement de toute la fonction imaginaire, transformation caractérielle. Elle résiste pour tenir le coup et finir sa formation. Je la vois s'épuiser, se tendre.

*Travailler, c'est ne plus vivre et même perdre de l'argent. Ne pas travailler reste in envisageable.*

Dans son histoire, ne pas travailler c'est être une incapable, nulle, fainéante. Elle a pu quitter le domicile familial à dix huit ans grâce au travail et ne s'était jamais arrêté de travailler.

Pendant les deux ans en arrêt d'activité, elle dit que si elle a été mieux, c'est qu'elle se sentait autorisée à ne pas travailler dans l'attente de sa réinsertion professionnelle ; un espoir.

Le problème le plus crucial est la grande précarité dans laquelle elle vit avec ses deux enfants, elle se sent dans le néant.

Elle dit : « *la société me réduit à néant*. Elle n'a pas besoin de moi. Je suis sur du rien. Je ne peux pas me construire sur du néant. Je suis rejetée de partout ».

En effet elle est dans une impasse sociale :

Au chômage, AMPE : il n'y a pas de travail pour elle. Elle dit : « je ne me sens pas capable de travailler » mais je n'ai pas été reconnue médicalement incapable à travailler. Elle sait qu'un mi-temps l'épuise, ne lui permet pas de vivre, ne la rémunère pas assez... Coupable.

– Et si je vais chez les handicapés, on me demande ce que je fais là !

Elle n'a pas été reconnue inapte au travail par "Cap emploi" pour qu'elle puisse bénéficier de l'A.S.S (aide sociale de solidarité), aide alimentaire. Elle n'a pas été reconnue en invalidité deuxième catégorie qui lui aurait permis d'avoir une rente d'invalidité et elle n'a pas eu AAH. car elle n'est pas assez invalide.

Je dirais qu'elle est brisée aujourd'hui.

L'impasse sociale recouvre une impasse relationnelle primaire.

Il y a chez Marie un décalage entre les symptômes lésionnels et le retentissement fonctionnel et moral depuis sa tentative de réinsertion. Elle a été reconnue en invalidité catégorie 1. Le diagnostic traditionnel médical n'informe pas sur la sévérité de l'état de santé.

Nous sommes dans *un cercle vicieux*. Il faut que quelqu'un lui signifie l'interdit de travailler ; c'est une décision médicale.

En effet, cela devient de la responsabilité médicale de lui dire qu'elle n'est pas apte même si c'est ce qu'elle ne veut pas entendre.

Je lui dis: « *je pense que vous ne pouvez pas travailler à l'heure actuelle* ».

Il faut trouver les interlocuteurs médicaux et sociaux qui le reconnaissent.

Il y a deux entrées pour bénéficier de l'AAH : la pathologie du DOS et la Dépression. Nous n'avons fait aucune démarche sur le plan de la dépression. La plupart des douloureux chroniques du

DOS sont reconnus en invalidité non pour douleur mais pour dépression. Elle a honte de dire qu'elle préfère ne pas travailler qu'un être un robot souffrant.

Comment demander l'AAH pour dépression quand on souffre du dos.

Quelle stratégie engager ?

Il va falloir recommencer toutes les démarches faites il y a deux ans pour monter un dossier démontrant son incapacité à reprendre tout travail.

Le modèle biomédical avec la classification des maladies et des handicaps d'orientation essentiellement étiologique s'avère insuffisant pour rendre compte de l'état fonctionnel de la personne consécutif à son problème de santé.

Faire comprendre aux experts la différence entre le savoir des professionnels (sur le mal) et le vécu de la personne malade. On ne peut évaluer le retentissement de la douleur sur la vie de quelqu'un à la vue d'un scanner. La douleur est un vécu d'une personne qui se dit dans la relation.

À la lésion, il faut ajouter le vécu de la maladie et la dépression secondaire.

Reprendre les démarches c'est beaucoup de temps, c'est demander de l'aide, c'est parfois être mal reçu et attendre.

ASS ou AAH ?

Elle n'en peut plus de rencontrer des interlocuteurs qui la rejettent car elle n'est pas dans la bonne case. Le « Je ne peux rien pour vous. »

Il n'y a pas de lieu de reconnaissance de ce qu'elle vit, pas assez mal pour une invalidité 2, trop mal pour un emploi, un no man's land dans la procédure sociale. Où se situer ?

*Et moi, que puis-je pour elle ?*

Pourquoi les 2 ans de thérapie avant le premier stage au CRIP ne lui ont pas permis de se dégager de la douleur, de se réparer suffisamment pour reprendre un emploi ?

L'opération de la hernie discale a été faite chez une femme en dépression caractérielle.

Toutes les personnes opérées du dos sur un fond dépressif que j'ai rencontrées ne se sont pas remises de l'opération.

L'hypertonie corporelle persiste, l'activité n'est plus possible.

La tentative de formation professionnelle a échoué : c'était un emploi à tout prix. Ce qui lui était proposé ne l'intéressait pas et passait par la position assise, intenable (secrétariat, informatique).

C'était déjà une mauvaise orientation. Elle aurait aimé être surveillante dans un collège, conseillère pédagogique. Mais elle n'avait pas les diplômes demandés.

Et puis elle avait apprécié être à la maison, un rythme qui lui convenait, un temps pour se reposer et vivre avec ses filles. Toute sa vie elle avait mené trois puis deux métiers en même temps ; 25 ans après, elle est usée.

Si nous avons commencé à aborder le deuil de son premier enfant, mort à l'accouchement, nous n'avons jamais abordé les 15 ans de maltraitance avec son mari. Elle a profité de la sortie de la clinique pour disparaître. Il avait menacé de les tuer.

La seule évocation de son passé lui donne la nausée, au bord du malaise... Elle dit : « *c'est innommable.* »

L'impasse corporelle est l'expression de toute cette souffrance, refoulée.

Mais la situation d'impasse sociale la plonge dans un abîme.

La réalité de la contradiction : « je ne vous engagerais pas vu votre état de santé mais médicalement vous êtes en état de travailler » l'anéantit.

Il serait temps que les médecins montent au créneau pour soutenir l'incapacité fonctionnelle de ces patients qui ne peuvent plus travailler quand le corps a lâché par épuisement, se traduisant par une hypertonie corporelle avec douleurs vertébrales et radiculalgies au lieu de les taxer d'hystériques !

L'incapacité de travailler ne recouvre pas la perte d'autonomie des invalidités reconnues pas la COTOREP quand on dépend d'autrui pour tous les gestes quotidiens.

Il s'agit dans le cas de Marie de l'incapacité à travailler.

Elle se sent niée par la non reconnaissance sociale de son incapacité à travailler. Il persiste une relation linéaire de cause à effet entre les déficiences et les désavantages, ce qui en fait toujours un modèle individuel expliquant l'expérience négative des personnes par leurs attributs personnels sans tenir compte des facteurs contextuels.

Sans me substituer à l'assistante sociale, je dois la soutenir dans les démarches sociales et m'occuper de cette problématique réelle.

La reconnaissance du retentissement fonctionnel la mettant en catégorie 2 est indispensable pour sortir de la crise et ensuite la poursuite d'un travail sur son histoire sera possible.

## **Cas clinique n°2**

En prenant l'histoire de Sandrine, dont j'avais exposé l'observation à propos de la fibromyalgie<sup>163</sup>, la dépression pour laquelle elle a été en arrêt de maladie pendant 3 ans, l'a mise dans une impasse sociale ; une précarité qui la renvoyait à la pauvreté et à l'incertitude de son enfance .

La précarité est une impasse car elle exclut des soins, des aides juridiques et l'aide doit passer par une assistante sociale qui peut enfermer l'exclu dans une dépendance, parfois lui conseiller des démarches inadaptées. Elle a veillé pendant ses 3 ans à :

– avoir un logement indépendant, le payer, « ne pas être à la rue », ce qu'on voit de nos jours, ne pas pouvoir se loger avec un SMIC.

– garder des enfants.

– Jardiner.

– me rencontrer tous les 7 jours.

Elle avait à cœur de faire une formation professionnelle qualifiante pour sortir de la longue maladie.

Vu son CV, il lui était proposé de faire du dessin industriel sur ordinateur.

Or ce qu'elle aime, c'est la nature et les enfants. Elle est affective, créative, en relation avec les enfants.

Nous faisons ensemble le projet d'auxiliaire puéricultrice. Elle devra défendre son projet bec et ongle car il n'était pas proposé par la COTOREP et plus difficile à réaliser car il fallait passer par une présélection pour rentrer dans l'école et déménager pour suivre une formation d'un an, puis trouver un travail.

Le travail relationnel que nous avons effectué ensemble a permis de dépasser l'angoisse d'abandon, et d'envisager cet éloignement.

La proposition de la formation est arrivée quand elle avait dépassé l'impasse relationnelle primaire de son histoire et que le processus de différenciation avait été mis en place. Elle pouvait avoir un projet personnel, dire non au projet de dessin industriel et soutenir son désir.

Ses facultés intellectuelles permettaient de se lancer sereinement dans une nouvelle formation.

Le projet a pu se construire à partir de son histoire, travaillée en thérapie, relayée au CRIP.

---

163. Colloque de Montpellier.

Sur le plan de la pathologie, c'était une fibromyalgie sur dépression.

### ***Cas clinique n°3***

Pierre est venu sans aucune demande, adressé par la psychologue du CRIP. Il obéit car il veut à tout prix réussir sa réinsertion. Il veut travailler à tout prix. Il avait 2 expériences professionnelles, gardien de sécurité et mécanicien.

Pour lui tout s'est arrêté il y a 3 ans, à la suite d'un accident de voiture. Il a eu l'épaule droite « fracassée ». Elle est complètement bloquée. Il a le bras collé au corps, mobile à partir du coude. Cela ne se voit pas mais il est dans l'incapacité de lever le bras donc ne peut plus faire son métier de mécanicien. Il ne parlera jamais de douleur.

Il a eu un mois et demi de coma, a perdu son garage, a divorcé et est séparé de sa fille.

Il s'est rapproché de ses frères et sœurs.

Il vit seul, sans aucune relation, sans travail, avec très peu d'argent. Il est tendu, blindé. Je sens une très grande souffrance, muette, contenue.

Sa seule demande est de travailler : « si je travaille, je pourrais recommencer à vivre. »

En quoi son état est-il préjudiciable à son projet de réinsertion professionnelle ?

Il voit tout en noir et ne peut avoir aucun projet. Il n'est pas en relation, évite tout le monde. Il a été en échec scolaire, n'a pas le bac et ne peut pas envisager de refaire des études qui le renverraient à cette période difficile de son adolescence. Il ne veut pas changer de métier, mais est dans l'incapacité de rechercher un emploi, car on ne peut pas engager un être diminué sauf par pitié, ce qui ne va pas avec le système social et ce qu'il ne supporterait pas.

Il a un fonctionnement adaptatif, corps tendu et blindé, sans affect sauf la colère qu'il identifie mais contient. Il dort par épuisement, ne rêve pas. Avant son accident il faisait 2 métiers, c'est pourquoi il s'est endormi au volant, et là il passe sa journée sur Internet pour s'instruire. Ainsi sa pensée est occupée. Il parle très peu.

L'accompagnement sera court 6 mois, entre 2 stages au CRIP.

C'est difficile à retraduire. Il s'est agi de l'appivoiser, d'une relation affective. Je l'invitais à parler et de ma place, je mettais des mots sur ce que je ressentais face à lui ou face à ce qu'il me disait.

J'alternais du pédagogique avec des explications pour renforcer la représentation et de l'affectif en nommant les affects éprouvés.

Il évoquait les moments de rupture et j'attendais le moment adéquat pour l'inviter à en reparler.

J'avancais sur des œufs. Mais j'ai su que le lien était créé, dès le deuxième rendez-vous, à son sourire.

L'accident a été le point final de toute une série de ruptures qui avaient commencé à l'âge de 10 ans avec le divorce de ses parents. Il était le préféré de son père, toujours à bricoler avec lui. Ce dernier est parti sans explication, et n'a plus jamais donné d'argent à sa femme qui a élevé seule les 6 enfants en faisant des ménages. Adolescence difficile, éloigné de sa famille pour délinquance, il tient son père responsable de la mort prématurée de sa mère. Marié, il s'est démené en travaillant pour que son épouse reste à la maison pour élever leur fille ; bagarreur, écorché vif, coupé de sa fratrie, exclu.

Quatre mois plus tard, il me dira : « je me sens mieux, j'ai envie de vivre. Je me réveille joyeux, je n'ai pas le souvenir de cet état. Cela me renvoie à ma petite enfance, avant le divorce. C'est comme s'il a fallu que je passe par l'accident pour en être là aujourd'hui. C'est une révélation pour moi. Je suis acteur de ma vie. J'ai envie de me lever le matin. J'organise ma journée. J'ai récupéré tout un rythme. Je me fais à manger. Je me couche plus tôt. Je parle aux gens. »

Enfin, il parle de sa survie depuis 3 ans, et la question de l'handicap peut être abordé.

Nos entretiens se sont arrêtés avec le nouveau stage au CRIP.

Je ne dis pas que tout a été abordé mais cette récupération affective, et le déblocage des rythmes corporels m'ont semblés acquis.

Il était sorti de la crise de vie. Il attaquait sa reconstruction professionnelle. Il était acteur.

« Si je travaille, je pourrais recommencer à vivre » s'est transformé en « c'est par ce que j'ai envie de vivre que je vais pouvoir trouver un emploi. »

Le passage par le CRIP vient au bout d'un cheminement :

- accident, maladie ou opération.
- Soins, projets thérapeutiques, espoir.
- consolidation avec guérison ou séquelles.
- demande d'invalidité pour la reconversion professionnelle.
- attente des mois dans l'espoir d'une formation.

L'arrivée au CRIP passe par le bilan des capacités qui marquent l'aujourd'hui, le handicap. Le bilan de compétence n'est pas suffi-

sant s'il ne tient pas compte de la personne, de son histoire, de son fonctionnement.

Dans l'handicap, il faut aborder la souffrance liée à l'handicap acquis et faire le deuil de la perte de son intégrité physique avant de pouvoir se projeter dans un nouveau métier, une nouvelle vie.

L'approche relationnelle permet de décoller du modèle biomédical insuffisant à rendre compte de l'état fonctionnel du sujet et des conséquences sociales liées à la maladie et le vécu de la maladie.

Cet handicap ou et dépression apparaissent dans un parcours de vie. Quel écho cela a-t-il par rapport au passé ?

Il est nécessaire de comprendre ce qui s'est passé dans la rupture professionnelle.

La complexité est que, pour aborder la problématique d'aujourd'hui, il faut passer par son histoire, aborder la souffrance pour la dépasser.

Le concept d'impasse permet d'éclairer la souffrance. Sortir de l'incapacité nécessite de repérer les impasses en jeu.

La traduction corporelle de l'impasse ou de la souffrance de l'handicap peut empêcher la réinsertion ; *C'est articuler le CV avec l'histoire de vie du sujet.*

L'impasse sociale recouvre les autres impasses et empêche d'aborder les autres problématiques. Le traitement social est indispensable à un moment donné.

Dans les 3 vignettes plusieurs impasses apparaissent :

– impasse de vie : Pierre a voulu que sa femme reste à la maison pour qu'elle ne se tue pas au travail comme sa mère. Sandrine a dû pleurer l'abandon de sa mère à 4 ans pour pouvoir reprendre le cours de sa vie de façon autonome.

– impasse sociale : *Marie ne peut plus travailler et elle est considérée apte à travailler.*

Il faut dans un premier temps l'autoriser à ne pas travailler, ce qui va à contre sens de son histoire où la seule reconnaissance passait par le travail, la seule issue à l'adversité. Survivre, c'était travailler.

– impasse médicale : dans la non reconnaissance de l'incapacité à travailler en ne tenant pas du retentissement fonctionnel de la douleur.

– impasse existentielle : Marie n'a pas pu aborder le traumatisme de ses 15 ans de vie conjugale et de maltraitance avant de se trouver dans la précarité. L'impasse sociale renforce l'enferment corporel. La précarité fait obstacle. La priorité est de manger avant de chercher le sens.

– impasse temporelle : la difficulté peut être d'articuler le temps social de la durée de l'arrêt de travail, ou des indemnités chômage, avec le moment du projet de réinsertion professionnelle et le temps nécessaire de la thérapie. Se dégager du temps social pendant la thérapie et suivre le temps du sujet, son rythme. Il y a un moment où c'est possible.

Si le projet ne peut pas se réaliser dans la réalité, la personne s'effondre.

Si la formation est acceptée par défaut, si elle est sans suite, et renforcera le sentiment d'échec en disant : « j'ai tout essayé... ».

Le traitement de l'handicap va changer en 2006. La COTOREP va disparaître et une nouvelle organisation va se mettre en place, dont on ne connaît pas encore très bien les règles du jeu.

Vj ku'r ci g'kpvgpvkqpcmf 'igh'drcpm

## Chapitre 3

### La fonction tactile

Marie Claude Granget

#### **Préambule : ma méthodologie**

Ce qui caractérise mon travail de psychologue psychosomatique, c'est l'utilisation de pratique à médiation corporelle : comme la relaxation psychosomatique, mais également certaines dites de contact : utilisant le toucher. Le toucher est un outil intéressant du point de vue relationnel.

J'explore cette dimension en la situant par rapport au rythme tension/détente, à l'activité/passivité, et distance/proximité.

Tous ces rythmes que je travaille provoquent des changements que j'accompagne. J'essaie de comprendre l'évolution relationnelle entre mon patient et moi à travers eux.

Je ne reste pas dans l'application d'une technique, mais je vais l'utiliser pour mettre en place la relation à partir de l'élément "corps". Néanmoins cette pratique doit être pensée en tenant compte de ce qu'elle pourrait provoquer au niveau d'un sujet dont la proximité renvoie à des expériences difficiles (comme dans le cas d'agression sexuelle", ou dangereuse pour la personne.

Pourquoi l'utilisation d'une technique de toucher ?

Même si c'est la demande initiale du patient, je n'y réponds pas systématiquement. Il faut qu'au cours de l'anamnèse pour laquelle je consacre les premières séances, l'histoire et le moment le justifie.

Dans le cas d'un sujet tétraplégique, comme dans le cas que je vais vous présenter, il m'est difficile de penser la relation à partir de la relaxation psychosomatique. Mon patient n'ayant plus l'autonomie de ses mouvements, je ne peux faire évoluer l'observation par la proposition de changements de posture par lesquelles plusieurs et divers éléments peuvent être dynamisés. Les consignes qui régissent la relation thérapeutique et permettent une récupération tonique sont ici impossibles.

Une technique relevant des "communication cutanées" s'avèrera ici pertinente. Toutefois l'effet psychothérapique du toucher ne peut être détaché du protocole strict qui permet de gérer la distance, en évacuant l'ambiguïté possible du toucher "caresse" dans les propositions diverses de massage qui se veulent de "bien-être" et de détente.

Toucher l'autre, même à sa demande doit être amené avec beaucoup de précaution.

Ainsi, j'utilise les techniques de contact, non pour induire la détente mais pour les utiliser dans la perspective d'un travail corporel selon la méthodologie relationnelle, et les placer à l'articulation du psychique et du somatique et comme l'a expliqué le professeur Sami Ali., rendu l'un et l'autre à leurs dimensions relationnelles respectives, pour considérer le problème thérapeutique et celui d'instaurer un rythme personnel à partir du couple tension-détente.

Ma pratique se place de cette manière dans le champ d'une thérapie relationnelle.

Dans la digitopuncture (appelée encore shiatsu) on retrouve les deux notions de rythme et sensation tonique par la pression des doigts sur les points de méridiens.

Cet outil répondant à un protocole strict permettra :

- d'imprimer un nouveau rythme
- d'explorer : le tonus musculaire, le rythme tension/détente et les différents rythmes du corps
- d'explorer les sensations corporelles, la sensorialité en prenant en compte les zones douloureuses du corps correspondant aux tensions
- et de modifier par la manière de toucher la sensation de continuité corporelle.

En somme de promouvoir une prise de conscience corporelle en portant l'attention sur le sentir.

La modification des perceptions d'une séance à l'autre, agit comme les propositions de changements de postures de la relaxation

psychosomatique. Une fois l'impasse dépassée comme vous le verrez, le recours à la technique de toucher ne sera plus le support principal, mais pratiqué occasionnellement à la demande de mon patient.

Le cas que je vais exposer témoigne de la reconstruction d'une subjectivité piégée dans un corps traumatisé et meurtri.

Avant de libérer la personnalité créatrice de ce jeune homme, il a fallu se confronter à deux impasses.

Impasse, de la problématique de l'handicap et impasse relationnelle antérieure à celui-ci.

L'handicap est présenté en premier plan, mais tant que celui-ci n'est pas dégagé, nous n'avons pas accès à l'impasse relationnelle que nous décrypterons dans un second temps.

Je vais travailler à partir d'un corps bloqué, limité coincé, et par le toucher un imaginaire sensoriel va pouvoir se développer et permettre la création d'un nouvel espace relationnel.

## **Mon patient**

Cyril est un jeune homme de 32 ans au jour de notre première rencontre, en mai 2002. Il a souhaité me rencontrer pour faire l'expérience d'une thérapie relationnelle à médiation corporelle pour améliorer les maux de ventre constant qui l'obligeaient parfois à interrompre son activité.

Il formulera sa demande comme une gestion du stress, car il pense que les maux du côlon invalidants, ne sont pas entièrement liés à la position assise constante dans le fauteuil roulant comme le diagnostique le corps médical. Un ami de longue date lui rappelait avoir assisté à des crises avec brûlures d'estomac lorsqu'ils travaillaient ensemble.

Sa mère a eu le même problème lors de son divorce. Il dira que c'est un problème de famille qui a touché plusieurs de ses membres par des cancers du côlon et des ulcères à l'estomac. Il sous-entend une hérédité génétique.

Il exerce la fonction d'ingénieur du son et travaille pour plusieurs distributeurs de l'audio-visuel. Il a créé son propre studio d'enregistrement et travaille à domicile.

Il pourrait se passer de travailler avec la rente d'invalidité qu'il touche, mais ne veut pas solutionner le problème de cette façon.

« Je veux apprendre à gérer mon anxiété, je veux mener la vie de tout le monde. Je me mets la barre très haut et j'oublie que je suis en fauteuil. »

## **L'anamnèse**

Cyril a une demi-sœur de 11 ans plus âgée que lui. Il aurait eu un frère plus jeune mais celui-ci n'a vécu que trois semaines après sa naissance. Cyril a depuis fait l'objet d'une hyper-protection de la part de sa mère qui a reporté toute son affection sur ce "petit dernier".

Il n'a pas connu son père, sa mère ayant divorcé rapidement après sa naissance. Il a néanmoins su que c'était un homme violent, ce qui lui a valu de faire des séjours en prison, qui a ruiné la famille, trompé et trahi sa mère.

Lorsque Cyril a 12 ans, le père veut le récupérer. Il va le rencontrer pour rompre définitivement avec lui. C'est lui qui ne veut plus le revoir. Il trouve dans ce rejet du père la vengeance appropriée à la vie très difficile que sa mère a vécue.

Il me dira avoir une relation intense avec elle. Il reconnaît que cette relation était parfois teintée de chantage affectif et empreinte de la notion du devoir.

Il est élevé selon des règles religieuses strictes, austères, faites du respect de la parole de sagesse et de chasteté.

Il se détachera de ses principes sectaires à 15 ans pour découvrir les plaisirs de la transgression de l'interdit par opposition.

Son adolescence est difficile. Malgré son désintéressement des principes religieux il constate que ceux-ci sont fortement ancrés en lui et le dérangent dans ses relations. Il va à l'excès dans la boisson, la drogue... Et le plaisir de faire la fête en opposition à la règle d'abstinence. Dans cette même période, il entame des études de musique : conservatoire flûte à bec et clarinette en si bémol.

À 17 ans, il a un bagage musical important. Il est diplômé du conservatoire. À 18 ans, il joue de la guitare basse dans des orchestres et il en vit. Il gagne ainsi son indépendance. La musique le passionne. Il joue dans des orchestres de plus en plus prestigieux.

De 17 à 20 ans, il goûte à la liberté en se partageant entre la musique dans les orchestres pour gagner sa vie et le plaisir dans des groupes de jazz.

Comme il jouait dans des orchestres qui avaient du prestige, il vivait la scène, les lumières, les paillettes, la gloire !

« J'avais 20 ans, pas une trop sale gueule, je jouais partout en France, et j'avais pas mal de copines. C'était l'époque géniale de la liberté, bagnole de sport, fringues de scène. Je gagnais bien ma vie. » dit-il.

« Je ne me considère pas comme un artiste mais comme un créateur, on venait me voir pour ça. Mon but c'était faire du jazz. J'aspirais à créer de la musique, répéter avec les autres sans pour cela faire de l'argent. Le reste était alimentaire. »

## **L'accident**

Cela faisait quatre ans qu'il faisait ce métier lorsque sa vie fut bouleversée par un accident de la route.

Mon patient va me décrire sur un ton narratif les détails de son traumatisme. Sans émotion entre le ton journalistique et le diagnostic médical. Il m'apprendra avoir été en observation dans le service où sa mère travaille comme personnel soignant.

Il énoncera le trauma crânien sans perte de connaissance, les fractures vertébrales en C6 et L3, l'ostéosynthèse de l'os iliaque broyé, l'omoplate cassée et ses fractures aux jambes.

En assistance respiratoire avec trachéotomie, il ne respirait plus tout seul, mais, malgré l'état de choc, il est toujours resté conscient. Il ne peut pas se "verticaliser" et tombe dans une forte dépression.

Il passe trois semaines en soins intensifs, et relate des souvenirs intenses d'appareillage et de machines qui bipent, supposant qu'il pouvait disparaître en cinq minutes, d'où un ulcère de stress le privant d'une sonde gastrique.

Lorsqu'il peut respirer tout seul, il passe en hôpital et constate d'infimes signes de récupération. Ses jambes bougent et il n'a plus qu'une idée "remarcher".

« Dans ma tête de 20 ans, pour remonter sur scène, il me fallait mes jambes ; je n'avais pas encore réalisé que j'avais perdu l'usage de mes doigts et que pour un guitariste c'est l'essentiel. »

Ici, mon patient a eu le sentiment de perdre son identité et le sens de son existence.

Pendant deux ans il mène un combat de 5 heures de rééducation par jour, pour gagner un millimètre de mouvement. Très dépressif, sa mère va proposer un week-end à la maison, où les odeurs familiales, le poil des chats sous ses doigts et la présence des siens vont favoriser la verticalité.

Après deux ans dans un centre de rééducation, il regagne son autonomie avec l'aide importante des relations « fortes » qu'il entretient avec son kinésithérapeute et avec l'ergothérapeute.

Il rencontre sa femme, et le bonheur extrême, c'est la naissance de son petit garçon qui lui donne le sentiment d'avoir pris sa revanche.

Il touche une importante pension d'invalidité, mais il a néanmoins voulu exercer une activité professionnelle. Ce qu'il a réussi brillamment à force d'endurance et de persévérance. Mais il n'est pas satisfait. Son mode de vie le stresse et il veut sortir du rythme infernal qu'il s'est imposé. Alors des séances de "massage relaxant" lui paraissent une alternative.

## **Le travail corporel**

Je ne peux commencer le travail corporel avec mon patient, qu'après avoir récolté suffisamment d'informations le permettant. Et elles ne le peuvent qu'à condition d'avoir au préalable établi une certaine forme d'intimité.

Les premières séances sont réservées à l'anamnèse et à instaurer avec lui un climat de confiance par les entretiens. La distance entre lui et moi est instaurée grâce à ce climat de confiance. La mise en place progressive de l'appareil thérapeutique, en consacrant un temps d'entretiens, instaure le rythme d'une relation sécurisante.

Au début de la deuxième séance, Cyril me dira s'être senti soulagé après avoir parlé si longuement pour la première fois, avec une impression de vider un grand sac d'eau. Il en éprouva une sensation de soulagement physique et mental de relâchement.

Par cette image, il introduit de fait, la notion du rythme corporel. Il met en scène l'excès de tension de l'organique face à des difficultés psychiques. Chaque difficulté psychique réagit sur le somatique à travers le tonus. L'image du sac se rapporte ici à l'enveloppe corporelle, agissant comme une cuirasse défensive, l'eau au contenu émotionnel et psychique retenu depuis si longtemps.

Le ton "désaffecté" sur lequel il m'avait conté son histoire, m'informait de la défense à prendre en compte. Cyril me dit ne plus rêver depuis longtemps, ou du moins avoir beaucoup de difficultés à se rappeler de ses rêves. Cette censure constante dans le temps touche non seulement un contenu particulier, mais toute la fonction de l'imaginaire. Je peux considérer que le refoulement ici, au lieu de résoudre le conflit, le supprime en tant qu'expérience vécue.

Ces renseignements m'informent sur le fonctionnement adaptatif de Cyril. Insistant sur la pratique corporelle comme source de

soulagement, je vais accéder à la demande de mon patient lors de notre troisième rencontre.

Me référant à l'anamnèse, je pense le travail du toucher en fonction de la projection et de la place que m'attribue mon patient. Le toucher peut, par la mémoire sensorielle, renvoyer aux premiers soins maternant : Il renvoie à la fonction maternante.

Pourquoi Cyril fait-il appel aux soins corporels ?

Sa mère était infirmière. Sa femme aussi d'ailleurs !

Or sa mère l'a hyper couvé enfant et il a tenté de se soustraire de son autorité ; c'est également elle qui va le soigner au moment de son accident.

Je peux émettre l'hypothèse que mon travail va reprendre l'histoire à ce stade là.

Mon but sera d'utiliser la technique de toucher en restant au niveau du rythme, de la tension et de la détente afin de ne pas tomber dans la dimension maternante en me différenciant pour lui permettre de sortir de l'impasse relationnelle.

## **L'impasse**

Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une impasse relationnelle essentiellement maternelle. La mère ayant divorcé à la naissance, elle véhicule une image négative du père. Le père existe symboliquement mais ne permet pas de mettre des limites et de le séparer de la mère dévorante. L'accès au tiers est coupé par le discours maternel. Il se construit à partir de cette impasse précoce. L'image qu'il a de lui est empruntée à l'extérieur. Ce qui lui permet de tenir debout, c'est la musique ou l'hyperfonctionnement. Ces éléments qui lui permettent de fonctionner jusqu'à l'accident.

L'accident produit un fonctionnement adaptatif qui réduit encore plus la solution qu'il avait trouvée pour échapper à une rigueur religieuse. Il l'enferme encore plus, le verrouille. La potentialité imaginaire qu'il avait jusque là est perdue avec la perte de l'usage de ses membres. Son seul vecteur d'existence, la musique est perdu. Il se retrouve enfermé dans un corps figé et confronté à la dépendance à l'autre.

L'accident vient rompre la continuité d'existence au niveau du corps. Là il rentre dans un renforcement de l'adaptation. C'est le corporel qui le coince dans l'impasse relationnelle. Comme je l'ai déjà exprimé, il nous faudra appréhender dans un premier temps

la question de l'handicap pour avoir accès à l'impasse relationnelle.

Après le travail corporel, dans les séances suivantes, Il me dira ressentir une amorce de relâchement physique et mental. Il sera surpris de pouvoir rester allongé ou assis dans son fauteuil, avec des larmes coulant sur ses joues sans raison. Tout simplement le relâchement est une sensation de bien-être, lui qui d'ordinaire est hyperactif. Et les idées lui sont revenues à l'esprit par rapport à son idéal de vie. Il aimerait en changer, mais comment ?

Puis alternativement, le ressenti corporel change. Il éprouve des réactions douloureuses comme des décharges et simultanément surgissent des idées noires.

« Quelque chose de mon corps ne veut pas faire le lien ». La résistance est encore présente.

Il oscille entre la récupération s'exprimant par une plus large ouverture aux autres, des relations sociales plus intéressantes pour lui, et un agacement lorsqu'il doit répondre dans des délais exigeants, à la demande des partenaires professionnels qui sont également des amis.

Il ne se sent pas libre, prisonnier du travail qui ne l'intéresse plus sous cette forme, et la nécessité de se réaliser par le travail en mettant, comme qu'il me l'avait déjà dit, la barre très haut pour se prouver qu'il est le meilleur.

Il aimerait rejouer de la musique, ce qui lui manque, m'avoue-t-il, c'est la complicité des musiciens et la création.

Nous sommes à trois mois de travail à raison d'une séance tous les quinze jours. Il y aura la rupture des vacances, Cyril se sent agité, et souffre beaucoup du ventre. Il reprend du Rivotril®<sup>164</sup> et un kinésithérapeute vient lui faire des massages du ventre tous les jours pour le soulager. Il me laissera un message sur mon répondeur pour le signaler.

Au retour, il tentera de donner une explication rationnelle à cette crise et l'attribuera à la réduction des anxiolytiques car son médecin avait observé une amélioration de son état avec le travail que nous faisons ensemble. De son départ en vacances, il s'en est suivi un changement de rythme et d'alimentation. Le retour à la ville a été difficile et il a trouvé le temps de la séparation trop long. Il en a éprouvé un sentiment d'abandon.

---

164. Médicament ayant un effet myorelaxant, utilisé pour lutter contre les contractions musculaires.

La séparation des vacances, met en évidence le fait qu'il a besoin de l'autre (de moi) pour exister, car en dehors de notre relation il n'existe pas encore subjectivement. S'il a besoin de me prévenir, c'est pour atténuer le sentiment de trahison à mon égard en faisant appel au massage du kinésithérapeute.

Apparaît alors une bribe de rêve qui annonce la relance de la fonction de l'imaginaire : Il se voit empiler des bûches et ne doit en faire tomber aucune.

Il fait référence à la réalisation de tâches contraignantes, il veut accumuler les difficultés pour réaliser sa condition d'homme. L'erreur lui est interdite, il faut qu'il prouve aux autres et qu'il se prouve qu'il est le meilleur et qu'il peut toujours aller plus haut, plus loin plus dur. Dans cette image, on peut penser au rythme corporel : oscillation tension/détente, avec la crainte d'un relâchement total. Nous pourrions penser ici à un rêve surmoïque, où est mis en scène sa soumission à une autorité qui lui donne l'injonction de ne rien faire tomber, de rien relâcher. Or, c'est le premier rêve qui apparaît après une longue période d'absence de mémoire onirique. C'est une transformation considérable. Le fonctionnement est entrain de changer dans la relation. Le rêve trouve sa fonction relationnelle. C'est par rapport au thérapeute que le patient change de fonctionnement. Sami Ali parle du « rêve programme ».

Dans son rêve, il empile des objets qui ne sont pas réguliers, il y a des aspérités partout. La relation au thérapeute va lui permettre de retrouver une verticalité au fil des séances qui s'accumulent en se confrontant, de façon pas toujours facile, aux aspérités de son histoire.

C'est une récupération de la potentialité de l'imaginaire avec laquelle il était coupé. Et le renforcement de la coupure c'est l'accident. Il revient ici à quelque chose qui existait avant l'accident.

Ce rêve est l'amorce de la créativité. Or s'il apparaît juste après notre séparation des vacances, c'est qu'il a enfin l'opportunité de dépasser ce comportement et acquérir son propre rythme tension/détente. Notre relation, et l'élaboration du rêve, nous permettra de le faire sortir de cette position adaptative et de reconstruire une relation dans laquelle il retrouve toute sa subjectivité. En fait de sortir de l'impasse relationnelle maternelle et paternelle pour retrouver toute sa dimension créatrice.

Cyrille se sent angoissé, et constate qu'il s'est effectivement emprisonné lui-même dans cette exigence. Il comprend grâce aux observations que je lui fais combien la notion du devoir a été impor-

tante. Cette exigence correspondant au surmoi corporel était probablement donnée par la mère qui coïncide avec l'image du père.

L'angoisse traduit l'approche de la difficulté identitaire.

Il prend conscience qu'il se conformait au désir des autres. Se "verticaliser", c'est quitter cette conformité, retrouver sa subjectivité, mais là le problème de la douleur et de l'abandon arrive. S'il sort de l'adaptation au désir de l'autre, il se sent abandonné.

De ce jour nous entrons dans une autre phase du travail. La digi-topressure qui m'a servie pour construire la relation n'est plus nécessaire. Elle était importante pour l'amener à dépasser l'impasse corporelle et relationnelle. L'univers sensoriel pourra se développer à présent autrement, et dans toutes les dimensions.

Pendant les séances suivantes, nous travaillerons exclusivement en verbalisation. Il prend de plus en plus conscience de la relation qu'il entretient avec ses partenaires professionnels. Ils sont plus âgés que lui, et leur reconnaît un rôle paternel. Nous aborderons alors la question du père.

Cyrille recontacte la douleur d'enfant, le sentiment d'abandon, le manque de l'amour paternel et la répulsion de celui-ci par rapport à ses actes. Il veut réparer cette image négative en gagnant l'admiration de son entourage dans la différence à ce père.

Il prend conscience que toutes ces relations professionnelles ou amicales le mènent à la réalisation des désirs d'autrui. Il s'oppose peu, s'inflige des charges de peur de perdre l'affection de ceux qui lui servent de substitut paternel.

Puis il aborde une phase de réflexion. Reprenant l'ensemble du travail effectué ensemble, Il se voit réfléchir à ce qu'il veut ou surtout ce qu'il ne veut plus. Il a mis à jour sa peur de manquer, son besoin d'affection, la peur de l'abandon, peur aussi de ne pas reproduire les bons moments lorsqu'ils sont apparus une première fois, surtout peur d'être seul ou de ressembler à son père.

À la question de la réalisation d'un désir personnel, apparaîtra alors un moment de dépression. De façon plus aiguë, le manque du plaisir de rejouer de la musique l'envahi. Il a envie de création, de voyage, de liberté.

Nous travaillons depuis près d'un an, lorsqu'un matin, il décide de me faire visualiser une vidéo qu'il n'a jamais voulu voir. J'assiste avec lui aux retrouvailles d'un homme la veille de son accident. Sur le petit écran, j'observe un jeune garçon, debout, allant et venant sur scène, jouant de la guitare au milieu d'un orchestre. Ce jeune homme plein de vie est mon patient. Je me sens touchée par ce spectacle. Et il le voit.

Ce jour là, il parlera avec émotion du traumatisme. Il associera la douleur abdominale à la souffrance de la situation. Il comprendra, ce jour là, que ce qui lui fait le plus défaut, c'est la vibration de sa guitare basse sur son ventre.

Ce qui se passe alors dans le corps n'est plus uniquement attribué à une cause organique mais relié à son histoire. La situation nous amène à prendre en compte alors l'impasse. Le patient se sent enlisé dans une situation sans issue possible pour retrouver le plaisir qui fondait son existence. La vibration de son instrument sur son ventre est impossible du fait de l'infirmité de ses doigts.

À partir de là, je vais proposer de renouer le lien du corporel et de l'imaginaire. J'é mets le postulat de repenser la musique non pas comme une adaptation du corps du musicien à l'instrument choisi, mais plutôt partir du ressenti de la posture corporelle et des capacités physiques pour "rêver" un instrument.

Le travail du rêve éveillé amène mon patient à une phase d'excitation. Et le place dans un réel différent de l'espace et du temps.

Il me dit voir le fonctionnement de son entreprise autrement. Il s'accorde enfin l'autorisation d'avouer sa lassitude de ce mode d'activité et envisage même sa liquidation. Ce qui affole son entourage. Il voit l'ampleur de la chose pour créer un instrument, mais il s'autorise toutefois à le fantasmer.

Le travail corporel prend un autre aspect. De la recherche du plaisir immédiat et de la détente du début des séances, apparaît l'étude et l'analyse des perceptions corporelles pour les détailler et les prolonger en posture, pour déterminer la forme d'un instrument que mon patient pourrait faire vibrer en plaçant une caisse de résonance sur son ventre. Il va retrouver le souvenir du glisser des doigts sur le manche très important dans le jeu de la basse. Puis il me parle de la main droite et des effets vibratoires de liaison qui crée un jeu particulier. L'intérêt que je porte à ses explications techniques lui donne le sentiment de me donner une leçon de musique. Ce que j'avoue vivre un peu de cette façon.

Il oscille néanmoins entre excitation et angoisse. Va-t-il réussir à recréer son jeu de bassiste ?

La question qui s'impose alors à lui, c'est de savoir s'il cherche une place de bassiste ou de recréer un nouveau jeu.

Il sait que la basse tient la fondamentale et fait la jonction entre la rythmique et l'harmonique. Puis il va me dessiner une première ébauche de l'instrument. Il se met alors dans le fauteuil et danse. Il exécute "sa danse" en laissant le corps exprimer toute la flexibilité

du corps. Il dit alors « J'ai le rythme, je suis tribal, primaire. J'aime le côté transe. Ce qui crée la communication, c'est le bassiste et le batteur. Sinon la musique est intellectuelle. »

Et, comme pour confirmer le concept de synchronicité dont parlait Jung, en lisant une revue artistique, Cyril collecte une information qui va propulser son rêve dans la réalité. Il étudiera de plus près la création d'un son par des capteurs de gestuelle. Une danseuse à Paris crée la musique par transformation de ses mouvements.

Tout le travail corporel sera orienté par la création d'une maquette synthétisant l'ensemble des informations acquises sur le travail précédant : sensori-moteur, perceptif et ergonomique. Il sollicite la complicité de son ergothérapeute pour la confection d'attelles lui permettant le maintien de ses doigts. La matière des attelles se ramollie dans l'eau chaude et se durcit lentement en séchant. Il peut ainsi, affiner la posture de ses doigts avec précision.

Il a également trouvé sur Internet un constructeur aux Etats-Unis qui fabrique des prototypes instrumentaux à la demande.

La maquette en bois de l'instrument et les attelles amènent une nouvelle phase de travail.

Pour cela, il a fallu revisiter sa position dans le fauteuil. « C'est dit-il pour moi la position la plus naturelle. Il faut que je joue sur mes genoux. ».

La restauration de l'image du corps est rendue possible ici par la synthèse des sensations corporelles toniques et rythmiques. L'intégration qui s'en fait à travers la sensori-tonicité modèle un corps où le processus de différenciation dehors / dedans est établi par la potentialité projective qui le conduit vers la représentation.

Autrement dit, grâce à la perception des sensations de son corps réel, Cyril peut imaginer la position de son corps imaginaire dans l'espace lorsqu'il possédera l'instrument. Il peut à nouveau se projeter dans le temps et dans l'espace et se représenter en train de jouer, et surtout retrouver sa place de musicien au sein d'un groupe. Ici, l'être se dédouble pour se projeter à l'extérieur. L'imaginaire retrouvé le corps devient créatif, expressif.

La décision de passer de la définition des caractères techniques de la guitare à la commande chez le constructeur de San Diego nous prend du temps. La prise de risque est calculée. Cyril est excité. Il dit qu'il boue, qu'il a envoyé l'argent et doit faire confiance sur parole. Le doute l'envahi : s'il s'était trompé, si il y avait des erreurs de construction, si c'était une perte de temps ?

Il attend les e-mails avec impatience, et se plaint à nouveau de mal au ventre. Il voit maintenant la corrélation entre l'intensité de

la douleur et l'impatience. S'il est contrarié il voit la douleur apparaître immédiatement. La sensation de se sentir, soumis à des facteurs extérieurs sur lesquels il n'a pas de contrôle, réactive le sentiment d'impuissance et de perte de mobilité.

À ce moment là se pose le problème de l'identité de la personne. L'impuissance le renvoie à l'enfermement : enfermement dans l'handicap mais aussi enfermement dans l'identification au père emprisonné. Plus tard, il me le confirmera à l'aide d'un dessin dont je parlerai plus loin.

À sa demande, nous reprenons une séance pratique que je pense comme la bonne attitude en réintroduisant le toucher réconfortant, sécurisant pour temporiser l'impatience et le doute par la réalisation d'un plaisir immédiat.

La technique a pour vocation, à présent, de renforcer la fonction contenante de l'enveloppe corporelle en s'appuyant sur les nouvelles perceptions de celle-ci afin de soutenir le "Moi".

Pour le moment il chante les sons dans sa tête. Il m'avoue qu'il pleure quand il s'imagine rejouer avec les autres musiciens et partager à nouveau. « Je me sens comme un mec qui sort de taule. » me dit-il. Moi, j'entends qu'il sort de l'impasse et qu'il apprend à se servir de sa différence, de sa singularité, mais aussi qu'il se différencie de son père qui a fait de la prison.

Il retrouve ses émotions et sort de l'adaptation qui lui servait de défense. Il me dira remarquer le regard des autres changer sur lui. Les femmes le regarde comme avant « j'ai retrouvé ce qui était parti... ma luminosité ».

En fait, c'est son propre regard qui change. Il fera un dessin pour me faire comprendre ce qui l'anime. Ce dessin montre une boucle (ayant la forme de la lettre alpha) et un point d'interrogation.

La boucle se rapporte à son père.

« Quand je parle de mon père, me dit-il, j'ai l'impression d'avoir aboutit quelque part. Je voulais être plus fort que tout le monde. Je parle de mon accident mais, à la base, c'est mon père. Même si je n'avais pas été handicapé, j'aurais voulu montrer que je suis un homme de valeur aux yeux de mon fils. Un enfant vous renvoie beaucoup de choses. »

« La boucle, c'est que je m'accepte et je commence à comprendre pourquoi. Je ne le pouvais pas avant car je ne voulais pas accepter ma diminution. Quand je voulais briller on me disait que mon père faisait comme ça. Lui aussi voulait aller très haut, avoir plein de nanas et des bagnoles rutilantes, c'est ce qui me motivait à

briller plus que les autres à travers tout ce qu'on m'a dit de lui. Il m'a manqué un père qui me mette des limites. C'est pour ça que je trace une boucle. C'est la première fois que j'ai l'impression d'avoir aboutit quelque part. le signe alpha, c'est le début et l'infini... le mouvement réactivé. Le point d'interrogation, c'est le doute. Si on me dit tu vas remarquer, c'est moins important pour moi que de me dire que je vais rejouer de la musique. Il y a des jours j'arrive à y croire et pas d'autres. »

Nous entamons la phase de séparation d'avec son père, et la sortie des enfermements. Dans le point d'interrogation, il voit l'accès à son identité. C'est la question du qui suis-je ?

Pour lui, le rond, c'est l'enfermement, du père emprisonné et celui de l'handicap dont il sort car dans le signe de la boucle nous sommes au commencement d'une différenciation.

Avec la création de l'instrument, le corps se projette à l'extérieur. Ce n'est pas un corps figé, handicapé, mais la relance de la dynamique d'un imaginaire projectif. La douleur abdominale a changé depuis quelques mois. Avant c'était une brûlure, maintenant c'est une tension plus ou moins forte. Il diminue les laxatifs.

L'arrivée de son instrument apaisera tous les doutes. Il manifestera sa joie dans la séance qui lui succède. Il me montre les potentialités de son instrument, j'assiste à la renaissance du musicien. Il joue bien au delà de ses aspirations.

Il vérifiera avec certitude la corrélation des douleurs au ventre et de leur disparition par la vibration de la guitare.

Il a pu participer à des "bœufs" avec d'autres musiciens, et nos rencontres s'espacent. Il sent que, maintenant, il a moins besoin de moi, même si nous continuerons à nous voir.

Aujourd'hui, Cyrille a accompli son rêve. Il fait à nouveau partie d'une formation musicale et s'est produit en public avec son groupe. Les potentialités de son instrument créent un nouveau style.

L'instrument et le musicien appartiennent tous deux à l'extraordinaire aventure d'une construction relationnelle, ou d'une reconstruction identitaire.

Nous avons donc travaillé en 2 temps. Un temps de l'handicap et un temps de son histoire personnelle. Ce qui parcourt les 2 temps, c'est un fonctionnement adaptatif qui se défait progressivement.

Je ne pouvais travailler son histoire et l'aider à avoir accès à l'impasse relationnelle tant qu'on n'avait pas travaillé l'enfermement dans une représentation de lui en tant que sujet handicapé. Son histoire était enfouie sous l'handicap dont on ne parlait jamais

autour de lui. Il était dans l'imaginaire de son environnement dont le regard le fige dans sa condition et le limite.

Tout le monde le trouvait fabuleux. C'était un renforcement basé sur la peur des autres dans le but d'annuler la confrontation à la souffrance. Tout le monde est touché par l'handicap, et on se défend soi-même en empêchant l'handicapé de s'effondrer dans un affect, dans une dépression. Là, il y arrive.

Dans ce travail, je n'ai pas été focalisée sur l'handicap et ses points de rupture dans la continuité d'existence qui détermine l'ensemble d'un devenir. J'ai repris l'ensemble de l'histoire dès son origine et j'ai replacé différemment l'évènement accident dans son histoire, en lui permettant de renaître dans la relation.

**Vj ku' r ci g'kpvgpvkqpcmf 'ighv'dncpm**

## **Chapitre 4**

# **Thérapie relationnelle et handicap**

Laurence Goldschmidt

### **Introduction**

En tant que psychologue, je travaille dans un Centre de Rééducation et d'Insertion Professionnelle. Ce Centre accueille des stagiaires reconnus travailleurs handicapés par la Commission départementale pour personnes handicapées et désireux de se reconverter professionnellement. Bien souvent, les personnes arrivent de loin (éloignement géographique, isolement, coupure d'avec la famille, dépression) marquant les différentes pertes vécues et faisant suite à la maladie ou l'accident.

L'accompagnement psychologique s'effectue essentiellement autour du travail de deuil, à savoir le cheminement nécessaire conduisant à l'acceptation de la perte de leur intégrité physique et/ou psychique. Je travaille en soirée, au foyer, sur leur temps de loisirs où les demandes d'entretien se font exclusivement selon leur propre initiative, sans aucune exigence ni regard institutionnel.

Le temps des entretiens est réduit à 35 mn où je pose peu de questions afin de respecter la personne handicapée dans son choix de dire, et d'exister ainsi par ses dires. Le regard de l'autre est à prendre en compte car il renvoie bien souvent au stagiaire sa difficile acceptation du handicap que l'autre voit et lui renvoie. La politique institutionnelle est une politique de groupe.

Parallèlement à la perspective relationnelle, trois auteurs ont retenus mon attention par leurs travaux sur la dimension groupale : Winnicott, Anzieu et Freud.

– Pour Winnicott (*Jeu et réalité*, 1971), le soi « se trouve dans l'entre – deux du dehors et du dedans, du moi et du non moi, de l'enfant et de sa mère, du corps et du langage ». Ce soi imaginaire est le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes. C'est lui qui rend le groupe vivant. L'objet- groupe comme objet transitionnel commun, représente la transition du petit enfant qui passe de l'état d'union avec la mère (dépendance à l'institution – mère) à l'état où il est en relation avec elle, en tant que quelque chose d'extérieur et de séparé. Winnicott attribue une valeur positive à l'illusion car il s'agit d'un groupe ayant pour base l'affinité de ses expériences illusoire.

– Pour D. Anzieu (dans la dynamique des groupes restreints, 1968), le groupe peut représenter une aliénation pour l'individu dans le sens où il est dangereux pour la dignité, la liberté et l'autonomie de chacun.

– Pour Freud (*Psychologie collective et analyse du moi*, 1921), dans tout groupe restreint, on peut constater une *identification au chef* ainsi qu'une *identification de chacun des membres du groupe*. L'ambivalence à l'égard de l'objet-groupe est donc essentielle à la constitution de toute identification.

Le concept d' « illusion groupale » devient ici une réalité institutionnelle où le jeune homme dont je vais exposer le parcours, Jérôme, est enfermé, adapté à l'intérieur d'une filière professionnelle proposée par le centre ; ce qui va à l'encontre de son choix individuel mentionnant son désir d'être sujet. De plus, avec l'illusion, l'identique demeure au sein du groupe (miroir groupal) et maintient Jérôme dans une impasse relationnelle alors réactualisée qu'il ne peut dépasser qu'au risque de perdre l'amour du groupe favorisant cette première identification à des pairs également handicapés.

L'illusion permet une transition vers l'acceptation de la réalité extérieure par un travail de mise en représentation de la perte (maladie, handicap). Elle permet donc un réinvestissement libidinal associé de production imaginaire.

## L'observation de Jérôme

Jérôme est un homme de 37 ans, de petite taille, qu'on remarque à sa voix aiguë. Il est arrivé au Centre en Mise à Niveau pour 6 mois

et poursuit actuellement sa formation en Montage-Optique-Lunetterie (MOL).

Ce qui motiva sa visite fût un problème relationnel avec une fille de son groupe, auquel il ne pouvait faire face, dès le début de sa formation. C'est sa cousine, psychologue également, qui me l'a envoyé sachant que je travaillais avec la relaxation. Il n'avait jamais vu de psychologue auparavant, seulement un psychiatre qui lui prescrit ses antidépresseurs.

### **Anamnèse**

Jérôme se retrouve dès l'enfance face à un vide relationnel qui est lié à une situation précoce de dépression maternelle, créant pour Jérôme une véritable impasse. En effet, la mère absente dans sa présence, rend l'enfant absent lui-même, ce qui est également soutenu par l'absence réelle du père. Jérôme n'est pas reconnu, il ne peut construire son identité, il n'a pas de visage. Il se trouve ainsi exposé à un climat maternel uniforme au sein duquel une même valeur négative est donnée à toutes les issues, c'est-à-dire un retrait qui le renvoie constamment au vide relationnel. Ainsi, en évitant les liens avec les autres, il s'épargne la répétition d'une situation de perte qui réactive le sentiment d'abandon. Cela empêche que la différence n'émerge au sein d'une relation où seul existe l'identique. C'est dans la relation duelle avec cette fille, leader du groupe, que *l'impasse se rejoue ici autour de la question de l'identité*. Alors Jérôme va se nier pour affirmer l'autre (dans des formules de politesse) et cela va participer ainsi à la toute puissance de l'autre. Jérôme est condamné à n'être que l'autre (donc la mère) sous deux aspects différents : le *surmoi corporel* (fait référence à la dépression maternelle) et l'objet perdu (qui fait référence au retrait).

Ainsi, s'instaure un lien fondamental entre l'impasse, la dépression et l'épuisement de l'imaginaire en incluant dans la même problématique la question de la pathologie organique, ici le cancer. On assiste alors à un *double mouvement impliquant le sujet et l'objet en un renvoi continu*. Ce mouvement s'opère à travers la projection négative qui se confond avec la réalité de la perte définissant ainsi la dépression qui prend forme dans l'impasse. C'est dans cet espace *d'inclusion réciproque* que le cancer s'enracine, et signifie exister dans la négation de soi-même. Jérôme s'identifie à son cancer comme seule issue possible. Le cancer inclus Jérôme, qui inclus

le cancer. C'est le temps extérieur médicalisé par les soins qui rythme sa vie. Il ne peut exister qu'en tant que malade dans le cadre des soins.

Par la neutralité de ses affects, il évite tout lien affectif en se tenant à distance de soi et des autres, ce qui donne aux choses la même valeur affective où l'absence recrée l'absence. Ce processus de neutralisation permet de maintenir le même équilibre interne où se trahit le *refoulement caractériel des affects* qui a fini par écraser la vie onirique et affective et où les normes socio-culturelles viennent occuper la place laissée vide par une subjectivité qui s'est retirée depuis l'enfance.

Dans ce climat déserté par la subjectivité, le seul moyen dont disposait Jérôme enfant, pour être reconnu et attirer l'amour maternel, fut la maladie. La brève évocation du père, absent, s'il constitue une tentative pour sortir des relations duelles, ne fait qu'ouvrir d'avantage la plaie. *L'impasse est totale par la double absence du père et de la mère.* C'est la dépression et la maladie à l'intérieur de l'impasse qui dure depuis l'enfance et qui s'avère totale. Jérôme s'est identifié à sa maladie en la place du père comme seule reconnaissance possible à travers le discours médical.

Dans la famille de Jérôme, on assiste à deux issues différentes par rapport à cet enfermement relationnel de départ :

D'une part, le suicide de son frère comme unique sortie de l'impasse maternelle qui marque le point culminant d'une dépression qui s'est emparée de tout son être avec la double destruction de soi et de l'autre (c'est-à-dire la mère).

D'autre part, le cancer de Jérôme qui marque également l'impossibilité de tout dépassement dans la quelle il s'agit d'une *situation relationnelle interne autant qu'externe*. À défaut de toute autre issue, la situation d'impasse, déjà vécue sous le signe de la dépression, évolue ici vers le cancer avec une 1<sup>re</sup> tumeur cervicale à 8 ans, 2<sup>e</sup> tumeur suite à un abcès opéré à 32 ans, puis kyste à la gencive opéré à 37 ans. On peut voir que la *dépression et le cancer sont deux aspects complémentaires de la même situation d'impasse*.

Confronté à cette première impasse que représente la dépression, il n'a pu survivre qu'en s'identifiant à une mère dépressive et en s'engageant comme elle sur la voie de la *pathologie de l'adaptation*.

Au niveau du fonctionnement, il y a absence totale de rêve. On assiste ici à un refoulement implacable qui porte sur toute la fonction de l'imaginaire. Le rêve est exclu de la vie psychique, comme si tout devait se réduire à un réel extérieur au sujet (ni rêve, ni fan-

tasmes, ni affects). Il y a donc une énorme carence fantasmatique. C'est à ce refoulement sans faille que vient s'allier le cancer.

### ***Éléments de son histoire***

– Jérôme est le plus jeune d'une fratrie de quatre (deux sœurs et un frère).

– Sa mère a toujours été dépressive.

– Agé de 2 ans, ses parents se sont séparés. Cette séparation longue et douloureuse, a duré pendant 5 ans jusqu'à ce qu'ils divorcent quand Jérôme en avait 7.

Son père avait une relation et est allé vivre en Guadeloupe jusqu'à ce que Jérôme ait 12-13 ans.

– À 8 ans, Jérôme a développé une maladie de Hodgkin<sup>165</sup> avec une tumeur cervicale.

Il fut suivi à l'hôpital Necker des enfants malades à Paris jusqu'à ses 18 ans, et soigné par la radiothérapie avec des hormones de croissance.

– Le père a réapparu quand Jérôme a développé son cancer, ce qui a déplu à la mère qui s'est interposée en lui faisant des reproches. À cette époque, Jérôme était en demande, il recherchait son père à travers certaines personnes qu'il voyait, certains souvenirs, mais pour ne pas contrarier sa mère, il refusa ainsi de le revoir. Le père était banni par le discours de la mère, donc absent dans tout l'imaginaire (absent dans sa représentation). Personne ne parlait de lui (absence d'affects) et pourtant il sentait que c'était pareil chez son frère et ses deux sœurs.

– Sa mère s'est remariée quand Jérôme avait 12 ans. Durant cette période, on le surnommait « le malade imaginaire » car il attirait toujours l'attention sur lui. Afin de changer d'air, il est allé vivre chez sa grand-mère maternelle. Sa scolarité fût difficile à cause des nombreuses absences dues à sa maladie. Les traitements n'étaient pas encore au point à l'époque et sa croissance a été interrompue. Il était montré du doigt, rejeté à cause de sa différence physique. À l'adolescence, il suivait les cours à la maison, coupé des autres de son âge. Il n'avait pas de soutien, il devait se débrouiller seul.

---

165. Maladie maligne du système lymphatique (globules blancs) dont l'extension se fait par contiguïté avec des ganglions suspects. Maladie surtout observée chez l'adulte jeune, l'adolescent et le grand enfant avec une prévalence chez les garçons = 2 à 5 cas sur 100 000 contre 1 à 2 cas chez les filles.

Il se souvient que c'est lui qui devait appeler le taxi pour aller à ses multiples hospitalisations, sa mère dépressive, avait peur de tout et il devait même lui tenir la main.

– De 17 à 24 ans, durant ces années difficiles de solitude « forcée », Jérôme ne s'entendait pas avec son beau-père qui était « assez infecte » avec lui, il l'insultait car il voulait l'atteindre pour toucher sa mère.

– À 20 ans, son frère alors âgé de 25 ans, s'est suicidé avec un fusil.

Jusqu'à 25 ans, Jérôme et sa sœur cadette, sont allés habiter chez les grands parents paternels, chez qui Jérôme a revu son père. La relation était froide, avec des mondanités, Jérôme parle de choc des cultures. On assiste à une perte relationnelle avec réactivation de l'abandon.

– À 25 ans, Jérôme évoque sa dépression où il se réfugiait dans le sommeil et pleurait beaucoup. C'est à cette époque qu'il a le plus vécu le rejet du beau-père, depuis, il a peur du regard des autres, peur d'être pris en photo, peur de son regard sur lui-même, peur de se regarder dans la glace en présence de quelqu'un. Il a peur que l'autre regarde son image, donc il se cache. Il n'ose plus se regarder de l'intérieur tant l'image extérieure qu'on lui renvoyait déteignait sur lui.

À cette époque, il était dans une impasse face au travail. À l'AFPA, la psychologue était dure avec lui et lui a dit qu'il n'existait aucune possibilité de formation pour un handicapé. Une fois de plus, il s'est senti rejeté (réactivation de l'impasse maternelle). Il est retourné à l'ANPE et a découvert par lui-même des filières pour personnes handicapées. Il est allé dans un Centre de Rééducation Professionnelle sur Toulouse en Pré-Orientation pendant 3 mois durant lesquels il avait comme projet de travailler en bijouterie. De par ses résultats inégaux, il lui a été proposé par l'équipe une formation de cordonnier ou maroquinier. Ceci lui a déplu, il s'est levé et a été viré.

Il est rentré chez lui, il déprimait. À partir de là, Jérôme est devenu introverti, mal dans sa peau. Il s'est alors réfugié dans le sommeil, et a beaucoup pleuré. Il se sentait « vulnérable, fragile, sans carapace » (le refoulement lâche et laisse passer l'affect dépressif). Il s'est fait suivre par un psychiatre pendant 6 mois et a commencé un traitement par antidépresseur.

– À 27-28 ans, Jérôme a eu une thrombose carotidienne (au niveau de la carotide sous-claviculaire). Il sentait depuis quelques

années un endormissement et des fourmillements ainsi qu'une perte de sensations qu'il relie à la radiothérapie 20 ans plus tôt, entraînant des brûlures des tissus. Aujourd'hui, Jérôme a de la tension ainsi que des problèmes cardio-vasculaires mais il n'y pense pas.

À cette même période, il a dû se faire arracher une dent. Quelques mois après, une grosseur était suspectée, il fit un abcès. Un avis d'un spécialiste était demandé. Une fois de plus dans la relation Jérôme n'était pas entendu puisque le médecin avait d'abord oublié le RV, puis finalement lui a dit qu'il n'y avait rien alors que Jérôme sentait qu'il y avait quelque chose en lien avec sa maladie.

Jérôme a tendance à banaliser cette grosseur en fonction du discours médical et familial, il en parle comme si c'était une « verrue » ou un « bouton ». Il ne peut dire ce qu'il ressent et se noie dans les détails donnés par les médecins.

– Jérôme va devoir attendre jusqu'à 32 ans (4 ans après) pour se faire opérer de cette 2<sup>e</sup> tumeur cervicale.

– À 37 ans, pendant sa formation au Centre, il fût opéré d'un kyste à la gencive droite (3<sup>e</sup> fois qu'on lui ouvre au même endroit). Lors du mariage de sa sœur, Jérôme a revu son père mais n'est pas allé vers lui, il se sent abandonné par lui.

Quelques mois plus tard, Jérôme a finalement téléphoné à son père pour lui souhaiter son anniversaire et ainsi reprendre contact et chercher en lui une reconnaissance.

## ***La thérapie***

Jérôme est venu me voir de mars à novembre, toutes les semaines au début puis tous les 15 jours ensuite. Il y a eu 15 séances en tout.

Il se tiendra exactement en face de moi, reproduisant tous mes gestes en miroir.

Jérôme vient me voir à cause des « problèmes relationnels » avec le leader de son groupe depuis son entrée en formation en décembre dernier. Il est profondément touché, il se sent jugé, « ils sont méchants », dit-il. Il pense qu'il n'y est pour rien dans cette histoire, c'est extérieur à lui car ils n'ont pas les mêmes valeurs. Cela réveille en lui la marque de la différence qu'il a connu très tôt à cause de sa maladie et qu'il ne supporte plus l'intolérance et le jugement.

## ***Représentation de l'impasse***

### *Entre corps groupal et corps subjectif*

Jérôme se sent fatigué, son formateur le trouve préoccupé, en retrait, dispersé et pas assez organisé. Lors d'un conseil de discipline on leur a fait comprendre que les problèmes relationnels n'ont pas lieu d'être au Centre. Jérôme se sent une fois de plus rejeté et pas considéré.

– Je lui explique le concept d'illusion groupale où tous les membres du groupe doivent aller dans le même sens pour se reconforter qu'ils sont un bon groupe. Pour que cela fonctionne toute différence est exclue, mise de côté car cela les renvoie à leur propre différence due à leur handicap, qu'ils tentent ici d'oublier. Ce qui explique pourquoi Jérôme dérange, il constitue une menace au niveau de l'intégrité corporelle groupale de par ce concept d'illusion. Tout le monde recherche l'identique, le même, de façon à s'identifier à quelque chose de bon représenté et personnifié par le leader.

Je l'aide à se représenter sa position par rapport au groupe et non encore par rapport à son histoire car cela aurait été trop intrusif et directif alors qu'il s'agissait de faire du lien avec sa demande par rapport avec ce qu'il vivait au sein du groupe.

Il peut maintenant relier ce qu'il vit actuellement en groupe avec ce qu'il a vécu enfant, il était rejeté et montré du doigt par les autres, ainsi que sa famille. Il explique sa différence fondamentale avec les membres de son groupe, par le fait qu'il aurait fait le deuil depuis l'enfance de sa différence, alors que les autres ne l'auraient pas encore fait.

Jérôme relativise, il donne en fonction de ce qu'il reçoit, de façon à rester dans l'égalité et la superficialité (pour ne pas être touché affectivement).

Dans le groupe, il cherchait des affinités, « il se cherchait des amis par curiosités » dit-il. Il réalise que c'est en gardant ses distances qu'il peut se faire ainsi respecter, par un retrait défensif qui entretient la différence au sein du groupe et qui renforce l'illusion d'être un bon groupe qui se défend des menaces extérieures (angoisse archaïque de désintégration qu'il représente pour le groupe). Toute proximité peut être dangereuse car il peut de nouveau être dans la perte.

### ***Le lien entre le cancer et la dépression est responsable d'une libération des affects***

Jérôme parle de se lâcher (comme façon d'exister) dans le fait de se déclencher des tumeurs par rapport au fait de n'avoir pas été reconnu dès l'enfance par son père à cause du divorce et de l'interdit de la mère d'en parler et ensuite le refuge dans la dépression.

Entre temps, Jérôme a appelé son père pour lui souhaiter son anniversaire. Il l'a fait pour lui-même, il voulait dépasser sa rancœur (il recherchait du lien, une reconnaissance). Cela lui a fait plaisir, « c'est reposant » dit-il (liquidation de la tension). Son père a pu lui dire combien il a été touché de son coup de fil. Jérôme a pu lui exprimer combien il se sentait abandonné par lui par manque de soutien et de protection quand il était enfant, seul, face à sa maladie.

Dans la relation avec moi, s'est instaurée une relation de confiance car je représente la mère permissive et contenante qui aide Jérôme à livrer ses affects, *c'est le point de rupture de son fonctionnement.*

### ***L'apparition de l'angoisse laisse apparaître la dépression***

Jérôme se sent très fatigué avec des chutes de tension qu'il relie à la chaleur et à la fatigue qu'il ressent depuis la thrombose carotidienne, il y a dix ans.

Il précise que s'il veut avancer il ne peut se permettre de revenir sur le passé. Il m'explique que sa mère se plaignait tout le temps et il ne veut faire pareil, donc il « se blinde » dit-il.

Actuellement, sa fatigue commence à l'inquiéter car il dort beaucoup, il fait de l'hypotension et se demande si cela ne cacherait pas quelque chose.

Il fût absent au rendez-vous suivant, je ne le reverrais que 3 semaines plus tard.

*L'expression de ses affects fait émerger sa subjectivité : l'ouverture de l'impasse*

*Le lien entre le cancer et son fonctionnement :*

Jérôme a dû se faire opérer d'un kyste à la gencive à droite depuis la dernière séance, c'est la 3<sup>e</sup> fois qu'on lui ouvre au même endroit. Il est très fatigué, de plus, il a du retard à rattraper dans sa formation dans laquelle il lui faut s'investir donc il a décidé de ne plus s'investir dans les relations avec les autres.

Je lui renvoie le fait qu'il serait bon pour lui de ne pas couper les liens avec les autres car dans son parcours il a souvent été coupé des autres et qu'il a aussi besoin de relations (je lui rappelle les présences-absences de sa maladie et de sa mère) et qu'aujourd'hui il s'agit de restaurer du lien dans une continuité relationnelle avec lui-même mais également avec le groupe.

Il me rapporte que certaines personnes de son groupe auxquelles il ne s'attendait pas, sont venues lui porter soutien, il en a été touché et a pu leur renvoyer.

Des problèmes relationnels avec le leader persistent, il attend qu'elle vienne lui adresser la parole pour lui répondre de façon la plus polie possible, afin de « colmater l'agressivité en retour » dit-il. Il pense qu'il lui faut être fort et qu'il ne peut répondre autrement que par la politesse. Dans le doute, il a tendance à se laisser marcher sur les pieds pour éviter de se confronter à la différence.

Que ressent-il quand il se fait agresser verbalement ?

Il a oublié combien il pouvait être agressif, il ressent le besoin d'intervenir et en même temps, il se dit que ce n'est pas le moment « j'en ai marre de me faire marcher sur les pieds ! dit-il ». Jérôme exprime maintenant qu'il veut mettre de l'ordre dans ses relations, mettre des limites.

Je me suis permise d'intervenir car il pouvait maintenant faire du lien dans son histoire et qu'il faut avancer également selon *le rythme du centre*, c'est-à-dire le temps de la formation. On peut voir que cela lui a permis d'enchaîner sur d'autres vécus relationnels, positifs, nouveaux pour lui.

*L'émergence de nouvelles relations qui lui renvoient une image positive et fait apparaître la différence d'avec sa maladie.*

En famille, Jérôme a vécu des moments difficiles. Il ressentait le besoin de rester en retrait et avait envie de partir. Il culpabilise de n'avoir pas pu être d'avantage présent. Il le relie aux médicaments qui l'assomment et le rendent fatigué.

À propos du groupe, Jérôme parle de « barrière » avec le leader avec lequel il ressent toujours cette différence. Par fierté, il a décidé de ne pas aller s'excuser (par ce positionnement, il se différencie).

Il mange à part du groupe et cela soulève des questions à son égard. Il pense que le groupe culpabilise de le laisser seul (espace de projection en cours de construction). Jérôme ne veut pas les déranger mais en même temps il exprime qu'il aimerait « peut être revenir dans le groupe » car il est touché quand il entend dire sur lui qu'il faut le laisser tranquille.

Jérôme aborde la notion de plaisir ressenti en ce moment dans des nouvelles relations sympathiques avec un garçon dans le groupe qui est « neutre et ouvert » envers lui, ainsi qu'une jeune femme qui l'aide en lui faisant les synthèses des cours pour rattraper son retard. Leur amabilité le dérange, il se sent « envahit ». Cette gêne le renvoie à la chaleur relationnelle, à l'intérêt porté à sa personne. Cela lui fait « bizarre car c'est une nouvelle relation » à laquelle il n'est pas habitué. De plus, me dit-il, « elle est très jolie » donc est touché et séduit par elle, « c'est une sensation très agréable » (identification à l'homme qu'il représente).

Il se dit être à la fois « clown et calme » (il fait ici référence à l'enfant en lui qui aurait aimé rire et rêver et qu'il « recontacte » maintenant).

Jérôme va être dans une période difficile car il finit un module et commence ses examens la semaine suivante. Il est très pessimiste quant aux résultats. Il va devoir travailler le week-end, avec des personnes de son groupe bien qu'il préfère travailler seul.

Il est allé manger avec le groupe en demandant qu'on lui fasse une place à table. Il a pu les « repositionner » dit-il. Il m'explique que deux groupes se sont maintenant formés. Il a la reconnaissance de cette jeune femme qui le trouve très gentil malgré ce que peuvent dire les autres sur lui. Ils ont une relation privilégiée. Il ne se sent plus seul. De retour de vacances, il n'a pas eu son module, de justesse, mais il est quand même satisfait de lui.

Durant l'été, il a profité de sa famille. Il a pu ressentir un « équilibre relationnel » car « il y a eu de la reconnaissance envers lui » dit-il. Il se sentait bien car il avait accompli ce qu'il devait faire et qu'il est actuellement en attente d'autres projets.

Au niveau de son vécu relationnel en groupe : il est toujours en retrait, position marginale, suite à l'incident relationnel de l'année précédente mais maintenant par *choix* de rester seul. Il réalise que cela le nuit à la longue car il est beaucoup seul mais il s'est fait une amie avec qui il est lié. Aujourd'hui, il dit être complètement indifférent au leader, il ne la regarde plus du tout. Il se sent en pleine possession de ses moyens. Il s'autonomise dans sa façon d'être ici, en formation, mais exprime qu'il en craint encore les limites, à savoir un retrait défensif excessif.

Jérôme s'est autorisé à craquer, il a « explosé » face au formateur en lui disant qu'on le prenait pour un « con ». Il y a eu en échange une grande compréhension de la part de celui-ci. Jérôme a été entendu, reconnu dans son individualité de sujet, dans sa différence. Il dit pouvoir maintenant laisser parler son cœur, ses sentiments.

## ***Libération de l'imaginaire***

Actuellement Jérôme prend un demi-comprimé d'antidépresseur par jour depuis sa dépression il y a 2-3 ans ; il se demande si ce n'est pas cela qui lui donne des somnolences, dormir lui fait beaucoup de bien, encore plus que les médicaments.

À ma question : comment se sent il actuellement ? Il me répond qu'il se sent très bien mais qu'il a *peur* de re-somber dans la dépression, la douleur morale.

Se sent-il en sécurité aujourd'hui ?

Grâce à son projet de formation, il se sent d'avantage aimé. Il se souvient que ce qui le faisait pleurer lors de sa dépression, c'était le manque de projet et l'envie de rien avec un fort sentiment d'inutilité où plus rien n'avait de sens.

Je lui propose de travailler à partir de la prise de conscience de son ressenti corporel afin de l'aider à se relier à son imaginaire.

Il dit avoir du mal à « user » de son imaginaire ; il a de l'espoir, il « rêve » maintenant d'une intégration professionnelle. Cela lui est difficile de « décoller de la réalité » à cause de son enfance très difficile » dit-il. Il comprend l'importance d'exprimer son ressenti maintenant qui lui permet de se relier à son imaginaire.

Il se souvient qu'il avait essayé, dans le passé, de « travailler » son imaginaire avec le chant et la sculpture afin de « libérer certaines idées et de reconstruire l'enfant détruit en lui ». Il avait la sensation de « matérialiser ses idées », cela lui redonnait confiance en lui ; il pouvait créer donc il se disait qu'il était quelqu'un de bien.

Jérôme s'est inscrit à un atelier caméra, dans lequel il a accepté d'être interviewé. Avec la caméra, il a pu « crever l'abcès sous-péridural » dit-il. Il fait une analogie avec son cancer, son image trouée, sa carapace et l'abcès qu'il a eu à la gencive. Il accepta de faire de la relaxation à la prochaine séance.

## ***Apparition d'un rythme subjectif***

Jérôme a vu un film avec Romy Schneider, il admire la naïveté qu'elle a su préserver, « ceci permet de savourer l'instant présent » dit-il. L'imaginaire permet d'inscrire le plaisir dans un temps présent.

Il décrit deux vitesses : lui, qui roule lentement, c'est « la lenteur », et les autres plus rapides qui l'ont distancés. Il se dit que le temps passe vite. Le temps dans la maladie, la vie et la mort amène à la réflexion du temps qui s'écoule (présent), du temps qui reste

(futur) et du temps accordé (passé). L'impatience fait ralentir les choses : « Quand on est lent, le temps passe vite, alors que prendre le temps, c'est savourer l'instant présent ». Le choix d'être actif laisse paraître l'affect dans l'instant présent vécu alors plus intensément. Il évoque alors le *suicide de son frère* ; il pense qu'il était impatient face à la vie.

Il exprime sa peur d'être trop sûr de lui en choisissant ses relations et en étant indifférent à celles qui sont nuisibles pour lui. Il veut garder un doute et continuer de se poser des questions.

### ***L'écoute corporelle permet de soutenir l'imaginaire corporel***

Jérôme me raconte un nouvel incident avec le leader : après un tirage au sort, il doit travailler en binôme à l'atelier avec elle. Sur le moment, il a rigolé pour dédramatiser. Il l'a pris tel un challenge : celui de travailler ensemble pendant 5 semaines. Il voulait en finir avec ces histoires qui durent depuis 1 an. La fille s'est sentie agressée et lui a répondu en le menaçant de le jeter par la fenêtre. Ensuite, il s'est senti exclu, gêné, nerveux, il a essayé d'aller vite et il a raté ses deux verres, pendant qu'elle « trépignait ». Il lui a dit qu'il ne répondrait pas à ses attaques car il savait qu'elle le provoquait. Jérôme est resté à sa place de sujet et n'est pas rentré dans le même registre émotionnel qu'elle qui l'aurait fait réagir habituellement par le retrait défensif et l'effacement. Du coup, elle en a été déstabilisée et ne lui a plus rien dit.

### ***Le travail corporel permet une prise de conscience du corps***

Allongé sur le dos, les mains derrière la tête et les jambes croisées (la gauche sur la droite).

Cette position lui inspire de la détente comme quand il regarde la télévision ou bien quand il dort sur le côté avec ses bras autour de l'oreiller pour sentir le contact et s'isoler du bruit. Ses bras vers le haut lui rappelle la natation quand il nage, qui est une « position d'extériorité » grâce à laquelle il respire mieux. Il est bien et sa respiration est calme.

Le travail corporel a pour but de soutenir Jérôme en faisant appel à un imaginaire à partir du corps dans lequel un rythme apparaît. Grâce à l'expression de son ressenti, une appropriation de son vécu corporel se réalise et cela lui permet ainsi de se relâcher petit à petit.

Jérôme peut maintenant se représenter les difficultés individuelles vécues en groupe. Il réalise qu'aujourd'hui il sait mieux se protéger face aux autres. Il continue de garder ses distances mais par choix car les personnes ne l'intéressent pas.

Il est inquiet pour son amie car il la voit forte et la sent si fragile en même temps. Il trouve cette fragilité dangereuse au sein d'un tel groupe. Au même âge, il demandait beaucoup à sa mère face au manque du père et la fragilité de sa maladie. Cela l'interroge par rapport à ce qu'il a vécu. Il se dit être un « écorché vif ». Il peut faire le lien entre sa force (côté social, adaptatif) et sa fragilité quand il parle de ses émotions, de sa sensibilité, de lui.

Il enchaîne sur le fait qu'il voudrait travailler des techniques de vente devant la caméra et ainsi travailler le rapport à son image.

### ***La reprise des exercices avec changement de position fait apparaître la différence dans la relation au thérapeute***

Jérôme change de position, il est maintenant de trois quart, il n'est plus en miroir face à moi.

À ma question : comment va-t-il ? Il me dit qu'il ressent « un début de névralgie du côté temporal gauche à cause d'une hypercirculation du sang, il a la tempe lourde ». Il a diminué par paliers la posologie de l'antidépresseur mais il s'est senti plus fragile, « cafardeux », vulnérable. Il a alors repris le traitement immédiatement et a retrouvé une aisance sécurisante. Mais il ressent encore une fragilité en lui, la crainte d'être trop envahit par l'entourage. Il voulait arrêter les médicaments pour « récupérer du dynamisme et une meilleure qualité de sommeil ». Il me dit qu'il lui faut d'abord se protéger puis il arrêtera ensuite les médicaments.

Il relie son besoin de protection à ses dépressions saisonnières au mois de novembre, bien avant le suicide de son frère. L'hiver il se recroqueville, il « hiberne comme un ours » et au printemps il s'ouvre (le rythme tension-détente est maintenant mis en lien avec les saisons).

Le rendez-vous suivant, Jérôme n'est pas venu, nous devons mettre un terme à notre travail car sa formation se terminait. Il me laissa un mot me demandant des adresses de thérapeutes. Je lui ai laissé un message avec les coordonnées de collègues et lui souhaitant une bonne continuation.

## **Conclusion**

Nos entretiens ont permis que se fasse un travail de représentation qui a aidé Jérôme à relier ses affects aux événements de son histoire. Cela l'a soutenu pour exister différemment dans un nouvel espace projectif. Il a pu trouver ainsi un espace de sécurité dans la relation thérapeutique dans laquelle le travail a pu se faire à partir du tonus autour de l'éprouvé corporel et dans l'expression de ses ressentis. L'affect a pu émerger à partir des sensations décrites au sein d'une ré-harmonisation du rythme tension – détente dans la relation avec moi. Le travail thérapeutique a consisté à aménager une place à l'affect dans la relation. L'espace – temps crée ainsi par les entretiens permet à l'expérience d'exister et d'être représentée. Ainsi, dans ce nouvel espace relationnel Jérôme a pu ressentir différemment le temps qui passe et il a pu instaurer un rythme personnel, soutenu par le travail corporel.

Il faut donc une place différenciée dans le regard de l'autre pour que le double puisse être dépassé en donnant une forme au corps entier différencié de celui de la mère.

L'expression du ressenti, soutenue dans la confrontation à la situation d'impasse, a permis l'accès à la différenciation et la construction d'un dedans et d'un dehors ; ceci grâce à la place laissée dans mon regard de thérapeute.

Comme nous le dit si bien le Professeur Sami Ali, la thérapie a donc permis à Jérôme « d'œuvrer sur cette frontière entre la projection sensorielle et la projection fantasmatique, à travers l'opposition corps réel/corps imaginaire » et lui a permis ainsi de se construire une image, une identité alors distincte de sa maladie.

Vj k'ir ci g'k'pvgp'k'pcn' 'igh'dncpm

## **Chapitre 5**

# **Impossibilité de l'espace imaginaire pour les patients affectée par la maladie de Crohn**

Adèle Bucalo Triglia

La maladie de Crohn (MdC) est une inflammation chronique de l'intestin qui comporte pour le patient beaucoup de souffrance du corps et qui se déroule dans la thérapie psychosomatique par des étapes et des éléments constants et récurrents.

Depuis la découverte de la maladie (1932), de nombreuses études reportent des résultats sur la souffrance morale et l'arrêt de développement de ces patients<sup>166</sup>.

La maladie est constituée par une inflammation chronique et des granulomes, lésions qui se présentent dans l'appareil intestinal à partir de la bouche jusqu'à l'anus.

La maladie est en effet la cause de malabsorption, de sténoses de l'intestin, et demande des récurrentes interventions chirurgicales.

Les deux exemples cliniques rapportés ici montrent des éléments récurrents de l'espace imaginaire dans le fonctionnement adaptatif des patients.

---

166. Bucalo A., Cottone M : “ *Psicogenesi della malattia :una revisione della letteratura.*” Bologna ed. Grasso, 1991.

## Cas clinique 1

Un jeune patient de 23 ans atteint de Maladie de Crohn (M.d.C) depuis l'âge de 13 ans est totalement incapable de gérer non seulement sa vie alimentaire, mais aussi sa vie affective et ses études.

Il présente un arrêt du développement psychologique, du corps sexuel et relationnel depuis l'âge de 16 ans.

Séparé de son père à l'âge de neuf mois parce que sa mère et sa grand-mère maternelle expulsèrent celui-ci de la maison, il a vécu avec elles jusqu'à maintenant, dans un climat de deuil refusé et de répétition obsessionnelle.

À l'âge de quatre ans, l'oncle maternel du patient, le frère de la mère, disparaît à l'improviste par suicide.

La grand-mère et la mère ont passé les années suivantes autour du jeune homme en niant l'évidence de la mort et du deuil, dans la crainte qu'il pourrait répéter le geste insensé de son oncle.

Il y a seulement trois ans que la mère lui a dit que son oncle est mort mais sans lui expliquer comment. La mère et la grand-mère ont feint que l'oncle vivait aux États-Unis, en allégeant la différence de fuseau horaire comme cause de l'impossibilité de communiquer.

Le garçon est en train de devenir ingénieur en télécommunication et il me semble très intelligent.

Il est très grand et très mince avec les cheveux noirs et frisés, il s'appelle Albert.

En cinq semaines avec une ou deux séances par semaine, le patient a pu reconstruire les événements et la réalité imaginaire qui l'entoure. Dans la thérapie psychosomatique ses rêves l'ont beaucoup servi, il a apporté en séance deux rêves chaque fois, jusqu'à la rencontre qui suit ...

## Récit de la séance

Le patient est tendu. Je vous rapporte la suite des discours tels qu'ils se sont réellement déroulés.

(T : Thérapeute, P : Patient)

P : *« ça va comme ci comme ça, un peu mieux, je réussis à sortir du lit mais je ne vais pas à l'université »*

T : silence.

(Je pense au regard bienveillant du père qui m'est apparu à l'occasion de son appel au téléphone. Nous avons parlé beaucoup et je

sais qu'après le père a parlé avec son fils de cette conversation presque amicale.)

P : « *Anne et moi, nous avons été insultés, nous étions à dîner avec des amis, nous avons été assaillis et critiqués, surtout ils ont dit que si je ne me décide pas à me fiancer avec elle, je dois la laisser en paix...* »

T : « *qu'est-ce que vous avez mangé ?* »

P : « *rien, ou mieux une crêpe au chocolat, mais ils m'ont fait perdre l'appétit.* »

(Le patient ne mange rien qui ne soit cuisiné par sa mère ou sa grand-mère, mais en dehors il mange des pommes frites et des crêpes.)

T : « *mais savez-vous cuisiner une omelette ?* »

Je lui explique comment on fait, je le fais rire en évoquant Dingo de Disney.

P soulagé : « *après quand j'ai accompagné Anna à la maison elle m'a pratiquement violé, mais je n'ai pas voulu en profiter...* »

T : « *ça vous paraît mal après ce que les amis ont dit... (sous-entendu : que vous profitez de la bonne foi d'Anne mais en réalité vous étiez indécis ?)* »

P : soupir...il est désespéré : « *maintenant je me sens comme si j'étais sous un réflecteur dans une chambre sombre et sans limites, avec seulement le sol. Je tiens ma tête entre les mains et je la bats désespérément et les autres me disent fais ça, fais ci, ne fais pas ça, ne fais pas ci ... tout est sombre et il y a une grande angoisse.* »

Je lui demande de se dessiner lui-même dans cet espace.

Le patient fait ce dessin... (voir *Figure 1*).



Figure 1.

Je lui demande qu'est ce que cela lui évoque...

Il me répond : un interrogatoire. Je fais baisser la tension et je fais une allusion à un film policier, il fait signe que oui, et je lui demande s'il a fait une endoscopie<sup>167</sup>.

Suit le récit du traumatisme vécu pendant l'examen endoscopique à l'âge de treize ans :

---

167. L'examen endoscopique consiste à explorer l'intestin par un tube vermiforme au bout duquel il y a un petit objectif et une lumière qui sert à éclairer la paroi intestinale pendant son parcours.

L'endoscopie du côlon à laquelle se rapportent les deux patients peut se pratiquer avec une légère anesthésie, mais souvent le chirurgien préfère n'utiliser aucun sédatif.

L'image perçue par l'objectif est projetée sur un écran qui est vu par toutes les assistantes.

L'examen est considéré comme « invasif », mais pas douloureux, il n'a pas de risques particuliers, il est précédé par quelques lavements et par le vidange total du côlon.

« ... l'oncle qui l'effraye avant de se soumettre à l'examen et après, il est sur le lit de la salle d'opération de chirurgie endoscopique, le tube, la lumière du tube, peut être un sédatif et tous, autour de lui, qui le tiennent, qui agrippent ses mains et lui disent – fais ceci, fais cela, ne fais pas ceci, ne fais pas cela - c'est terrible. Il ne peut pas bouger, tout est sombre, il y a des voix... Après le père, le visage du père qui regarde hors de la chambre de l'endoscopie, son regard bienveillant - le patient sourit – il a été le seul qui me regardait et ne disait rien, il paraissait désolé... - en repensant à ça, le patient me regarde et il sourit - ...combien de temps est passé, je ne m'étais pas avisé, je n'avais jamais pensé à ça. »

La séance se termine à notre soulagement réciproque après que le patient ait pu trouver dans sa mémoire un regard bienveillant et un visage ami.

Nous sommes le 21 novembre 2005. Le temps du patient “repart” avec cette séance, la relation thérapeutique a favorisé l'apparition du regard bienveillant du père, qui, à partir de cette date, est considéré finalement présent et réellement existant ; jusque là, il avait été totalement exclu de la relation.

Tout à coup je suis touchée par la ressemblance entre le récit du patient et celui d'un autre patient quatre ans avant.

## ***Cas clinique n° 2***

Le patient souffrant de Maladie de Crohn s'appelle Marcel. C'est un homme de 29 ans.<sup>168</sup>

En septembre 2000, il me demande une thérapie. Le patient m'a été envoyé par un gastro-entérologue. Il souffre d'un grand dérangement psychologique. Sa pensée est bloquée. Il est envahi par des sentiments de rage et d'autodénigrement.

À la première séance : Il est très agressif. Il me dit que « sa maladie est devenue sa vie, après arrive l'intubation ».

---

168. Pour l'anamnèse complète consulter Bucalo A. et Gorot J. « L'espace de la relation : le réel et l'imaginaire ». Paris : Éditions EDK, 2003.

## Notes anamnestiques

La maladie de Crohn a été diagnostiquée à l'âge de 16 ans, au moment de l'intervention chirurgicale mais, en réalité, elle est présente à partir de l'âge de 13 ans, à cause de la présence d'une fistule.

Il est opéré une deuxième fois à l'âge de 19 ans. A 21 ans, il subit une nouvelle intervention pour une récurrence précoce. Les interventions chirurgicales répétées sont des résections intestinales. La maladie de Crohn est inactive à partir de ce moment-là. Il est soigné avec un dérivé de l'aspirine.

Aujourd'hui il est tombé dans une dépression profonde et il demande mon aide.

Il ne sort plus de sa maison, il n'étudie plus, il ne rencontre aucun de ses amis. Il est en colère avec son père qui lui reproche d'être trop naïf et qui ne l'aide pas, il ne lui donne aucun bon conseil.

Il est furieux contre l'oncle maternel et toute la famille, qui l'a embrouillé. Pour lui, le temps s'est arrêté, les déplacements sont devenus impossibles. Il ne peut pas sortir de la maison. Il y a « un silence radio » sur toutes les relations.

Il a maintenant une fiancée, mais lorsqu'il fait l'amour avec elle, il souffre d'éjaculation précoce. Le trouble de la sexualité chez cette catégorie de patients a été signalé par de nombreux chercheurs<sup>169</sup>.

*« Je suis incapable de me détendre, je me sens toujours fatigué. Quand je m'arrête dans la rue, je me dis que je suis incapable de savoir où je suis, je dois rentrer à la maison. Je pensais pouvoir partir pour faire un diplôme ou un DEA à l'étranger. J'ai envie... mais je suis sûr que je ne suis pas capable de rester pendant plusieurs jours loin de ma maison. Je me sens perdu. »*

La « pensée de n'être pas là » est celle qui bloque toutes les autres considérations différentes et tous les sentiments.

La maladie est précédée, à l'âge de 13 ans, par des crises de panique au moment de l'endormissement. Il a été opéré pour le Crohn deux fois en cinq ans, il souffre d'un grave trouble psychosocial

À partir de là, le patient a commencé à perdre ses souvenirs des rêves nocturnes et à se ressentir mal orienté dans l'espace. Au

169. *Ibidem* n° 166.

moment de me consulter il souffre d'épisodes de panique qui surviennent à l'endormissement (le patient dort très mal).

La sensation de panique que je vous présente, à travers les mots-même du patient, est vécue et projetée dans un espace qui semble tourner au tour de lui.

Le récit de la crise panique récurrente :

*« J'ai peur de me désintégrer dans l'espace, de devenir fou, de me perdre. Je me rappelle la première fois quand j'ai dû me couper les cheveux. Terreur, sensation d'être sur un manège... tout tourne... je perds totalement le contrôle si le coiffeur, le lendemain, me coupe les cheveux. Ça arrive avec la même sensation, lorsque je me regarde d'en haut et me vois comme si j'étais situé là-bas, mon oeil est à partir de l'angle supérieur du mur.*

*Je me regarde et je me vois de haut. Je me vois comme dans un film.*

*Et je pense chaque fois « que quelque chose doit changer » et au contraire, je vois toujours la même scène.*

*Tout ceci m'arrive depuis que j'ai 13 ans, souvent je me demande quand je redeviendrai normal.*

*C'était comme si je devais perdre le contrôle de moi-même, j'ai toujours eu des vertiges et des troubles de la vue. Je ne rêve pas depuis ce moment-là. A partir de là je dors très mal.*

*Même aujourd'hui, quand je suis avec quelqu'un, je me regarde d'en haut, et je me demande qui je suis, quelquefois j'ai l'impression de jouer un rôle. C'est toujours une énorme fatigue, je contrôle tout. »*

Après 7 mois de thérapie, il me parle de son premier rêve, lui qui ne se souvient jamais de ses rêves, si ce n'est qu'il en garde une faible trace à l'adolescence.

## **Premier rêve de la thérapie**

*« Je suis dans une pièce comment celle-ci, dans ma chambre, avec un collègue qui me ressemble en tout pour tout.*

*Nous parlons et nous nous asseyons dans la même position que j'ai maintenant avec vous...*

Il se réfère à la position face à face maintenue en thérapie.

*Nous bavardons et tout à coup je m'aperçois que, dans la maison, il se passe quelque chose...*

*Je me regarde et regarde mon ami à partir du toit, à l'angle supérieur du mur, je sais qu'à partir de là, il se passe quelque chose d'étrange et de honteux :*

*Je vois que les fils électriques de toute la maison se transforment, se tordent, se mettent à grouiller et se déchirent. Mais maintenant nous sommes dedans.*

*Tous les contacts s'interrompent. Dans la maison, bientôt plus rien ne fonctionne... et en effet plus rien ne fonctionne... lentement les relais se transforment en vers. Les vers remplissent les murs.*

*Je retourne voir à partir de l'angle du mur. Je suis très inquiet que mon ami puisse s'en apercevoir, et je fais tout pour le distraire. Alors, je l'emmène à l'extérieur. Il ne doit pas savoir ce qui arrive. Le rêve finit. Je me réveille tout d'un coup. »*

Dans un premier temps, j'ai pensé que le rêve se référait à l'intervention chirurgicale, surtout à la deuxième intervention dont il a parlée.

Pour le patient, c'est à ce moment-là que tous les contacts s'interrompent. C'est une répétition de la période de temps traumatique. De façon rétroactive, le patient espère modifier le passé.

Après j'ai compris que le premier traumatisme a été l'endoscopie, l'examen fait quand il avait treize ans devant sa mère et son père, mortifiant, anéantissant, désorientant.

Maintenant l'espace du double est occupé par la thérapeute, qui assume une position plus active dans la relation, qui ne l'abandonne pas à lui-même. Elle se substitue dans le rêve le rôle du groupe, de l'autre que le patient a perdu après l'intervention chirurgicale.

Les liens se sont interrompus comme les contacts et les flux. Les vers que le patient associe à son intestin, comme dans son commentaire du rêve, sont la seule chose au début qu'il imagine.

En revanche, le malaise, les silences avec son collègue et le nom de celui-ci dans le rêve, ne lui disent rien.

## **Ressemblances entre les deux cas**

- l'espace vexatoire.
- Le traumatisme réel.
- L'âge du traumatisme.

- La sensation de l'espace actuel et la tension musculaire vécue par les patients.
- Le récit onirique.
- Le souvenir de l'espace et la mémoire d'une relation.
- L'impasse de sortir, il est impossible de rendre content l'autre à la fin de la relation.
- L'apparition de l'autre dans la relation thérapeutique.
- le visage du père.

## **Différences entre les deux observations**

Le premier patient ne rêve plus après le traumatisme, l'autre au contraire rêve beaucoup à partir du souvenir du traumatisme

## **Conclusion**

Je ne peux parler ici ni du rapport entre la mémoire et l'espace, et donc des rêves qui ouvrent dans la thérapie la possibilité de parler des expériences spatiales, ni de l'histoire des patients auxquels deux fragments de séance se rapportent.

Je me borne plutôt à indiquer les ressemblances qui, au bout de quatre ans environ, entre un patient et l'autre, sautent aux yeux. Pour les deux patients, le récit onirique du souvenir traumatique est relatif à l'identité et à l'apparition du double et se présente pendant que le patient et moi-même apercevons que le père ou l'identité du père, par sa présence physique et/ou son double sont présents et manquant dans le monde interne (de représentation) du patient.

Dans le cas de Marcel le double ami et la caméra V sont plutôt respectivement bienveillants et persécuteurs (vexatoires) et dans le cas d'Angelo le visage du père et la vidéo endoscopique avec le regard investigateur sont tout autant bienveillants que persécuteurs (vexatoires).

On peut penser que l'expérience de l'inquiétante étrangeté en thérapie introduit un délire nécessaire et douloureux que ce délire actualise un souvenir traumatique, et que à partir de là, comme Sami-Ali le dit, naît la possibilité de s'apercevoir du regard de l'autre, de la réalité de l'autre bienveillant ou menaçant selon les cas.

Encore une ressemblance. Dans les deux cas, la suite de la relation et le récit du patient suivis par une réciproque compréhension, initient dans la relation avec moi une dimension qui ne s'est jamais présentée avant, une possibilité d'échange plus adulte et plus franche dans laquelle la vérité et la fausseté se distinguent mieux et dans laquelle l'ambiguïté a finalement un nom.

C'est l'espace de la relation qui se définit et qui se déploie, à la fois, à partir des termes de la relation du patient avec sa mère, à travers la possibilité de reconnaître soi-même comme différent de l'autre, en se définissant ou, au contraire, qui ne se définissent pas comme égales ou différents.

Le patient qui souffre de Maladie de Crohn vit à la fois une possibilité de relation avec le risque permanent de perte de l'objet unique. À cet objet le patient reste collé dans le temps de l'identification-projection. Dans le jeu de la projection il peut arriver, à la fois, que l'agresseur qui répète l'événement traumatique est représenté par le double, ou pour mieux dire, par la précédente expérience de l'inquiétante étrangeté qui se répète. En même temps, et au contraire, le double peut être ami, guide, thérapeute.

C'est le même espace de la relation qui articule la possibilité de développer l'identité de l'être à travers le visuel (identité du visage) de l'appartenance (identité du nom) et l'identité et la différence sexuelle. C'est ainsi, petit à petit, que ces patients commencent à se reconnaître...

## Liste des auteurs

**Pierre Boquel**, Médecin psychosomaticien, directeur CRESMEP (Centre de Psychosomatique de Montpellier), responsable du Groupe Recherche de Montpellier. Membre du CIPS.

**Adèle Bucalo Triglia**, Médecin Psychiatre, psychothérapeute, Thérapeute en psychosomatique. Présidente du CRPS (*Centre di Recerca PsicoSomatica di Palermo*). Membre du CIPS.

**Laurence Goldschmidt**, Psychologue, psychosomaticienne. Thérapeute dans un CRIP (Centre de Réinsertion Professionnel). Elle pratique la thérapie relationnelle à médiation corporelle.

**Marie-Claude Granget**, Psychologue, psychosomaticienne. Thérapeute relationnel à médiation corporelle, elle travaille depuis de nombreuses années sur la place du toucher dans l'accompagnement thérapeutique.

**Danielle Froment**, Médecin psychosomaticien, directeur adjoint du CRESMEP. Praticien hospitalier à l'unité mobile de soutien et de soins palliatifs de l'Hôpital de Montpellier. Elle exerce une activité libérale de Thérapeute relationnel à médiation corporelle. Membre du CIPS.

Vj ku' r ci g' l' p v g p v k p c m f ' i g h ' d r e p m

## Bibliographie

**Andreoli A.** (2000), De la maladie traumatique aux interfaces du traumatisme, Esquisse d'un modèle de traitement et de soins, Revue Francophone du Stress et du Trauma, n°1.

**Anzieu D.** (1984), *Le Groupe et l'Inconscient*, Dunod, Paris.

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

**Anzieu D.** (1994), *Le Penser, Du Moi-peau au Moi-pensant*, Dunod, Paris.

**Barrois C.** (1998), *Les névroses traumatiques*, Dunod, Paris.

**Bateson, Birdwhistell, Goffman, Hall, Jackson, Schefflen, Sigman, Watzlawick** (1981), *La nouvelle communication*, Seuil, Paris.

**Cady S.** (1998), *Psychothérapie de la relaxation*, Dunod, Paris.

**Crocq L.** (2003), « Clinique de la névrose traumatique », in Journal des Psychologues, *Psychopathe et pervers*, octobre 2003.

**De Clercq M., Vermeiren** (1999) « Le débriefing psychologique : controverse, débat et réflexion ». *Nervure*, tome XII.

**Etevenon** (1990), *L'homme éveillé, paradoxe du sommeil et du rêve*, Ed. Sand., Mesnil-sur-l'Estrée.

**Freud S.** (1924) *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, psychose et perversion*, PUF, Paris, 1973.

**Freud S.** (1920) « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 2001.

**Freud S.** (1937) « L'analyse avec fin, analyse sans fin », in *Résultats, idées, problèmes*, PUF, Paris, 1992.

**Gauthier J.M.** (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Dunod, Paris.

**Gauthier J.M.** (1999), *Le corps de l'enfant psychotique*, Dunod, Paris.

**Gortais J.** (1997), « Victimes et traumatisme psychique », in journal des psychologues *Victimes, nouveaux regards sur le traumatisme*, n° 144.

**Guimon J. Fredenrich-Muhlebach A.** (1997), *Corps et psychothérapie*, Genève, Médecine et Hygiène.

**Green A.** (1993), *Le travail du négatif*, Éditions de Minuit, Paris.

**Hacking I.** (2001), *Entre science et réalité, la construction sociale de quoi ?*, Ed. La Découverte, Paris.

**Marchand A., Soledad I., Brillon P., Martin M., Martin A.,** (2003), « Intervention de crise et débriefing, controverses et défis » in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, tome 3, n°3.

**Laplanche J., Pontalis J.B.** (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, PUF, Paris.

**Lebigot F.** (1997), « Traumatisme psychique et originaire freudien », in *VICTIMES, nouveaux regards sur le traumatisme*, Le Journal des Psychologues, n°144.

**Lebigot F.** (2000), « La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement », in *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, tome 1, n°1.

**Pontalis J.B.** (1977), *Entre le rêve et la douleur*, Gallimard, Paris.

**Pontalis J.B.** (1988), « Non, deux fois non » in *Perdre de vue*, Gallimard, Paris.

**Sami-Ali** (1974), *L'Espace imaginaire*, Gallimard, Paris.

**Sami-Ali** (1980), *Le banal*, Gallimard, Paris.

**Sami-Ali** (1984), *Corps réel, Corps imaginaire*, Dunod, Paris.

**Sami-Ali** (1984), *Le visuel et le tactile, Essai sur la psychose et l'allergie*, Dunod, Paris.

**Sami-Ali** (1987), *Penser le somatique*, Gallimard, Paris.

**Sami-Ali** (1990), *Le corps, l'espace et le temps*, Dunod, Paris.

**Sami-Ali** (1997), *Le Rêve et l'Affect. Une théorie du somatique*, Dunod, Paris.

**Sami-Ali** (2000), *L'impasse relationnelle, Temporalité et cancer*, Dunod, Paris.

**Sami-Ali** (2001), *L'impasse dans la psychose et l'allergie*, Dunod, Paris.

**Sami-Ali** (2003), *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, Dunod, Paris.

**Searles Harold**, (1965), *L'effort pour rendre l'autre fou*, Éditions Gallimard, Paris.

**Tisseron Serge**, (1995), *Psychanalyse de l'Image, De l'imaginaire aux images virtuelles*, Dunod, Paris.

La Recherche, Hors série n°3, avril 2000.

**Zorn Fritz**, (1977), *Mars*, Éditions Gallimard, Paris.

**Watzlawick P, Beavin J, Jackson D.D.** (1972) *Une logique de la communication*, Ed. du Seuil, Paris.

**Winnicott D.W**, (1975), *Jeu et réalité*, Folio essais, Gallimard, Paris.

Vj ku' r ci g' k p v g p v k p c m { ' i g h ' d r e p m

## **Table des matières**

<b>Préface</b> .....	5
<b>Avant-propos</b> .....	7

### **PARTIE 1 – L’impasse des protistes**

<b>Chapitre 1.</b> Introduction .....	11
<b>Chapitre 2.</b> Au-delà de la compulsion de répétition et du rêve traumatique, traumatisme et impasse .....	19
<b>Chapitre 3.</b> Du handicap à l’accident et au-delà, regard critique sur le syndrome d’État de Stress Post-Traumatique .....	45
<b>Chapitre 4.</b> L’impasse des protistes ou la relation thérapeutique négative .....	67
<b>Chapitre 5.</b> Conclusion .....	119
<b>Chapitre 6.</b> Annexe .....	123

### **PARTIE 2 – Handicap relationnel et social**

#### **Dimension sociale, le problème de la réinsertion professionnelle**

<b>Chapitre 1.</b> Handicap, nouvelles perspectives .....	131
<b>Chapitre 2.</b> Maladie, handicap et travail .....	143
<b>Chapitre 3.</b> La fonction tactile .....	157
<b>Chapitre 4.</b> Thérapie relationnelle et handicap .....	173
<b>Chapitre 5.</b> Impossibilité de l’espace imaginaire pour les patients affectés par la maladie de Crohn .....	189
<b>Bibliographie</b> .....	201

