

Jean Bégoïn

LE TRAUMATISME DE LA PASSION .

C.I.P.A. METZ, octobre 2002

Introduction

Je remercie vivement de cette invitation le Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie en la personne de son Secrétaire Régional, Monsieur Jean-Pierre VIDIT, que j'ai plaisir à retrouver ici. Je suis particulièrement heureux de participer à un groupe de travail sur "Les formes actuelles de la souffrance humaine", car c'est un domaine auquel je m'intéresse depuis de longues années et sur lequel j'ai beaucoup réfléchi. Vous avez choisi plus spécialement le thème du traumatisme, il est vrai que c'est un thème important et tout à fait d'actualité. Je l'aborderai sous un angle qui vous surprendra peut-être, car j'ai finalement donné à mon exposé le titre : "Le traumatisme de la passion", mais j'espère montrer que c'est une problématique beaucoup plus générale qu'il ne peut sembler à première vue.

I - L'énigme de la souffrance psychique :

Je voudrais dire d'abord quelques mots sur la façon dont la notion de traumatisme s'est imposée à moi, dans ma pratique de psychanalyste. Pendant de nombreuses années, cette notion ne m'avait paru particulièrement centrale dans mon travail. En effet, celui-ci était, conformément à la formation que j'avais reçue, axé essentiellement sur la réalité psychique telle qu'elle se manifeste dans la situation thérapeutique, dans le hic et nunc, l'ici et maintenant et dans l'interaction transfert-contre-transfert. Les événements vécus par mes patients, par exemple dans leur enfance, avaient certes beaucoup d'importance et conféraient à leur histoire son individualité, mais ce qui m'importait avant tout c'était la façon dont ces événements avaient été vécus et intériorisés à travers les fantasmes inconscients du sujet et, en conséquence, les obstacles qu'ils avaient ainsi pu créer dans le développement psychoaffectif et psycho-sexuel de celui-ci. Le traumatisme était alors considéré, et c'était la conception psychanalytique officielle conforme à la théorie de la libido,

comme laissant des points de fixation au niveau de l'organisation fantasmatique de la vie psychique et le travail analytique consistait essentiellement à les dépister et à les analyser pour faire, en quelque sorte, sauter ces barrages ou ces blocages.

En fait, l'expérience m'a peu à peu montré que les choses étaient malheureusement plus compliquées, pour deux raisons principales et inattendues. En premier lieu, j'ai découvert que certaines analyses restaient très difficiles à terminer en raison de la persistance ou même de la **révélation** de modes de **souffrance psychique** qui résistaient, envers et contre tout, à l'évolution habituelle du processus analytique vers une plus grande autonomie de l'analysant. En fait, dans certains cas, c'était même le contraire qui se produisait : l'analysant devenait de plus en plus dépendant de l'analyste et de la situation analytique, comme si plus le lien entre l'analysant et l'analyste devenait puissant, plus les angoisses de séparation s'aggravaient et plus la séparation finale de la fin de l'analyse apparaissait difficile ou même dangereuse. La dépendance thérapeutique normale qui permet la croissance psychique peut donc devenir, dans certains cas, une **dépendance pathologique** qui mène l'analyse dans une **impasse**, selon la description de H. ROSENFELD qui a reconnu l'origine traumatique de ces formes de résistance. La dépendance pathologique enchaîne l'un à l'autre les deux protagonistes et les enferme dans ce que Donald MELTZER a défini comme un "*claustrum*", c'est-à-dire une situation psychologique d'emprisonnement qui interdit l'autonomie et qui ne permet donc pas le développement. On trouve toujours des traumatismes infantiles à l'origine de tels problèmes.

D'autre part, et en relation directe avec cette situation, les modes d'identification du sujet traumatisé sont souvent profondément perturbés par certains mécanismes de défense contre la souffrance psychique, qui sont parfois de véritables **défenses de survie**, extrême recours pour contrecarrer des sentiments de désespoir, même lorsque ce désespoir reste latent, je vous en reparlerai tout à l'heure. Disons déjà que ces défenses de survie correspondent en gros à des modes très primaires et plus ou moins massifs d'**identification à l'agresseur**. Si bien que la vie psychique de tels sujets reste handicapée par des **confusions** plus ou moins massives et dans différents domaines : en particulier, des confusions d'identité et des confusions de valeurs (entre le bon et le mauvais).

D'une façon générale, d'ailleurs, l'expérience montre que le **prix de l'autonomie** reste toujours étonnamment élevé, toujours plus élevé que ce à quoi l'on s'attendait. Freud nous l'avait bien dit : au début de sa pratique, il craignait de ne pas garder ses patients, par la suite il s'est aperçu que le plus difficile était de les amener à devenir capables de le quitter. Dans "*Analyse terminée et analyse interminable*", Freud rattache les résistances ultimes à l'analyse à ce qu'il considère comme "*le roc du biologique*", c'est-à-dire l'envie du pénis chez la femme et la révolte contre la position passive chez l'homme. En fait, dans les deux cas, aussi bien chez l'homme que chez la femme, ce roc serait donc en fait celui du **refus du féminin**. Je pense que c'est là un point capital, ayant une valeur très générale et que les cas de traumatisme nous ont aidé à mieux comprendre. Dans cette communication, je vais tenter de vous présenter du "refus du féminin" une interprétation non pas biologique mais psychologique, ou plutôt psycho-biologique. En résumé, il m'est apparu que le refus du féminin est une défense contre l'**horreur de la dépression**, car celle-ci est ressentie dans les deux sexes comme contenue, pas exclusivement mais malgré tout principalement, dans les parties investies comme féminines de la personnalité, c'est-à-dire dans les parties du self construites en identification avec la mère des soins maternels précoces, dans l'interrelation passionnée avec elle : j'y reviendrai.. Si "roc" il y a, c'est évidemment parce qu'il s'agit de défenses extrêmement rigides, constituant un véritable mur. Il a d'ailleurs été décrit par H. ROSENFELD dans les états psychotiques comme le mur du narcissisme pathologique, et il protège en fait ces patients d'une souffrance psychique intolérable. C'est pourquoi, lorsque cette souffrance finit par apparaître, par exemple au cours d'une analyse, mais éventuellement dans la vie après une rupture amoureuse ou même seulement dans un rêve, elle se présente non pas comme une simple remémoration, mais plutôt comme la **révélation d'un noyau clivé de souffrance latente**. Une telle révélation devient elle-même **traumatique**, car elle est vécue comme une menace d'**agonie ou de mort psychique**, parfois sous la forme de la peur de devenir fou. C'est le cas, par exemple, pour le célèbre rêve du patient de FREUD, "*L'homme aux loups*". Lorsque l'analyse atteint cette zone que Michael BALINT a nommé la "zone du défaut fondamental" ("the basic fault") ces patients peuvent alors se décompenser, psychiquement ou somatiquement, ils peuvent éprouver des phénomènes de dépersonnalisation, faire des chutes soudaines, souffrir de vertiges, et surtout tomber physiquement malades.

L'histoire de l'une des premières patientes qui a attiré mon attention sur ces problèmes correspondrait très bien au "*drame de l'enfant doué*" (ou : "comment on devient psychanalyste" !) décrit par Alice MILLER, qui fut l'une des premières psychanalystes contemporaines à souligner fortement le rôle parfois très pathogène que peut jouer l'environnement familial de l'enfant . Cette patiente avait terminé au bout de six ans et demi son analyse, avec un résultat apparemment très satisfaisant, mais elle revint ensuite me voir assez rapidement en me demandant de reprendre son analyse car elle n'avait pas le sentiment d'avoir acquis une autonomie et une sécurité suffisantes. Cela se traduisait par des sentiments d'insatisfaction et des troubles du caractère dans sa vie conjugale et dans sa vie professionnelle. La souffrance psychique de cette personne est vite devenue considérable, beaucoup plus intense et plus difficile à soulager analytiquement que dans la période d'analyse précédente. C'est cette patiente qui m'a fait réaliser que sa souffrance actuelle n'était pas une simple répétition d'une souffrance vécue dans l'enfance, c'était plutôt la **révélation** de la profondeur d'une souffrance latente qui avait toujours été refoulée ou clivée, mais qui éclatait maintenant au grand jour et dans toute sa violence, face au **désespoir** de jamais trouver dans sa vie adulte une satisfaction vitale suffisante, bien qu'elle soit mariée et qu'elle ait eu des enfants qu'elle aimait beaucoup. Depuis, j'ai vu d'autres cas de très graves états dépressifs chez des personnes qui avaient pourtant fait preuve de beaucoup de courage face aux traumatismes familiaux de leur vie d'enfant mais qui sombraient dans la dépression mélancolique lorsque leur vie adulte se révélait, à la longue, trop décevante en ne leur permettant pas de se réaliser vitalement en tant que personne propre. Le terme de "conflit conjugal" peut, en vérité, banaliser et édulcorer une situation de frustration affective très profonde et très grave, à proprement dit vitale.

Dans le cas de la première patiente, la deuxième partie de l'analyse a mis à jour le noyau clivé de la personnalité qui contenait le traumatisme subi par l'enfant dans son développement premier. Il correspondait tout à fait à la description des cas d'Alice MILLER : elle était la fille aînée d'une mère ayant une attitude très possessive et même intrusive, mais qui était en réalité une femme très dépressive dépit de son mariage et de la venue de deux autres enfants, des garçons dont la patiente s'est beaucoup occupée. Cette dame est devenue de plus en plus hypocondriaque et de

plus en plus dépendante de sa fille, qui devait lui servir de mère et de médecin. La patiente s'est mariée le plus tôt possible pour tenter d'échapper à l'enfermement dans la relation avec sa mère, mais elle s'est sentie obligée de confier son premier enfant, un garçon, à sa mère qui l'éleva complètement pendant deux ans, ma patiente s'étant ensuite amèrement reproché d'avoir abandonné et livré son enfant à sa mère. C'est là une situation fréquente de relation mère-fille ratée qui comporte de multiples aspects conscients et inconscients, tels que ceux décrits dans le très bon livre de Caroline ELIACHEFF et Nathalie HEINICH, "*Mères - filles, une relation à trois*". Il est apparu, dans l'analyse, que la dépression de la mère était survenue après la mort de son propre père, alors que la patiente avait entre 2 et 3 ans. C'est un âge crucial, celui de la prise de conscience, chez l'enfant, de la différence des sexes. J'y reviendrai, mais je signale déjà que cette prise de conscience peut faire éclater la sécurité de base de l'enfant, si l'environnement familial n'est pas suffisamment bon, en particulier suffisamment attentif aux fortes angoisses de l'enfant à cet âge qui est celui des **terreurs nocturnes**. La prise de conscience de son identité sexuelle survient entre 1 an et demi et 2 ans, elle lance ce que FREUD a nommé, à mon avis d'un très mauvais terme, le "complexe d'Oedipe", en fait le début de l'évolution du sentiment d'identité sexuelle du sujet. C'est un processus qui se poursuivra non seulement pendant l'enfance et l'adolescence, mais aussi à travers les vicissitudes de la vie adulte. Je vois les conflits rituellement appelés "oedipiens" comme essentiellement fondés sur l'angoisse souvent énorme de l'enfant que son orientation sexuelle lui fasse perdre l'amour et la protection de l'**un** ou de l'**autre** de ses deux parents : lui fasse perdre ce que je nomme sa relation narcissique de sécurité identitaire nécessaire à sa croissance psychique. Dans le cas de ma patiente, il est apparu que la mort du père de la mère, en déclenchant la dépression de celle-ci, a entraîné une rupture brutale d'un lien mère-fille qui était si profondément fusionnel que cette rupture a laissé subsister, dans l'esprit de l'enfant, une **faille** telle qu'elle restera ensuite ouverte à jamais, envers et contre tout, dans sa personnalité. Le noyau dépressif de la patiente avait, lors de la première analyse, été représenté dans un très impressionnant rêve de *Mer Morte*, survenu à l'approche de vacances de Pâques et qui exprimait l'angoisse de la dépression - mort psychique contenue par sa mère et que celle-ci évacuait régulièrement en elle.

A propos du rêve, je voudrais faire remarquer que, pour FREUD, le moteur du **rêve** est le désir et la mise en images visuelles du fantasme de réalisation de désir. L'une

des seules modifications significatives apportée, depuis un siècle, à la théorie freudienne du rêve a été celle d'Angel GARMA, excellent analyste argentin, pour lequel la fonction du rêve est de **résoudre le traumatisme**, plutôt que de satisfaire purement et simplement le désir. Pour GARMA, tout rêve est un cauchemar en puissance, car le contenu latent du rêve ne contient que des éléments douloureux. Certes, la satisfaction du désir fait partie du rêve, mais elle n'en est pas toujours le seul ou même le principal moteur. D'ailleurs, le rêve peut aussi bien être l'agent perturbateur du sommeil que son gardien. BION a décrit le cauchemar comme une "indigestion mentale", autrement dit un échec du rêve à élaborer son contenu traumatique.

En outre, pour FREUD, le rêve ne "crée rien", alors que MELTZER, dans son très beau livre *"Dream - life"* (1984, traduit : *"Le monde vivant du rêve"*), précise les modalités du travail d'élaboration psychique à l'œuvre dans le rêve : le rêve est le creuset de l'**activité inconsciente de la pensée** qui y déploie son aptitude remarquable à **symboliser** l'expérience émotionnelle. On pourrait dire que l'aptitude à rêver prémunit ainsi la personnalité contre un état psychotique virtuel, bien que je n'aime pas ce terme aliénant de psychotique et que je préfère parler des noyaux de désespoir que recèle toute personne, avec les défenses plus ou moins rigides que cela entraîne et qui peuvent faire toute la gravité de tels états. Comme je l'indiquais tout à l'heure, le célèbre rêve de *l'Homme aux loups* était, en fait, un cauchemar, l'enfant s'était réveillé en proie à la terreur et il lui fallut un bon moment et la présence rassurante de sa bonne pour se convaincre qu'il ne s'agissait que d'un rêve, se calmer et ne se rendormir qu'après s'être senti délivré d'un danger, ainsi qu'il l'a rapporté à FREUD : "Je crois", lui dit-il, "que ce fut là mon premier rêve d'angoisse. J'avais alors 3, 4, tout au plus 5 ans. De ce jour, jusqu'à ma 11e ou 12e année, j'eus toujours peur de voir quelque chose de terrible en rêve".

II - Les angoisses primaires :

FREUD avait très tôt souligné le caractère **énigmatique** de l'intensité de la douleur psychique du deuil mélancolique. Il avait commencé à élucider cette énigme en établissant le caractère dit "narcissique" de l'identification à l'objet perdu, qui indique que cet objet perdu était investi comme une partie vitale et quasi intégrante de soi,

sans laquelle le sujet perd totalement le goût de vivre. Il est donc parfaitement légitime de se demander quels sont les aspects du tout premier développement et de la relation de l'enfant avec son entourage susceptibles d'avoir un impact aussi radicalement traumatique lui, dans l'immédiat ou lors de son développement ultérieur, et pour quelles raisons et selon quel processus.

Ce n'est que peu à peu que j'ai mieux compris les raisons pour lesquelles l'expression de "**souffrance psychique**" m'était venue sous la plume, plutôt que celle d'angoisse, pour évoquer le vécu que me faisaient partager ces patients. Il y a, bien sûr, de l'angoisse, et combien, dans les situations que j'évoque ici. Mais c'est une angoisse primaire, d'anéantissement psychique provoquant la **terreur**, qui est une modalité extrême d'**angoisse persécutrice**. Mais cette angoisse est essentiellement un signal, comme Freud l'a indiqué, le signal de la souffrance la plus douloureuse et la plus intolérable que l'être puisse ressentir, le désespoir, le sentiment d'abandon total et de rejet de la déréliction, qui est donc la modalité **dépressive**, même si elle reste en partie latente, qui accompagne l'existence d'un noyau de terreur menaçant la vie psychique elle-même. J'ai fait l'hypothèse que le niveau le plus profond de la souffrance psychique est le désespoir de **ne pouvoir se développer**, de passer à côté de la vie sans pouvoir y pénétrer, de ne pouvoir que "**survivre**" au lieu de vivre, comme Joyce McDOUGALL l'a décrit la première. Je pense d'ailleurs qu'en fait nous avons tous, caché au plus profond de nous-même, un noyau plus ou moins important, bien entendu, et très secret de désespoir que nous nous dissimulons soigneusement et qui est en relation avec les parties de notre self qui n'ont pu trouver les conditions suffisamment bonnes, dans l'enfance mais aussi plus tard à l'âge adulte, qui auraient pu leur permettre de s'exprimer.

Ce sont les travaux psychanalytiques sur l'**autisme**, en particulier ceux de D. MELTZER et de F. TUSTIN qui m'ont apporté l'aide la plus consistante pour comprendre ces états. F. TUSTIN a eu le mérite d'élucider la nature **traumatique** de l'angoisse fondamentale des enfants autistes, qui est celle d'un anéantissement du sentiment d'être, du sentiment d'identité existentielle. Elle l'assimile au sentiment décrit par Winnicott de "**going-on being**", continuer à se sentir exister. Cette angoisse est traumatique dans la mesure où ces enfants n'ont pas pu être suffisamment bien investis par leur mère et où la conscience d'être séparés du corps

maternel est alors intolérable et provoque des angoisses primaires d'anéantissement : comme des angoisses de chute sans fin ou des angoisses de dissolution ou de liquéfaction, ou de mourir de faim. Dans ses dernières formulations, F. TUSTIN insiste sur l'aspect hautement pathologique des états autistiques et réfute définitivement l'idée d'un stade autistique normal du développement. Les défenses autistiques sont des barrières contre l'angoisse du "trou noir" de la dépression primaire et contre le néant. Ces concepts m'ont permis de mieux comprendre la souffrance de mes patients comme résultant d'**angoisses de séparation catastrophiques** (Bion) entraînant une menace d'anéantissement psychique (Tustin). J'ai compris par la suite que de nouvelles parties du self étaient nées dans l'analyse, en particulier de nouvelles capacités d'aimer, et qu'elles se sentaient à l'agonie sous la menace de la perte de la relation analytique investie par elles comme ayant la fonction maternelle primaire contenante et détoxiquante de l'angoisse, décrite par Bion, et dont les enfants autistes se sont sentis privés.

Il est bien connu que la situation dite de "**perte d'objet**" est susceptible de provoquer des réactions dépressives plus ou moins profondes. FREUD a rattaché la profondeur de la dépression mélancolique au caractère narcissique de la relation avec l'objet perdu : "L'ombre de l'objet retombe sur le moi". Mélanie KLEIN a décrit sous le nom de "position dépressive" le stade de développement, jamais définitivement élaboré, qui marque le passage de la "relation d'objet partiel" (narcissique, dont le type est l'identification projective) à la "relation d'objet total" (reconnaissance de la différenciation entre Soi et l'Autre, et prévalence de l'identification introjective). BION a opéré un début de révolution en décrivant la naissance de la pensée comme résultant de processus d'identification projective mutuelle mais **normale** entre la mère et le bébé. Il réintroduisait ainsi dans la théorie du développement le rôle de l'objet, pour la première fois depuis l'abandon par FREUD de la théorie de la séduction. En fait, il apportait aussi une théorisation à l'observation étonnante de WINNICOTT que la "mère suffisamment bonne" devait passer par une sorte de "**folie normale**", pour éviter au bébé des "angoisses inimaginables" risquant d'entraver son développement normal. C'est Donald MELTZER qui a provoqué une deuxième révolution, au moins aussi importante que celle de BION, en décrivant le "**conflit esthétique**" et la "mère suffisamment belle". WINNICOTT et MELTZER ont donc, chacun à leur manière, posé les bases de la description de la **passion** qui, à mon avis, est à la source de la

vie psychique. Je rejoins là tout à fait le biologiste Jean-Didier VINCENT pour lequel **“la passion est le propre de l’homme”**. Je pense, en effet, actuellement, que le véritable **prototype** de la passion humaine est l’**interrelation d’amour** au sein de laquelle naît la vie psychique du bébé, pendant la “Période Primaire” définie comme celle qui va de la conception à l’âge d’un an.

III - Aspects historiques et cliniques de la passion :

Le terme de “passion” dérive du verbe latin “pati” : “souffrir”, puis, plus généralement, il a désigné *“le fait de subir, de souffrir, d’éprouver”* (Le Robert, dictionnaire historique de la langue française). D’abord désignant des souffrances physiques, le terme de “passion” a été étendu à partir du 13^e siècle aux “affections de l’âme”.

A partir du 16^e siècle, et avec Ronsard, le mot de “passion” a désigné plus particulièrement *“la souffrance torturante provoquée par l’amour”*. En se généralisant, le terme s’est affaibli pour désigner seulement une vive affection pour quelqu’un et, par métonymie, la sensibilité qui peut animer une oeuvre d’art. En français moderne, le terme s’est affranchi de la notion de passivité, pour prendre une valeur plus active et positive et désigner une affection intense ou violente, comme dans l’*“amour-passion”*.

Le terme de “passion” a toujours conservé son lien d’origine avec la notion de **souffrance**, d’abord selon un modèle **physique** puis étendu à la souffrance **psychique**. Mais pourquoi ce lien entre la souffrance et l’amour et, depuis Ronsard, pourquoi la passion amoureuse est-elle associée à une torture ? Je pense que c’est non seulement en raison de l’attente, des doutes et de la frustration qui accompagnent si souvent l’état amoureux, mais aussi parce que le terme de passion connote implicitement l’avènement d’un sentiment puissant et essentiellement **nouveau**, jusqu’ici inconnu, et par conséquent quelque chose de l’ordre d’une **naissance psychique**, qui nécessite dès lors une **élaboration** plus ou moins difficile ou douloureuse, en tout cas un considérable travail d’assimilation psychique. Dans ces conditions, il n’est pas étonnant qu’un certain degré de confusion se produise aussi entre l’**intensité** toute nouvelle du sentiment amoureux et la **violence** réelle ou fantasmée de sa nature et / ou de son apparition.

Depuis une trentaine d'années, je me suis particulièrement intéressé aux travaux de Donald MELTZER, qui a développé des conceptions originales et une réflexion particulièrement profonde sur le développement et l'évolution historique de la pensée psychanalytique. Par ailleurs, j'avais auparavant commencé mes recherches psychanalytiques dans le domaine de la médecine psychosomatique, précisément sur les aspects psychosomatiques de la tuberculose pulmonaire. Depuis, j'ai toujours gardé présente à l'esprit la célèbre formule du fondateur de la phtisiologie, LAENNEC, qui a dit de cette maladie : *"Elle n'a pas de cause plus fréquente que les **passions tristes, profondes et de longue durée**"*. Dès 1964, j'avais souligné les relations entre la tuberculose pulmonaire et la **dépression**, dans ses formes les plus profondes, car l'observation psychologique des patients tuberculeux confirme totalement l'intuition remarquable de LAENNEC sur certaines conditions d'éclosion de la phtisie. Cette intuition s'est trouvée ensuite très largement confirmée par de nombreux travaux, comme ceux de Paul-Claude RACAMIER .

Je veux préciser que, d'un point de vue **dynamique** et pas seulement descriptif, la dépression doit, à mon avis, être comprise non pas comme un état en soi, mais comme le signal, l'indice d'une situation globale de souffrance psychique, ou mieux **psychosomatique**. Une telle situation est en général mal reconnue comme telle par le sujet lui-même qui ne la comprend pas clairement, car la compréhension qui lui serait nécessaire pour trouver une solution à ses problèmes est obscurcie par les mécanismes de défense contre la **douleur psychique**, qui bloquent et paralysent plus ou moins ses capacités de pensée. Il s'agit donc d'une situation psychologique extrêmement complexe, qui peut tout à fait être comprise comme une **"passion"**, dans le sens le plus large du terme.

Cas clinique.

Je voudrais donner l'exemple d'un cas d'état dépressif très passionnel déclenché par une rupture amoureuse. Une ancienne patiente, que j'avais eue en analyse pendant son divorce, et qui avait terminé son analyse deux ans auparavant, est revenue me voir récemment, sous le coup d'une rupture brutale décidée par l'ami qu'elle avait rencontré depuis. Cette rupture survenait alors qu'elle avait terminé le deuil de son mariage et au moment où elle se décidait à s'engager plus complètement avec cet

ami. Elle plongea alors dans un **désespoir** brutal et total, caractérisé par une **douleur psychique** permanente et d'une intensité **intolérable**, la vie lui était devenue un supplice de chaque instant. Elle ne pouvait plus rien manger ni rien boire. Elle était devenue quasiment incapable d'éprouver des sentiments pour ses deux filles qu'elle adorait, sauf le devoir de continuer de s'en occuper et la culpabilité de leur imposer sa dépression qu'elle s'efforçait de ne pas trop leur montrer, sans prétendre la nier. Car ses filles, qui avaient l'habitude de voir son ami et qui avaient appris à l'estimer, comprirent vite ce qui s'était passé et, pour l'épargner, elles évitaient de prononcer son nom. La patiente **maigrit** très rapidement et elle éprouvait une sensation constante de **froid**. Elle avait littéralement **perdu toute capacité de jouir du sentiment d'être en vie**, ce qui caractérise la **dépression primaire**.

Je reparlerai tout à l'heure de cette personne, mais je voudrais d'abord faire quelques remarques. La recherche psychanalytique a commencé par l'exploration des états pathologiques, essentiellement des névroses. La **psychopathologie** a donc été le modèle à partir duquel ont été esquissés des essais de reconstruction du développement psychique normal. Ce n'est que très récemment que l'étude directe du nourrisson a apporté des éléments qui remettent en question certains dogmes analytiques sur la pulsion et la relation d'objet et qui permettent aujourd'hui de se rendre compte que l'on a pu **prendre des tableaux psychopathologiques pour des modèles de développement normal et universel**. J'ai commencé en évoquant la pathologie et les "**passions tristes**" de LAENNEC. Mais n'y aurait-il pas aussi des "**passions joyeuses**" ? Certainement, et l'on pense évidemment aussitôt à la **passion amoureuse**, en particulier quand elle est **partagée** et qu'elle correspond alors à la découverte enivrante non seulement de l'autre mais aussi de soi, dans le sens d'une **nouvelle façon de ressentir sa propre existence et celle de l'autre**. L'**exaltation joyeuse** qui accompagne cette découverte signe l'accès à un niveau meilleur et plus élevé d'**intégration et de réalisation de soi**.

Il me semble que les caractères de la passion, joyeuse ou triste, quel que soit le domaine dans lequel elle se manifeste et le niveau auquel elle se situe, reflètent toujours, de façon plus ou moins évidente, les conditions originelles et très particulières de la **naissance de la vie psychique**. L'être humain, au niveau de la

connaissance de soi, est, en effet, essentiellement un **être en devenir** et les différentes étapes de son développement portent toujours la marque de ses origines.

IV - La naissance de la passion : la rencontre primaire.

.

La vie psychique **ne va pas de soi**. Pour être, elle doit être **créée**, et elle ne peut être créée qu'au sein d'une relation possédant des caractères très particuliers : c'est, en effet, une **relation de croissance psychique**, une relation que l'on peut nommer "**narcissique**" dans le sens où elle est fondatrice du "narcissisme normal" considéré comme l'**investissement minimal de soi** assurant le sentiment d'existence et de continuité évoqué plus haut (J'utilise ce terme de narcissisme malgré son ambiguïté et sa connotation parfois péjorative en relation avec la pathologie du narcissisme, car je pense qu'il est nécessaire de redonner toute sa place au développement normal à côté de ses aspects trop souvent pathologiques). Or, c'est au sein de ce que le langage adulte appellera plus tard un **climat de passion** que se développe la **relation narcissique primaire** : je nomme ainsi la relation, ou mieux l'**interrelation** qui permet la naissance et le développement de la vie psychique. Quels en sont les éléments ?

1 - Altérité, réciprocité et expérience esthétique :

FREUD avait posé que l'identification était "la première manifestation d'un attachement affectif à une autre personne". Mais nous avons appris que cette identification doit s'accompagner de la reconnaissance de l'existence distincte de l'Autre, du respect de l'**altérité**, pour poser des bases suffisamment stables pour le développement de la vie psychique. L'état fusionnel provoqué par une identification trop massive s'accompagne d'une appropriation et d'une emprise sur l'autre.

Par ailleurs, la reconnaissance de l'altérité exige qu'ait été suffisamment vécue l'**expérience de la réciprocité** qui est l'un des aspects centraux de la relation narcissique primaire. Tout le monde sait que la réciprocité est un facteur dont il est difficile de se passer, même dans les formes les plus adultes de l'amour. Au début de la vie, c'est un facteur tout simplement **vital** pour la vie psychique. Il conditionne, en

particulier, la réussite de la toute première rencontre entre le bébé et son environnement humain.

Il est largement prouvé qu'à la naissance le bébé connaît déjà la **voix** et l'**odeur** de sa mère et qu'il recherche tout de suite le sein nourricier. Pendant la tétée, la relation d'oeil à oeil est intense et les **yeux** de la mère sont identifiés aux **mamelons** des seins. Mais cette relation **sensorielle** (cognitive) avec le corps de la mère est, en même temps, **investie** (affectivement) très puissamment et **de part et d'autre**. Elle s'accompagne, en outre, d'un vécu à très forte tonalité **esthétique**, qui a été récemment décrit par MELTZER. Toutes les mères le savent, qui trouvent toujours que leur bébé est le plus beau qui ait jamais existé. Mais l'observation et la reconstruction analytiques donnent des indications suffisamment concordantes pour que l'on soit aussi certain que les premiers investissements du bébé envers le sein maternel, mais très vite aussi envers le père, en font pour lui des objets d'immense **admiration**. Ces affects, extrêmement puissants, et qui subsistent la vie durant, témoignent, selon moi, de la **beauté vécue de la rencontre** entre les capacités d'amour à l'état naissant du bébé et celles de ses deux parents, bien sûr en tout premier de sa mère, mais elle-même contenue par l'amour du père pour elle et pour l'enfant. Une telle rencontre s'accompagne de ce sentiment d'**émerveillement** de l'état amoureux qui inspire aussi les contes et les mythes, et dont la **création** semble aussi nécessaire à la vie psychique des bébés humains qu'à l'âme collective des peuples.

Le plus bel exemple de la possibilité de revivre cette **expérience esthétique primaire** qui fonde la vie psychique est certainement, dans la littérature française, le fameux souvenir de la madeleine de Marcel PROUST. Permettez-moi de vous rappeler les quelques phrases d'une confondante pénétration dans lesquelles il analyse les effets de la trace mnésique qui avait été éveillée en lui, à l'improviste, par le goût d'une madeleine trempée dans une tasse de thé. Il écrit : *“Mais à l'instant où la gorgée mêlée de miettes de gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi. Un **plaisir délicieux** m'avait envahi, isolé, sans la notion de sa cause. Il m'avait aussitôt rendu les vicissitudes de la vie indifférentes, ses désastres inoffensifs, sa brièveté illusoire, **de la même façon dont opère l'amour**, en me remplissant d'une essence précieuse : ou plutôt cette essence n'était*

pas en moi, elle était moi. J'avais cessé de me sentir médiocre, contingent, mortel. D'où avait pu me venir cette puissante joie ? Je sentais qu'elle était liée au goût du thé et du gâteau, mais qu'elle le dépassait infiniment, ne devait pas être de même nature". PROUST réussit en quelques phrases à cerner l'essentiel : la renaissance, à proprement parler, de son **sentiment d'existence**, à travers la **force inouïe de la joie de vivre** qui accompagne le souvenir de l'**amour mutuel** ressenti dans la rencontre avec l'Autre. Il indique même la différenciation entre la sensation elle-même et son investissement affectif, et le moment où opère le mystère de la création de ce quelque chose qui **donne un sens à la vie**, et sans lequel le Soi peut être envahi par le sentiment d'agonie psychique et de totale solitude de la dépression primaire, car **une telle passion est insoutenable quand elle n'est pas partagée.**

2 - La notion d'interrelation :

Le besoin, plus ou moins intense ou exigeant, de **réciprocité** fait toujours partie des états passionnels. En cas de manque de réciprocité dans les relations précoces mère-enfant, l'observation montre qu'il devient très vite impossible de déterminer d'où ce manque est provenu en premier lieu : est-il venu des parents, de la mère ou du père ou de leur interaction, ou bien du bébé lui-même ? Ce fait est très remarquable et il semble tenir à la nature même de ce que l'on en venu à désigner couramment sous le nom d'**interactions précoces**, ou mieux d'**interrelations précoces**, dans lesquelles il devient très vite impossible de différencier le rôle spécifique de chacun, tant les investissements et les identifications primaires revêtent un caractère prédominant de **mutualité et de réciprocité**. Le concept d'"interaction" ou d'"interrelation" apparaît donc comme très différent de la notion classique de "relation d'objet", essentiellement gouvernée par le jeu des pulsions et des défenses, car il implique des actions **réiproques** entre un sujet et son environnement. C'est ainsi que, si les parents sont bien à l'origine de l'existence de l'enfant, celui-ci est aussi, selon la formule connue, "le père de l'homme" - à la fois en tant que matrice des potentialités de l'être - mais aussi comme celui qui pourra ou non **faire advenir les potentialités parentales** de chacun de ses deux parents. Nous savons, par exemple, combien une mère peut être profondément blessée dans le développement et l'épanouissement de ses capacités maternelles si elle ne ressent pas son enfant l'investir avec assez d'intensité. Il en est évidemment de même en ce qui concerne le père, bien que cela reste souvent beaucoup plus dissimulé. C'est aussi la raison pour

laquelle il reste si difficile de pénétrer et de modifier la pathologie des interrelations précoces. C'est particulièrement évident dans le traitement des **troubles de la personnalité** aujourd'hui les plus fréquents et qui, sous le nom d'**états-limites** ou "**borderline**", expriment en fait des défaillances et des défauts dans les **assises narcissiques et structurales** de la personne.

Ce sont de telles considérations qui m'ont fait écrire que la réussite des interrelations précoces n'est due finalement ni à l'amour seul de l'enfant, si admiratif soit-il, ni seulement à l'amour de sa mère, si dévouée soit-elle et si bien contenue soit-elle par l'amour du père, mais à **leur interaction suffisamment harmonieuse**. Tout, autant en clinique que dans l'observation directe, semble bien confirmer que telles sont les conditions qui président véritablement à la **naissance de la vie psychique**. Le point de fixation pour les **maladies psychosomatiques** se situe sans doute à ce niveau, dans les défaillances de la création de capacités **psychiques** suffisamment capables de contenir les angoisses de la dépression primaire, liée, comme F. TUSTIN l'a montré, à un sentiment de séparation catastrophique d'avec le **corps** de la mère.

3 - La sécurité de base et la joie de vivre :

Les conditions de la naissance de la vie psychique que je viens de décrire comportent un aspect double. Le premier aspect concerne une fonction **défensive** et anti-traumatique correspondant au "pare-excitation" de FREUD. Elle résulte de l'intériorisation des fonctions parentales contenantantes et permet l'établissement d'une "**sécurité de base**" : celle-ci est faite de la **confiance** de se sentir en général **suffisamment protégé** contre les angoisses primordiales d'annihilation. Elle est constitutive de la toute première étape du sentiment d'identité existentielle.

Mais nous pouvons maintenant compléter la définition de cette sécurité de base, car son aspect défensif est en réalité secondaire à l'aspect primaire plus directement **libidinal**, qui découle de la **beauté de la rencontre** entre le bébé et ses parents : la beauté de cette rencontre apparaît clairement comme la base indispensable à l'établissement de la **joie de vivre**, basée sur l'investissement esthétique réciproque entre l'enfant et son environnement. Il est facile de concevoir que c'est ainsi que peut s'établir très tôt chez l'enfant la **confiance** que la vie vaut vraiment la peine d'être

vécue. D. STERN a décrit cet investissement réciproque sous le nom d’**”attunement”** (traduit par **“accordage affectif”**), tout en soulignant combien, au tout début de la vie post-natale, les développements cognitif et affectif sont en étroite interaction et presque impossibles à différencier. De même, **sécurité de base** et **joie de vivre** sont les deux faces d’un même processus de naissance de la vie psychique.

V - L’évolution de la passion : L’amour au péril de la violence.

Le concept d’**altérité** exprime les capacités d’investissement de **soi** et de **l’autre** reconnu comme une personne distincte de soi. Au tout début de la vie, il **a posé les bases de la santé psychique**, car le respect de l’altérité doit accompagner les interrelations précoces, si passionnées soient-elles, pour qu’elles restent suffisamment **saines**. En effet, lorsque les circonstances sont suffisamment favorables (ce qui ne se produit que dans 2 cas sur 3 seulement, selon Boris CYRULNIK), le destin habituel de la passion originaire est de **s’apaiser** grâce aux **identifications introjectives** qui accompagnent l’établissement de la sécurité de base et de la joie de vivre de l’enfant. Ce sont sans doute là les conditions qui permettent le passage des relations d’objet partielles qui sont **projectives**, aux relations d’objet total et **introjectives**, passage que Mélanie KLEIN a décrit sous le nom de “position dépressive” et que je considère comme la **découverte mutuelle de l’Autre et de Soi**. Il me semble que cette conception permet de mieux comprendre la nature du changement crucial survenant à la fin de la Période Primaire, vers l’âge d’un an. Il correspond à la **consolidation du sentiment d’identité propre** de l’enfant : celui-ci devient alors capable d’apprécier de mieux en mieux l’altérité, dans la mesure où se trouve suffisamment **consolidé son propre sentiment d’existence** grâce aux expériences positives de partage et d’intersubjectivité.

Au contraire, lorsque le sentiment d’altérité n’est pas suffisamment bien établi (ce qui semble survenir 1 fois sur 3 selon Boris CYRULNIK, ce qui est énorme), l’enfant reste **emprisonné** dans divers états d’**aliénation psychique et psychosomatique** qui sont l’expression des défenses de survie contre le désespoir de ne pas pouvoir développer sa vie psychique propre. Cette situation est la base de toute la pathologie, mentale et somatique.

1 - La souffrance psychique de base :

En effet, lorsque les conditions de la naissance de la vie psychique ne sont pas suffisamment bonnes, et que l'**attraction** irrésistible exercée par la découverte émerveillée de la BEAUTE de l'AMOUR et de la VIE PSYCHIQUE ne se produit pas, c'est son **néгатif** qui apparaît : le sentiment d'**HORREUR**, que l'on peut analyser comme étant la plus extrême **répulsion** qui se puisse éprouver, face à la **vision terrifiante** d'une menace de mort psychique. Telle était, dans l'Antiquité, la **figure de Méduse**, à laquelle était attribué un pouvoir paralysant et mortel, car son visage était si horrible à voir qu'il pétrifiait de terreur ceux qui avaient la malchance de la rencontrer. Le désespoir de sentir une impossibilité de **naître à soi-même** s'accompagne d'un sentiment d'horreur et constitue, selon moi, la souffrance psychique de base.

Suite du cas clinique.

La patiente très passionnée et très déprimée dont j'ai parlé tout à l'heure m'a apporté des illustrations saisissantes de ces sentiments d'horreur et d'agonie psychique. La seule accalmie relative de sa douleur psychique qu'elle pouvait trouver était dans le sommeil, en dépit du fait qu'elle avait terriblement **froid** et que son sommeil était toujours peuplé de **rêves** qu'elle trouvait "bizarres".

Maintenant, il s'agissait de véritables **cauchemars**, tous remplis de visions d'**horreur**, souvent plusieurs par nuit. Mais, en six semaines, la production et l'analyse de ces rêves, aidées de quelques médicaments antidépresseurs et tranquillisants, lui permirent de commencer à émerger de son désespoir. Voici quelques exemples de ces rêves :

- *elle retirait de la boue de son propre ventre, à la pelle, et sans arrêt* (les sentiments dépressifs sont imagés comme de la boue-caca qui lui remplit le ventre- tête et qu'elle s'efforce d'expulser) *son petit chien était mort, il n'avait **plus de peau** et n'était plus qu'une boule de sang, c'était **horrible** à voir* (elle assimile son petit chien à sa partie infantile désespérée, qui a perdu son contenant-peau et qui se vide de son sang-vie)
- *elle était enfermée dans sa voiture, je cognais à sa vitre pour lui ordonner de sortir, mais elle ne le pouvait pas; ses filles aussi l'appelaient, mais elle ne pouvait toujours pas sortir de la voiture* (elle se ressent emprisonnée dans le claustrum de sa voiture-dépression, qui est utilisée comme un contenant substitutif pour ne pas se vider

totallement, car, en perdant son ami, elle a le sentiment d' avoir perdu sa peau, en tant que contenant de sa vie psychique).

2 - Quelques défenses contre la souffrance psychique:

La seule défense réellement efficace contre la souffrance psychique est le **développement lui-même**. Mais un certain degré de souffrance est évidemment inévitable et le développement ne peut se faire que si certaines défenses sont mises en place contre l'excès de souffrance qui, sinon, entraverait plus ou moins complètement la croissance psychique.

Il faut donc distinguer les défenses qui peuvent s'appuyer sur un noyau suffisamment sain et qui sont **compatibles avec le développement**, de celles qui restent essentiellement dirigées contre un noyau de désespoir annihilant et qui sont des **défenses de survie**.

a) - Les défenses compatibles avec le développement :

Bien entendu, je ne puis ici toutes les nommer, même très brièvement. Je désire seulement réhabiliter dans ce cadre les **défenses maniaques**, car elles jouent un rôle central dans la lutte contre la dépression. En effet, elles avaient acquis une très mauvaise presse dans la littérature analytique, kleinienne en particulier. Et pourtant, M. KLEIN avait bien vu que, si elles ne sont pas trop massives et si elles restent temporaires, les défenses maniaques font partie des mécanismes **normaux** de la croissance psychique, car elles sont tout à fait nécessaires pour protéger le self infantile contre des sentiments dépressifs excessifs, susceptibles d'entraver gravement le développement. Ces défenses ne doivent pas être confondues avec les états maniaques aigus qui sont évidemment pathologiques, et qui constituent une défense désespérée contre la dépression suicidaire. Des défenses maniaques modérées sont, en fait, bel et bien nécessaires à la constitution et à la protection d'un **espace mental** qui puisse être utilisé pour l'élaboration progressive des affects dépressifs qui sont contenus dans d'autres secteurs de la personnalité : en général, dans les identifications qui paraissent plus **féminines**, car elles sont en relation avec les aspects plus vulnérables de l'imgo maternelle lorsque celle-ci n'est pas suffisamment bien combinée avec celle du père. Or, les défenses maniaques, avec leurs aspects projectifs, s'appuient sur les aspects **masculins** ou phalliques des identifications aux objets internes. Il faut remarquer que, de cette façon, la

bisexualité psychique est très tôt impliquée, par le jeu des identifications primaires, dans la lutte contre la souffrance psychique. L'**intégration du masculin et du féminin** continue, d'ailleurs, à jouer un rôle central dans les processus d'intégration et de développement psychique, la vie durant. Le refus du féminin, dont j'ai parlé tout à l'heure, est au contraire, chez l'homme comme chez la femme, un obstacle majeur au développement. Par contre, une part centrale du plaisir amoureux est liée à ce sentiment d'**intégration de soi** qui s'accompagne d'une exaltation joyeuse, pouvant aller jusqu'à l'extase.

b) - Les défenses de survie :

Lorsque le développement psychique ne se réalise pas suffisamment bien, les défenses mises en place contre l'excès de souffrance deviennent une entrave contre le développement ultérieur : elles protègent la **survie** mais elles **entravent la vie**. Le concept de défenses de survie en tant que défenses désespérées contre une menace d'annihilation totale permet de mieux comprendre les **aspects paradoxaux et souvent énigmatiques de la violence et de la tyrannie**, en psychologie individuelle mais peut-être aussi en psychologie sociale et politique.

La violence est le commun dénominateur des défenses de survie. Je suis tout à fait opposé à la notion d'une violence originaire, instinctuelle et sans signification, comme la "violence fondamentale" de Jean BERGERET. Celui-ci écrit, je le cite : *"La violence représente un instinct de vie, de survie, une attitude de légitime défense. Un tel instinct peut être considéré comme tout à fait naturel, parallèlement à l'instinct sexuel et il se manifeste également dès la naissance"*. Je pense que c'est là une position philosophique dualiste, une simple variante de l'instinct de mort de FREUD. J'ai très longtemps travaillé moi-même avec le concept de la soi-disant bipolarité des pulsions, que M. KLEIN avait totalement adopté de FREUD. Je l'ai maintenant complètement abandonné, rejoignant ainsi beaucoup d'autres auteurs, comme par exemple BALINT et WINNICOTT. Je pense, en effet, que le dualisme instinctuel ne rend pas compte de la clinique lorsque l'on prend vraiment en compte la nature et le métabolisme de la souffrance psychique. Il est clair, contrairement à ce que dit BERGERET, que la vie et la survie ne sont pas du tout la même chose, et elles correspondent à des tableaux cliniques très différents. En fait, je pense, étant donné que les conditions

d'environnement ne sont jamais parfaites, qu'il existe toujours un **noyau de désespoir** plus ou moins caché mais permanent au fond de tout être humain. La lutte contre ce noyau de désespoir sera, elle aussi, permanente et alimentera toutes les formes de la **violence**.

Le **prototype de la violence** consiste typiquement à évacuer l'excès de souffrance psychique dans un objet avec lequel un lien d'amour et de réciprocité n'a pas été suffisamment établi : c'est le modèle de ***l'identification projective pathologique*** telle que M. KLEIN l'a décrit en premier en tant que mécanisme schizo-paranoïde. C'est, en effet, une identification **intrusive** et qui s'accompagne d'un fantasme très concret d'**emprise** et de **contrôle omnipotent** exercé sur l'objet. Ce dernier devient alors doublement persécuteur, du fait non seulement de la haine qu'il inspire en tant que "mauvais objet", non réceptif et abandonnant, mais aussi parce qu'il est ressenti comme attaqué et endommagé par l'excès de souffrance projetée en lui avec violence, ce qui le rend susceptible d'attaquer en retour selon la loi du talion.

Il faut distinguer nettement la violence de la force et de l'agressivité. L'analyse montre que la **force** est le second des deux principaux **critères de valeur** des objets, dans la réalité psychique, car le premier critère des "bons" objets (les objets aimés) semble être leur **beauté**. La force reconnue des objets leur confère une consistance et une stabilité qui sont rassurantes et gages de fiabilité, donc de confiance. Si les "bons" objets sont trop faibles, ils sont ressentis comme trop vulnérables et par conséquent non fiables, ce qui vient saper l'établissement de la sécurité de base.

Mais la force se veut tranquille pour ne pas être confondue avec l'**agressivité**, qui implique l'existence de processus d'**attaque** et de **fuite**. Attaquer s'accompagne toujours de culpabilité, dans la vie psychique, en raison des processus d'identification à l'autre que j'ai désignés comme étant à la source des sentiments vrais d' "altérité". L'analyse montre avec évidence que les enfants très jeunes ont de très fortes tendances dépressives et ils ont énormément de peine à intégrer leur agressivité et à développer leur force, car ils se sentent **paralysés par la culpabilité** et incapables de se défendre lorsqu'ils sont eux-mêmes attaqués. Or, cela se produit chaque fois que l'investissement de l'enfant par son entourage est plus narcissique qu'objectal. Dans ce cas, les rôles sont en quelque sorte **inversés**, dans le sens où c'est l'enfant qui

devient, de façon prédominante, un contenant et, pire, un **lieu privilégié d'évacuation** pour les "mauvais contenus" des parents. L'enfant subit alors, sans être capable de se défendre, la violence de l'identification projective intrusive de l'un ou l'autre de ses parents. Le self infantile reste plus ou moins écrasé par ces projections et ces évacuations et éprouve les plus grandes difficultés à établir ses propres limites. Il en résulte des **confusions** de toute sorte qui interfèrent gravement avec les possibilités de développement de l'enfant.

C'est là, à mon avis, la structure des plus profonds traumatismes et "abus" subis par les enfants de la part des adultes, abus qui peuvent aller jusqu'au **meurtre** comme j'en donnerai plus loin, à propos de la paranoïa, une illustration exceptionnellement impressionnante qui souligne aussi combien la **violence** a toujours un sens fondamentalement **suicidaire**, car **elle a désespéré de l'avenir et, ce faisant, elle l'a par avance détruit.**

Suite du cas clinique :

Un rêve de **fantasme suicidaire**, pour mettre fin à l'excès intolérable de la souffrance psychique: *"Impossible. IMPOSSIBLE - de manger, juste boire du thé trop bouillant, presque douloureux. Serez-vous content de moi quand je vous dirai le rêve pénible qui me tient maintenant éveillée. J'ai emmené le chien se faire euthanasier. C'était la seule solution. Il souffrait trop et j'ai eu le cœur en vrille. Car la mort fut lente à venir et après des regards de tendresse, son regard exprimait une tristesse infinie - la trahison comprise - et, bien sûr, vous étiez le vétérinaire responsable de l'injection mortelle (L'objet aimé, lorsqu'il est envahi et submergé par la dépression et la déception, devient lui-même mauvais : c'est la base du **négativisme**). Bon, le chien est bien vivant mais je suis écœurée par ce que nous avons accompli VOUS et MOI."*

Les sentiments d'abandon vécus dans la réalité par cette patiente ont été si violents et si douloureux parce qu'ils réveillaient le souvenir refoulé et d'autant plus intense de profonds sentiments d'abandon de l'enfance, qui se trouvent réactivés et réactualisés aussi dans l'analyse. La mère de la patiente est une femme obsessionnelle, froide et très peu affectueuse, qui ne s'est jamais vraiment intéressée à sa fille à laquelle elle préférait très clairement une autre fille plus jeune. Ma patiente a toujours énormément souffert de l'attitude de sa mère envers elle, tout en réussissant à lui garder son amour bien qu'il fût régulièrement très cruellement déçu. Elle a ainsi intériorisé une

mère interne qui correspond à ce que Joyce McDOUGALL a très bien décrit comme un **“objet sourd”**, on pourrait ajouter : **aveugle et sourd**, à l’amour de sa fille et à celui que celle-ci lui demandait. La présence, au cœur de la vie psychique, d’un objet interne aveugle et sourd aux souffrances du sujet, est la principale cause des **angoisses de séparation** qui peuvent persister la vie durant. Ces angoisses étaient tout à fait massives chez ma patiente.

C’est ainsi que j’ai dû m’absenter toute une semaine, et la patiente continua à noter ses rêves qu’elle m’apporta à mon retour. L’un d’eux exprime les sentiments d’agonie ressentis face aux **trois** séances de la semaine perdues, qui n’ont pas pu être vécues et qui sont alors assimilées à des bébés morts. Elle écrit :

*“Mardi. Rêve atroce. Je rentre à la maison (de la maternité ?). Je tiens dans mes bras **trois** bébés minuscules - à peine quelques centimètres - ils sont nus et emmaillotés dans des linges blancs. Bertrand (son ex-mari) m’accompagne. Je sais que les trois bébés sont morts. Je monte directement dans la chambre d’Amélie (sa fille cadette). La chambre est telle quelle, sauf que sur le tapis est posée une pierre tombale avec les trois noms gravés. Je soulève la pierre et range les trois petits morts dans le sens de la largeur. Pour bien les installer, je bourre tous les espaces de papier de soie blanc. Je referme la tombe. Je prends l’oreiller du lit d’Amélie et je m’allonge sur la pierre. Bertrand pense que c’est ridicule. Il dit ça avec douceur. Il a peur que la pierre soit trop dure et que j’aie froid. Mais je refuse. Je reste allongée là, obstinée. Je pense qu’il sera impossible d’ouvrir à nouveau la tombe. Il reste tellement de place et je sais que j’ai peur de voir les bébés décomposés, pourris. Après le rêve, je me suis réveillée, écœurée, j’ai vomi beaucoup d’eau. Toute la journée, je suis obsédée par ces trois cadavres décomposés...J’attends le soir avec impatience pour pouvoir me coucher. Je ne trouve de soulagement que dans mon lit - malgré ces rêves que je vomis toutes les nuits. Et si je ne me réveillais pas ? Je réalise que les enfants ne me manquent pas (ses filles sont en vacances cette semaine-là chez ses parents, à la montagne). J’appréhende même leur retour. Je ne sais pas si je serai capable de vivre une vie normale.”*

FREUD avait soulevé la question du renversement de la pulsion en son contraire à propos du sado-masochisme. BION a décrit un mécanisme plus primitif, qui est sans doute à l’œuvre dans la négativation primaire de la pulsion : c’est le **“renversement de la fonction alpha”**, c’est-à-dire de la fonction psychique fondamentale de

représentation et de symbolisation. Lorsque les conditions sont défavorables, celle-ci fonctionnerait à l'envers : au lieu de fabriquer les symboles qui sont en quelque sorte les aliments de la vie psychique, ses "*nourritures affectives*" selon la belle expression de Boris CYRULNIK, ou "éléments alpha", ceux-ci sont détruits et réduits à des éléments bruts (éléments bêta), non utilisables par la pensée et qui ne peuvent qu'être expulsés hors de soi.

Le **renversement des valeurs**, dans la vie psychique, est la conséquence d'un renversement entre les aspects bons et mauvais des objets d'identification narcissique. Il s'exprime par le **négativisme** qui, en l'absence d'objets réellement bons, érige comme bons les mauvais objets et les mauvaises parties du self. Le renversement des valeurs et le négativisme se rencontrent tout spécialement à la base de la pathologie dans les **perversions** et les **addictions**. A l'analyse, ces structures apparaissent en fait comme des formations plus ou moins explicitement **délirantes**, dans le sens où le délire - tel celui du Président SCHREBER - peut être considéré comme une néo-formation auto-construite pour contrecarrer le vide terrifiant d'un sentiment de **destruction catastrophique du monde psychique interne** et de l'absence de toute bonne "nourriture affective".

La clinique montre que les sujets qui n'ont pas trouvé un objet suffisamment bon, c'est-à-dire suffisamment réceptif et contenant pour créer l'interaction harmonieuse dont dépend la croissance psychique, gardent en eux des aspects non développés que j'ai nommés des **parties non nées du self**. (comme les trois bébés morts de ma patiente). Or, ces aspects non développés de la personnalité apparaissent au sujet comme très dangereux, en raison des affects de désespoir total qui leur sont liés. Je pense donc qu'il est tout à fait erroné de les considérer purement et simplement comme des pulsions destructrices dérivées d'une "pulsion de mort" constitutionnelle, comme on a généralement tendance à le faire. Tout se passe, plutôt, comme si le sujet, confronté à un objet qui n'a ni reçu ni contenu ses états émotionnels naissants, les a dès lors lui-même condamnés et rejetés comme mauvais par un mécanisme primaire d'**identification au mauvais objet** qui est une **technique de survie** pour contrecarrer une dépression suicidaire. La dangerosité des parties

non nées du self est, d'ailleurs, liée au fait que leur naissance ou leur re-naissance s'accompagne toujours de très violentes douleurs dépressives.

Dans l'identification au mauvais objet, le sujet rejette donc son propre self, il a horreur de lui-même. La **paranoïa** est le résultat d'un tel avortement de l'investissement de soi. Le sujet paranoïaque ne se sent pas seulement persécuté par le monde extérieur, il se sent aussi et même surtout persécuté par son propre self, non né, et dont il a horreur : il se sent **étranger à lui-même**, forme la plus radicale d'aliénation. Dans ce cas, la haine de l'autre dérive de la **haine de soi** qui est première.

Cas clinique . Un collègue m'a rapporté l'horrible histoire d'un homme qui avait tenté de faire une thérapie à cause des difficultés causées dans son couple par son caractère jaloux et tyrannique mais qui, ne pouvant pas supporter le divorce demandé par sa femme, finit par la tuer à coups de revolver. Mais, avant de tenter ensuite de se suicider, il tua aussi leurs deux garçons d'une manière particulièrement horrible : à coups de marteau sur la tête ! Comme s'il avait essayé ainsi d'écraser concrètement sa propre douleur psychique intolérable projetée sur eux !

Dans le cas de ma patiente déprimée, cette haine de Soi primordiale à la base de la haine et de la paranoïa, a trouvé une expression directe dans un **rêve** récent. Dans ce rêve, *elle se sentait d'abord très en colère contre moi, car je ne lui donnais que des vidéos pour bébés, appelées des "télé tubbies", pour des petits bébés, même pas pour des enfants ! Elle se sentait très humiliée. Elle s'était installée à mon bureau et dans mon fauteuil. Je voulais reprendre ma place, mais elle refusait de quitter mon fauteuil car, disait-elle, elle avait encore beaucoup de travail à faire ! Soudain, la dispute se calmait et elle disait en anglais (la langue du pays où vit maintenant son ex-mari) : "I would love to have someone to hate !" Je lui répondais : "You don't need to hate someone". Elle répliquait alors : "I HATE MYSELF AND I WOULD LOVE TO HATE SOMEONE ELSE !"*

CONCLUSION

J'avais commencé en évoquant les "passions tristes" et les "passions joyeuses". Je terminerai en citant une phrase écrite par BAUDELAIRE dans les notes réunies sous

le titre : *“Mon cœur mis à nu”*. Il y écrit : *“Tout enfant, j’ai senti dans mon cœur deux sentiments contradictoires, l’horreur de la vie et l’extase de la vie”*.

Pour ne pas être dévorés par les sentiments d’horreur, les sentiments d’extase et d’amour de la vie doivent être protégés, et ils le sont par encore une autre défense de survie : le **clivage**, qui maintient la coexistence de ces sentiments contradictoires au prix d’une **division du moi**, que FREUD a découverte et décrite tout à la fin de sa vie, en 1938, dans le manuscrit inachevé intitulé *“Le clivage du moi dans le processus de défense”*. Il décrit ce clivage comme *“une déchirure dans le moi, déchirure qui ne guérira jamais plus, mais grandira avec le temps”*.

Après tout ce que nous avons dit, je pense que l’on peut en conclure que le clivage apparaît maintenant comme le mécanisme de survie utilisé lorsque le manque de réciprocité dans les interactions précoces n’a pas permis que se développe suffisamment précocement et suffisamment profondément le concept d’altérité. Le clivage est donc le **signe de la rencontre manquée**. L’adolescence en tant qu’étape de la vie et, d’une façon générale, la rencontre amoureuse et, plus généralement encore, les activités créatrices, constituent de **nouvelles chances de rencontres** plus heureuses et peut-être même passionnées, susceptibles de permettre de nouvelles intégrations et une plus complète et plus harmonieuse réalisation de soi.

Jean Bégoïn
7, rue d’Anjou
75008 PARIS