

REVISION DU CONCEPT DE DESTRUCTIVITE DANS LA VIE PSYCHIQUE

L'énigme de la souffrance psychique.

J'ai été amené à m'interroger sur le concept de pulsions destructrices et, plus généralement, sur la notion de destructivité dans la vie psychique à partir de l'énigme que constitue la souffrance psychique. J'avais fait l'expérience, il y a quelques années, de la difficulté de terminer certaines analyses. 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. J'ai constaté à mon tour que, dans certains cas, la perspective de la fin de l'analyse était contrecarrée par l'apparition d'une angoisse et d'une souffrance intolérables qui nous obligeaient, le patient et moi, à poursuivre le travail. 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; dans les deux cas, ce roc serait donc celui du "refus de la féminité". Je proposerai une interprétation non pas biologique mais psychologique de ce refus de la féminité, qui m'est apparu comme basé sur l'horreur de la dépression ressentie dans les deux sexes comme contenue dans les parties féminines de la personnalité. En effet, mon expérience m'a amené à penser que le "roc" en question peut être celui de défenses extrêmement rigides, constituant un véritable mur qui entrave chez le patient l'élaboration d'un sentiment d'identité propre et distincte, y compris son sentiment d'identité sexuelle, ce qui rejoint en partie le point de vue de Freud. Mais j'ai aussi constaté que ce mur de défenses, décrit par ailleurs par H. ROSENFELD dans les états psychotiques comme le mur du narcissisme pathologique, protège en fait ces patients d'une souffrance psychique considérable. Lorsque cette souffrance finit par apparaître, elle se présente non pas comme une simple répétition de souffrances vécues et mémorisées pendant leur enfance, mais plutôt comme la révélation d'une énorme souffrance latente. Une telle révélation est en soi traumatique, car elle est vécue comme une menace d'agonie ou de mort psychique. De tels patients peuvent alors se décompenser, psychologiquement ou somatiquement, ils peuvent éprouver des phénomènes de dépersonnalisation, faire des chutes soudaines, souffrir de vertiges, etc.

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. Je l'ai dit, c'est une angoisse 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 total, le sentiment d'abandon et de rejet de la déréliction, qui est donc la modalité dépressive, même si elle reste latente, qui accompagne l'existence d'un noyau de terreur menaçant la vie psychique elle-même. J'ai fait l'hypothèse que la base du désespoir est le sentiment 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. Je pense qu'en fait nous avons tous, caché au plus profond de nous-même, un noyau 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 qui leur auraient permis de se développer.

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, qu'elle 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 de chute sans fin ou de dissolution. 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 primaire contenante et détoxiquante de l'angoisse, décrite par Bion, et dont les enfants autistes se sont sentis privés.

Les conditions de la naissance psychique

Lorsque F. TUSTIN veut faire comprendre au lecteur de son livre "Le trou noir de la psyché" l'effet sur un bébé d'un manque d'investissement de sa mère, elle cite l'expérience maintenant bien connue de BRAZELTON dans laquelle celui-ci a demandé à la mère d'un bébé normal de 3 semaines de garder "un visage figé et fermé". On voit le bébé devenir inquiet, détourner le visage, essayer d'entraîner sa mère dans une interaction avec lui. Devant l'échec de ses tentatives, "il finit par se retirer dans une attitude d'impuissance, visage détourné, corps pelotonné et immobile". Je pense que la réaction d'impuissance qu'exprime ce bébé représente une réaction dépressive in statu nascendi. L'étude des interactions précoces mère-enfant a montré que leur échec peut entraîner une pathologie vite massive, qui ne sera réversible que si une interaction plus harmonieuse est rétablie assez rapidement entre la mère et l'enfant. Cette pathologie psychique et psychosomatique du premier âge apparaît donc en premier lieu de type dépressif et liée au sentiment d'impuissance à éveiller l'intérêt de la mère et à l'entraîner dans une interaction suffisamment positive pour permettre le développement psychique.

De nombreux travaux actuels vont dans ce sens. C'est ainsi que D. MELTZER a développé, ces dernières années, sous le nom de "conflit esthétique", une conception nouvelle du conflit psychique de base. Celui-ci n'est plus, pour lui, relié à l'existence innée de pulsions de vie et de mort, mais au conflit résultant de l'entrée en jeu des pulsions épistémophiliques (besoin de connaître) dirigées vers l'intérieur du "corps" (physique et psychique) de la mère. Ces pulsions viennent, selon Meltzer, en conflit avec l'investissement de la mère en tant qu'"objet esthétique", c'est-à-dire en tant qu'objet primaire d'admiration lors de la découverte du monde extérieur par le bébé après sa naissance ("amour primaire" de M. BALINT). Meltzer formule ainsi ce conflit : "Est-ce aussi beau à l'intérieur qu'à l'extérieur ?" Il écrit : "Le conflit esthétique peut être plus précisément énoncé en termes de dehors de la mère, accessible aux sens, et de son intérieur, qui doit être interprété par l'imagination créatrice. Tout, en art et en littérature, chaque analyse, témoigne de sa persistance la vie durant". Pour Meltzer, le conflit esthétique et la position dépressive seraient premiers dans le

développement, la position schizo-paranoïde devenant une défense contre l'excès de la douleur dépressive. Mais Meltzer n'introduit le rôle de l'objet qu'en termes des fantasmes de l'enfant, bien qu'il ait souligné, en reprenant en partie une formulation de Winnicott, le caractère de réciprocité de l'investissement esthétique mutuel : "une mère suffisamment belle avec un bébé suffisamment beau".

Je pense, quant à moi, que le point central des toutes premières interactions entre la mère et l'enfant est celui de la réciprocité, la réciprocité de l'investissement de la mère pour le bébé et de celui du bébé pour la mère. En termes plus théoriques, la réciprocité de l'identification projective mutuelle entre la mère et son enfant. C'est cette réciprocité qui peut seule assurer la sécurité de base du bébé et lui permettre, après la naissance, de se sentir psychiquement contenu en sécurité après la perte du contenant physiologique que constituait l'utérus. L'intolérance à l'impact de l'objet esthétique de Meltzer ne tient pas, à mon avis, de façon primaire à la violence de son investissement ou au caractère énigmatique de l'intérieur de l'objet. Il tient au manque de la réciprocité nécessaire et suffisante pour supporter cet impact à travers l'investissement mutuel du bébé et de sa mère. Je crois en effet que ce n'est ni l'investissement seul de l'enfant, si émerveillé soit-il, ni l'amour seul de sa mère, même soutenu par celui du père, qui font le succès des inter-relations précoces, mais leur interaction suffisamment harmonieuse. Le sentiment esthétique évoqué par Meltzer résulte avant tout, selon moi, de la beauté de la rencontre entre l'investissement de la mère, contenu par celui du père, et celui de l'enfant. Une telle "rencontre" est, à mon avis, nécessaire pour assurer le "sentiment d'existence" du bébé en tissant, grâce à l'investissement mutuel de la fonction contenante des soins et de l'attention maternelle, un substitut psychique intersubjectif à la fonction contenante corporelle du corps de la mère perdue à la naissance. Ce tissage interrelationnel est la base de ce que l'on a appelé un "narcissisme sain", que je vois donc non seulement comme l'établissement de la sécurité de base de l'être mais aussi et surtout comme une rencontre entre le bébé et son environnement qui soit suffisamment bonne pour être belle et faire aimer la vie, faire que celle-ci vaille la peine d'être investie.

Il me semble très important que les hypothèses qui découlent des reconstructions théoriques issues de la clinique, soient corroborées par l'observation directe, soit par l'observation analytique des bébés dans leur famille selon la méthode instaurée par E. BICK, soit aussi par les travaux des psychologues développementalistes comme

ceux publiés par D. STERN dans son livre sur “Le monde interpersonnel du nourrisson” (1985). Les conclusions de D. Stern confirment ainsi les hypothèses des théoriciens de l'école anglaise, en particulier M. Klein, sur l'existence d'une relation d'objet dès le premier jour de la vie. Elles confirment également l'importance cruciale des premiers mois de la vie sur le développement ultérieur ainsi que le rôle également crucial de l'environnement pour ce développement, comme D. WINNICOTT l'avait souligné. Mais, en outre, D. Stern soutient aussi qu'il n'a rien constaté, dans ses expériences ni dans celles de ses collègues, qui puisse évoquer l'existence d'une symbiose ou d'une phase symbiotique chez le bébé : le nourrisson normal perçoit le monde extérieur d'emblée comme distinct de lui et avec exactitude, et non pas déformé par ses projections. Ceci est évidemment d'une extrême importance. Les psychanalystes doivent mieux connaître le développement normal, sinon des manifestations pathologiques, même comme l'autisme, peuvent être érigées en modèles de développement, ce qui est tout de même assez terrifiant !

L'observation a mis à jour l'existence de “compétences” tout à fait inattendues et extrêmement étendues du nourrisson. Il devient plus clair, à la lecture de tels travaux, que le développement cognitif et le développement affectif sont au tout début de la vie post-natale quasi impossibles à distinguer, mais que l'on doit cependant tenter de le faire. Il faut en particulier distinguer entre les aspects sensoriels de la relation à l'objet qui sont d'ordre neurophysiologique et cognitif et l'investissement affectif qui en est fait : c'est ce dernier qui spécifie le domaine des investissements narcissiques qui seront le creuset du développement de la personnalité. C'est ce qui me fait dire que la formation d'un “sens de soi émergent” au deuxième mois, que Stern décrit comme une naissance psychique, ne peut se produire en dehors d'une rencontre affective suffisamment bonne entre la mère et l'enfant. D. Stern a fait sa formation analytique aux Etats-Unis et il n'utilise donc pas le concept d'identification projective. Mais, sous le nom d’"attunement", traduit par “accordage affectif”, il décrit en d'autres termes ce que j'évoque en parlant de l'investissement mutuel de la mère et de l'enfant et du partage nécessaire de l'expérience émotionnelle qui permet à l'enfant de créer et de développer son propre monde psychique interne. Les défaillances ou les déviations de l'accordage affectif entre la mère et le bébé sont la source de ce que nous nommons des identifications projectives pathologiques, telles que celles décrites par M. Klein sous le nom de position schizo-paranoïde.

Dépression et position dépressive : le normal et le pathologique

En analysant des patients adultes, Freud avait découvert que leur inconscient recelait des conflits psychiques non résolus liés à la sexualité infantile. On peut dire qu'il a découvert non seulement l'enfant, mais aussi et surtout l'enfant malade à l'intérieur de l'adulte. En analysant de très jeunes enfants, M. Klein découvrit d'autres éléments de conflits intra-psychiques, à savoir les angoisses précoces de l'enfant et la façon dont ces angoisses influencent les étapes du développement psycho-sexuel décrites par Freud sous le nom de complexe d'Oedipe. Si Freud a retrouvé l'enfant à l'intérieur de l'adulte, on peut dire que M. Klein a retrouvé le bébé à l'intérieur de l'enfant. Mais comme pour l'enfant redécouvert par Freud, on peut se demander si ce n'est pas surtout le bébé malade davantage que le bébé "normal" qu'elle s'est alors attachée à décrire.

C'est ainsi que le concept de "position dépressive", introduit en 1935 par M. Klein, a souvent été mal compris ou critiqué en raison du lien trop direct qu'il établissait avec la dépression en tant qu'état pathologique, à savoir la psychose maniaco-dépressive. Winnicott pensait que ce terme (la position dépressive) était "un très mauvais terme pour un processus normal". En parlant de "position" dépressive, M. Klein eut certainement l'intuition qu'elle évoquait non seulement un stade de développement mais aussi et surtout un processus extrêmement complexe et délicat car elle donnait ainsi un nom aux conditions dans lesquelles l'enfant passe de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total, ce qui implique qu'il devient capable de se concevoir lui-même en tant qu'être séparé et distinct de sa mère. L'expression plus objectivante forgée par la suite par M. MAHLER de "phase de séparation-individuation" pourrait sembler plus adéquate à cet égard. Mais en établissant un lien avec la dépression, fût-elle mélancolique, M. Klein mettait l'accent sur l'aspect instinctuel du processus et non sur son aspect cognitif, encore que celui-ci en fasse partie et le soutienne. Pour elle, la position dépressive est le prototype de la situation décrite en psychanalyse sous le nom de "perte de l'objet". "En effet", écrit-elle dans "La psychogenèse des états maniaco-dépressifs", "la perte de l'objet ne peut pas être ressentie comme une perte totale (souligné par elle) avant que celui-ci ne soit aimé comme un objet total". Je me suis depuis longtemps interrogé sur cette formule saisissante. Il est certainement vrai que l'avènement de la position dépressive s'accompagne de

sentiments nouveaux d'ambivalence et de culpabilité. Mais le problème de la culpabilité est un problème très complexe et qui, à mon avis, ne peut être envisagé isolément, en dehors des interactions entre le sujet et son environnement, comme on le voit chez les sujets qui ont eu un si mauvais environnement que leur sentiment même d'existence est source de culpabilité. Je pense, en outre, que c'est plutôt la perte de l'objet partiel qui est ressentie comme catastrophique et irréparable en raison du caractère très narcissique de son investissement. Au contraire, lors de la position dépressive, le sujet, au lieu de se sentir constamment menacé de perdre l'objet, en découvre véritablement l'existence et la stabilité. A mon sens, la découverte de l'objet total est une création car elle correspond à la naissance d'une capacité nouvelle et accrue d'investissement de soi et des limites de soi qui permet de se sentir distinct d'autrui, tout en conservant et même en enrichissant considérablement la qualité de son investissement d'autrui, également reconnu et investi comme ayant son existence propre. C'est le début d'une véritable communication intersubjective. L'étude des interactions précoces mère-enfant a amplement démontré que la communication intersubjective, pour être créée et pour se développer favorablement, se trouve totalement sous la dépendance des réponses de l'environnement. Les souffrances excessives ou la dépression qui peuvent alors apparaître témoignent donc, à mon avis, d'un échec de ce processus de naissance à soi-même. Ce n'est pas pour rien que M. Klein voit l'entrée dans la position dépressive comme le point de fixation de la mélancolie, car les états psychotiques (c'est du moins la définition que j'en donnerais) résultent essentiellement d'un échec massif de l'élaboration de la position dépressive et du manque qui en résulte de la constitution d'un espace psychique appartenant en propre au sujet. Malgré cette critique du concept de position dépressive, je pense que les travaux de M. Klein restent extrêmement précieux pour comprendre et interpréter la psychopathologie de ces états dits psychotiques, dans lesquels le sujet contient, en quelque sorte, un bébé très malade car sa naissance psychique a avorté.

Un cas de deuil pathologique

En guise d'illustration, je citerai le cas d'un patient qui est tombé, depuis plusieurs années, dans une dépression atypique après que sa femme l'eut quitté, avec leurs deux filles, pour aller vivre à l'étranger avec un autre homme. La profondeur et le caractère devenu chronique, malgré deux psychothérapies, de la dépression de cet

homme signe le caractère très narcissique de la perte d'objet qu'il a subie. Il avait, comme on peut s'y attendre, répété avec sa femme la relation narcissique qu'il avait eue avec sa mère. Celle-ci semble avoir été une personne extrêmement fragile qui a depuis toujours massivement surinvesti ce deuxième fils comme objet contra-phobique et de projection de sa propre souffrance et immaturité non élaborées en lui. Elle a toujours cherché à exercer sur lui une emprise qui n'a fait que se resserrer après le décès du père du patient. Ce dernier s'est toujours senti abandonné par son père, décrit comme faible et absent. Il est facile de reconnaître dans cette situation une configuration tout à fait typique, dans laquelle le sujet, pris dans un surinvestissement narcissique par l'un de ses parents, ne peut développer un sentiment d'identité propre et, en particulier, reste très fortement fixé à un stade d'ambisexualité.

Cette immaturité fut, sans doute, l'une des causes de l'échec de son mariage qu'il avait contracté avec une femme d'affaires semble-t-il très énergique et qui finit par le quitter. Il est alors tombé dans une sorte de marasme, où, au sein d'une dépression globale, on peut relever des éléments obsessionnels, schizoïdes, paranoïaques, homosexuels, etc. Cliniquement, il se sent "enfoncé" dans cet état "avec seulement la tête qui surnage", et en danger constant d'être totalement submergé. Il s'est, en fait, enfermé dans un claustrum dépressif qui le protège du vide ou du suicide et il ne survit psychiquement que grâce à son travail et surtout à travers un surinvestissement de ses deux enfants auxquels il s'accroche désespérément, comme sa mère l'avait fait avec lui.

La séance que je vais évoquer a eu lieu après une séance manquée par le patient en raison d'un court voyage professionnel à l'étranger. Il me dit d'abord qu'il se sent mieux, il "commence à prendre de la distance par rapport à lui-même" et il doit me montrer par gestes ce qu'il éprouve. "Avant", dit-il, et il met ses mains devant ses yeux, presque à les toucher puis il les éloigne un peu et tourne alors la tête à droite et à gauche : "maintenant, je peux tourner la tête à droite ou à gauche et voir ceci ou celà. Avant (il remet les mains juste devant ses yeux), je tournais la tête, je voyais toujours la même chose !" J'ai interprété qu'il commençait à tolérer la possibilité d'un petit espace entre lui et moi (en tant qu'objet narcissique), comme celui de la séance manquée, et qu'il avait donc un peu moins peur de tomber dans le vide. Il semble être d'accord et il me parle ensuite très longuement, comme à l'accoutumée, d'une manière obsessionnelle et fort ennuyeuse, de ses problèmes professionnels et

notamment de ses rapports difficiles avec son chef de service par lequel il se sent rejeté, méprisé, rudoyé, etc. Je l'écoute de mon mieux, patiemment et en silence, ayant déjà souvent interprété ses doutes quant à mes capacités de le recevoir et de le comprendre, ce qui a déjà permis un certain progrès de l'aspect positif du transfert paternel, dont l'aspect négatif reste en partie clivé à l'extérieur. Puis, soudain, alors que c'est presque la fin de la séance, il se détend et dit : "J'ai fait un rêve curieux (je lui fais préciser que c'était la veille de son départ à l'étranger)". Il sourit, ce qui est très rare, et il est un peu gêné de me dire : "Je m'étais peut-être masturbé". Soulagé, il se détend encore davantage et se carre même dans le fauteuil (j'avais essayé, il y a quelques mois, de le faire s'allonger sur le divan, mais j'y ai vite renoncé devant la menace de dépersonnalisation) pour me dire de façon presque grandiloquente: "J'avais un pénis de bonnes dimensions ! Et puis, il s'est détaché et il est devenu tout blanc et alors il se cassait en deux !" Il reste stupéfait par ce rêve et il cherche alors, sur ma demande, à dire ce que lui évoquait cette couleur "blanche" : il évoque d'abord "une carotte, en raison de la forme" (le pénis détaché), puis, en ce qui concerne la couleur : "une pomme de terre dont on a enlevé la peau, qui serait dans une casserole !" (il rit) ou "un chou-fleur !" (il rit encore, un peu plus bruyamment). J'étais, moi aussi, impressionné par ce rêve, qui me rappela un rêve précédent où son pénis était représenté par "un gros ver, dans le fond d'une baignoire". Il semblait que, cette fois, son moi-pénis, d'abord mieux investi en tant que pénis-carotte de bonnes dimensions lui ayant permis un plaisir masturbatoire (le patient n'a depuis assez longtemps aucune activité sexuelle), avait ensuite subi un désinvestissement (le blanc) le rendant aussi insipide qu'une pomme de terre pelée au fond d'une casserole - et régressivement confondu avec le sein (chou-fleur). Ce désinvestissement pouvait être rattaché à la perte de la séance (peau contenante) manquée, le laissant détaché de moi et fragile, se cassant en deux comme le lien entre lui et moi s'était en quelque sorte brisé passivement, comme "démantelé" ainsi que D. Meltzer l'a décrit dans l'autisme. J'ai donc interprété le rêve par rapport à la séance manquée : cela lui avait permis tout d'abord de sortir du clautrum dépressif mais, immédiatement après, l'avait précipité dans une angoisse de séparation prenant l'aspect d'une angoisse de castration primaire, liée à la perte du contenant analytique en tant qu'objet d'investissement narcissique mutuel. Le patient sembla accepter l'interprétation (je l'ai, bien entendu, formulée en termes non théoriques et aussi simples que possible).

Croissance et destructivité dans la vie psychique

On peut voir dans cet exemple la complexité et l'intrication de tous les niveaux dans la psychopathologie d'un état dépressif. On peut aussi y percevoir le rôle de ce que je nomme le métabolisme de la souffrance, dès le début de la vie de ce patient. Les interrelations entre l'enfant et son environnement sont forcément et fortement marquées d'éléments narcissiques, de part et d'autre. Les deux parents, chacun avec leurs caractéristiques propres, sont très rapidement l'objet, de la part de l'enfant, d'investissements narcissiques intenses et prolongés. Mais l'enfant représente aussi au plus haut point un objet de séduction pour les parents : j'entends par là un objet idéalement susceptible de recevoir leurs identifications projectives, leurs propres parties infantiles idéalisées ou rejetées ou en détresse. Freud a impitoyablement dénoncé l'aspect très narcissique de l'amour parental : "L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste, à ne pas s'y tromper, son ancienne nature". Ce jugement est évidemment trop sévère et unilatéral, mais il est vrai que l'excès ou la prolongation d'un tel mode d'investissement parental entraîne une impossibilité plus ou moins radicale pour l'enfant d'élaborer la phase de séparation-individuation et la position dépressive, ce qui fait le lit de la psychose. Ce qui aurait dû être facteur de croissance psychique devient générateur d'un état psychotique. Il est donc nécessaire d'établir des différenciations plus claires dans le problème du narcissisme.

Je définis maintenant la "relation d'objet narcissique" comme une relation avec un objet ressenti par le sujet comme devant remplir pour lui certaines fonctions indispensables à sa sécurité et à son développement. C'est donc, selon moi, une relation dont le caractère principal est d'être la matrice potentielle du changement et de la croissance psychique. Lorsque cette matrice remplit sa fonction, elle est le contenant, dans le sens de Bion, de la croissance à venir. Elle est nécessaire pour aider le sujet à contenir et élaborer les sentiments dépressifs de perte qui accompagnent tout changement, à quelque stade de développement que ce soit. Elle est donc aussi à la base de la relation analytique. Par contre, lorsque cette matrice présente des aspects trop pathologiques et qu'elle échoue à remplir sa fonction, elle devient, selon l'expression introduite par D. Meltzer, un claustrum qui emprisonne les

capacités potentielles de croissance psychique. Les aspects normaux ou pathologiques des relations narcissiques sont toujours le résultat heureux ou malheureux d'une interaction intense. En effet, l'aspect économique de ce mode de relation reste marqué par ses origines et ses exigences de totalité et de réciprocité : il reste le prototype du lien passionnel, tant dans ses formes normales (le lien amoureux) que dans ses formes pathologiques les plus diverses, y compris le délire. Vous vous souvenez que Freud a intitulé son étude de la Gradiva "Délire et rêve". Le rêve est l'expression de la pensée inconsciente en relation avec des objets internes vivants jouant un rôle contenant pour les besoins de pensée et de développement du rêveur. Le délire, quant à lui, est une néo-production destinée à contrecarrer le vide et la terreur laissés par des objets internes morts, et à l'intérieur desquels sont emprisonnées certaines des potentialités de pensée du malade. Le transfert délirant ne veut pas guérir mais cherche à entraîner l'autre dans un délire à deux, pour contrecarrer un sentiment atroce de solitude. Cependant, il y a toujours une certaine part de vérité psychique dans le délire, qui est ce qui a survécu de l'expérience émotionnelle. Dans les premières étapes du développement, la réalité psychique de l'enfant a, en effet, besoin d'être validée par l'environnement pour être assimilée et intégrée par le moi. C'est pourquoi la part de vérité psychique contenue dans le délire en tant que substitut de pensée véritable a besoin d'être reconnue pour que le sujet puisse renoncer à son délire.

Comme je viens de le dire, la nature plus ou moins normale ou pathologique du lien passionnel primaire dépend de la nature plus ou moins normale des identifications projectives qui le composent et dont le premier modèle est l'identification projective mutuelle entre le bébé et sa mère, puis son père.

Dans cette perspective, l'aspect trop énigmatique de l'intérieur de l'objet peut être considéré, s'il survient trop précocement, comme l'un des aspects possibles d'une interaction insuffisamment harmonieuse, d'un manque de réciprocité dans l'investissement mutuel de la mère et de son bébé. Un pas de plus, et l'intérieur de l'objet peut être imaginé ou même perçu non plus seulement comme énigmatique mais comme contenant des choses extrêmement dangereuses, source non plus d'admiration mais d'horreur, comme des affects dépressifs et des objets morts contenus par la mère, ou une attitude intérieure de rejet du bébé de sa part, si sa

culpabilité (envers sa propre mère interne) ou sa déception (pour le sexe de l'enfant, ou pour une malformation physique de celui-ci) sont trop grands et entravent ses capacités d'investissement. L'horreur est le véritable négatif de l'admiration de l'amour primaire mutuel : -L dans la terminologie de Bion. Elle est figurée dans la mythologie par la figure de Méduse et son pouvoir paralysant de fascination mortelle, image du trou noir de la dépression primaire et de l'avortement de la naissance psychique de l'enfant.

Cette perspective nous oblige à réviser notre conception de la destructivité psychique, je dirai même à renverser la perspective adoptée jusqu'ici où les "pouvoirs du négatif" étaient essentiellement attribués à la pulsion de mort. L'introduction par Freud d'un instinct ou d'une pulsion de mort dans la vie psychique résultait de la nécessité de trouver un sens psychanalytique aux manifestations du masochisme, de la réaction thérapeutique négative et du sentiment de culpabilité des névroses : "Ces phénomènes", écrit Freud, "indiquent d'une façon qu'on ne peut méconnaître la présence dans la vie psychique d'une puissance que nous nommons selon ses buts pulsion d'agression ou de destruction et que nous faisons dériver de la pulsion de mort originaire de la matière animée". En situant le conflit psychique au sein même de l'en-soi de "la pulsion" à laquelle il attribue la responsabilité de la mort comme de la vie du sujet, Freud savait qu'il faisait une spéculation plus philosophique que psychanalytique et qui n'a jamais fait l'unanimité des analystes. C'était surtout attribuer une origine purement interne au conflit psychique alors qu'une conception à la fois plus réaliste et plus modeste du destin humain considérerait plutôt l'homme non pas dans un splendide isolement mais situé dans le monde et comme tel soumis aux influences de l'environnement et aux lois de l'évolution. La multiplicité des travaux actuels sur le traumatisme et la pathologie intergénérationnelle indique l'existence d'une orientation nouvelle et la nécessité d'une révision de la conception psychanalytique de la psychopathologie. A mon avis, celle-ci ne peut plus aujourd'hui être envisagée seulement en termes de pulsions du sujet, mais plutôt en termes d'interactions entre le sujet et son environnement. La vie psychique est essentiellement le domaine de l'intersubjectivité, on peut dire qu'elle est intersubjective ou elle n'est pas. Sa spécificité est de ne pouvoir naître et se développer que si elle est transmise dans des conditions suffisamment bonnes comme D. Winnicott l'a fortement affirmé. Si ces conditions ne sont pas suffisamment

bonnes, la souffrance de ne pas pouvoir se développer sera trop violente et responsable de l'existence d'un noyau de désespoir plus ou moins caché mais permanent subsistant au fond de l'être.

Le problème central m'apparaît donc maintenant comme celui de la souffrance psychique latente et des éléments non élaborés de dépression primaire qui est en soi intolérable car synonyme de menace de mort psychique. Ces éléments restent, en effet, susceptibles d'exercer sur la vie psychique "une traction négative, implosive et centripète vers le vide et le néant", comme le formule J. GROTSSTEIN . J'ai constaté en clinique que les sujets qui n'ont pas trouvé un objet suffisamment bon, c'est-à-dire suffisamment contenant pour permettre le développement psychique, gardent en eux ce que je nomme des "parties non nées du self" qu'ils ressentent comme dotées d'un pouvoir destructeur potentiel considérable. Elles peuvent, par exemple, être représentées dans les rêves par des animaux sauvages et terrifiants, lions, tigres, panthères, araignées, etc. Il est, à mon avis, erroné de les considérer purement et simplement comme des pulsions destructrices dérivées de la pulsion de mort, comme on a trop facilement tendance à le faire. Tout se passe, en effet, comme si le sujet était identifié à un objet qui, n'ayant ni reçu ni contenu les états émotionnels de l'enfant, a été intériorisé comme les rejetant et les condamnant. Pour survivre, le sujet a dû s'identifier à cet objet rejetant et il rejette donc son propre self, il en a horreur. Tel est, à mon avis, le sort des potentialités de l'être qui n'ont pu se réaliser : elles sont affectées du signe de la négativité et de la destructivité. J'y vois la véritable source de la violence latente ou manifeste que l'on rencontre dans les pathologies narcissiques. La peur de cette violence, si fréquente chez les adolescents, bloque la croissance psychique. Je pense qu'elle est aussi la véritable source de la violence du conflit oedipien, lorsqu'elle apparaît au niveau de la recherche d'identité sexuelle.

M. Klein avait bien vu, à travers les analyses d'enfants qu'elle a conduites, l'existence des angoisses d'anéantissement. Mais elle en parle toujours comme s'il s'agissait de la peur de la mort, de la mort physique. Par exemple, dans son article sur "La théorie de l'angoisse et de la culpabilité" (1948, publié dans le volume "Développements de la psychanalyse"), elle écrit qu'elle "a été amenée à appliquer l'hypothèse de Freud sur la lutte entre la pulsion de vie et la pulsion de mort" et que "dans cette direction", dit-elle, "j'ai avancé l'hypothèse que l'angoisse provient du danger qui menace

l'organisme du fait de la pulsion de mort, et j'ai soutenu que c'était là la cause première de l'angoisse". Elle se lance alors dans une controverse avec Freud qui avait déclaré que la mort n'existait pas dans l'inconscient. Il y a là une double confusion : d'une part entre l'angoisse et la souffrance psychique, l'angoisse n'étant que le signal d'une souffrance psychique plus profonde; d'autre part, entre le corps et l'esprit, la crainte de l'anéantissement portant sur la menace d'anéantissement de la vie psychique et non physique, sous le poids de la dépression. La mort physique peut même être souhaitée et mise en oeuvre pour mettre fin à la torture psychique. Les maladies dites psychosomatiques peuvent d'ailleurs être considérées comme la somatisation de formes latentes et clivées de dépression suicidaire, comme j'en avais autrefois fait l'hypothèse à propos de la tuberculose pulmonaire. Je donnerai un exemple du changement de perspective que je propose, en rappelant la manière dont M. Klein, dans l'article que je viens de citer, illustre son point de vue en évoquant le cas d'un enfant qui figure dans son livre "La psychanalyse des enfants". Je pense qu'il s'agit du cas décrit sous le nom de Kurt.

Elle écrit : "Un enfant de 5 ans avait coutume de prétendre qu'il possédait toutes sortes d'animaux sauvages, comme des éléphants, des léopards, des hyènes et des loups, pour l'aider contre ses ennemis. Ils représentaient des objets dangereux - des persécuteurs - qu'il avait apprivoisés et qu'il pouvait utiliser comme protection contre ses ennemis. Mais il apparut dans son analyse qu'ils substituaient son propre sadisme, chaque animal représentant une source spécifique de sadisme et les organes qu'elle empruntait. Les éléphants symbolisaient son sadisme musculaire, ses pulsions à frapper et à fouler aux pieds. Les léopards qui lacèrent représentaient ses dents et ses ongles, et leurs fonctions dans ses attaques. Les loups représentaient ses excréments, doués de propriétés destructrices. Il s'effrayait parfois beaucoup à l'idée que les animaux sauvages qu'il avait apprivoisés puissent se retourner contre lui et l'exterminer. Cette crainte exprimait son sentiment d'être menacé par sa propre destructivité (ainsi que par ses persécuteurs internes)".

Comme vous le voyez, c'est une description très impressionnante du monde imaginaire dans lequel vit cet enfant. Alors que l'article est postérieur à "Notes sur quelques mécanismes schizoïdes", M. Klein s'y exprime uniquement en termes de sadisme, pour illustrer sa thèse sur le rôle de la pulsion de mort. Il est clair pour quiconque qu'il s'agit d'un enfant en grand danger psychique, mais je l'exprimerais

plutôt en termes d'un énorme retard de développement dans la constitution de l'image de soi. Ce que M. Klein nomme sadisme, conformément à la terminologie toujours en vigueur des stades de développement de la libido, me semble plutôt à comprendre comme un investissement négatif de ses propres fonctions et organes corporels qui est à l'image, dans sa réalité psychique, de son non-investissement par ses objets internes, en particulier sa mère interne, donc aussi l'analyste dans le transfert. Il me semble clair qu'un tel enfant vit une situation de solitude persécutrice terrible, ne pouvant compter absolument sur personne pour développer une meilleure image de soi. Il se sent totalement seul face à des objets internes surmoïques et rejetants, pour "apprivoiser", comme il le dit de façon pathétique, un corps morcelé et qui lui reste étranger et qu'il fantasme, de ce fait, comme une horde hétéroclite d'animaux sauvages. Il doit s'en faire des alliés, les seuls qu'il puisse dans sa solitude intérieure utiliser, pour lutter contre ce qu'il nomme ses persécuteurs et qui correspondent sans aucun doute, à mon avis, à des sentiments dépressifs qui menaceraient d'anéantir sa vie psychique, s'il ne les combattait sans cesse pour assurer sa survie. L'image de soi qui résulte de cette lutte pathétique demeure fixée à un niveau primaire et négatif de symbolisation, aussi longtemps qu'elle n'est pas reprise dans une interaction thérapeutique pouvant contenir et élaborer le désespoir latent de l'enfant.

L'envie a été décrite par M. Klein, sous la forme de l'envie destructrice primaire du sein, comme une expression directe de la pulsion de mort et, à sa suite, Bion a donné à l'envie un rôle de premier plan dans les états psychotiques. Sans entrer dans une discussion trop détaillée, je dirai que l'envie me semble une attitude beaucoup plus complexe et qui comporte, fondamentalement, une réaction de rage et de désespoir contre le caractère ressenti comme inaccessible de l'intérieur de l'objet, rage et désespoir d'autant plus grands que l'intérieur de l'objet est ressenti comme le contenant indispensable à la sécurité et au développement. Mais l'envie est aussi faite d'un certain degré d'identification à l'échec de cet objet, sorte d'identification de survie et de vengeance au mauvais objet, celui qui n'a pas accompli la fonction de permettre la croissance psychique du sujet. Cette identification réalise donc un mode spécifique et très puissant de défense maniaque par identification à l'agresseur. Elle permet de contrecarrer les tendances suicidaires latentes qui existent toujours chez le

sujet désespéré, en projetant violemment le désespoir dans tout objet d'investissement.

Je trouve que l'évolution de la pensée de H. ROSENFELD, qui a consacré tant d'efforts au traitement des états psychotiques, s'est faite dans le sens que j'ai indiqué ici. H. Rosenfeld avait toujours apporté la plus grande attention à l'anamnèse des patients, en particulier celle des patients psychotiques. A la fin de sa vie, il était devenu de plus en plus attentif aux traumatismes précoces vécus par les patients et inscrits dans leur fonctionnement, ce qui l'avait rendu beaucoup plus nuancé pour l'interprétation de leurs tendances destructrices. Il déconseillait d'interpréter systématiquement l'envie qui, disait-il, diminuait lorsque le patient trouvait un espace pour penser. Sa conception du narcissisme destructeur avait beaucoup évolué et il conseillait de respecter un certain degré d'idéalisation dont le patient avait besoin pour se sentir en sécurité et de ne jamais oublier que la situation thérapeutique est faite d'une interaction entre deux personnes et non d'une situation à sens unique.

Pour me résumer et conclure très schématiquement, je dirai que la croissance psychique se trouve toujours sous la dépendance du métabolisme de la souffrance dont le prototype est la dépression primaire, c'est-à-dire celle qui est vécue lorsque l'individu est totalement dépendant de son environnement pour sa naissance psychique. La souffrance dépressive est en soi intolérable car elle est à l'origine synonyme de mort psychique. Pour sa survie, le sujet doit évacuer et transformer l'excès intolérable de souffrance. Il dépend donc pour cela de l'existence d'un objet contenant. D. HOUZEL a fait remarquer qu'un tel objet, pour être capable de contenir l'excès de souffrance psychique, doit avoir une structure bisexuelle, avec un aspect féminin-maternel et un aspect masculin-paternel, l'un contenant l'autre à la manière d'une double enveloppe. Je trouve que c'est une idée très intéressante et qui peut rendre compte du caractère pathologique des interactions narcissiques précoces lorsque l'objet contenant n'a pas suffisamment intégré sa bisexualité. Il m'a semblé, par exemple, que le contenant maternel était surtout celui des liens avec le passé tandis que le contenant paternel représente souvent les liens avec l'avenir. C'est ainsi que la défense maniaque permet une évacuation normalement temporaire de l'excès de souffrance dépressive, elle est basée sur une fuite vers l'avenir. Ce mécanisme de fuite est réalisé par une identification phallique avec le contenant masculin-paternel qui évacue la dépression dans le contenant féminin-maternel, tout en se protégeant

d'un retour de cette dépression par un clivage de la bisexualité. Si ce clivage est trop rigide et trop durable, la dépression maintenue dans le contenant féminin-maternel enferme les parties correspondantes du self dans le passé et les empêche de se projeter dans un devenir. C'est ainsi que je comprendrais le "refus de la féminité" décrit par Freud et, d'une façon générale, les difficultés d'intégration de la bisexualité dans les deux sexes. Dans "Le moi et le ça", Freud avait d'ailleurs émis l'idée que les difficultés de résolution de l'identité génitale tenaient peut-être beaucoup plus au problème de la bisexualité qu'au seul rôle pathogène de la jalousie oedipienne.

En l'absence d'un objet primaire suffisamment contenant, le sujet doit établir des barrières de survie contre l'angoisse du trou noir. Ces barrières deviennent par la suite l'obstacle majeur au développement, car leur chute réactiverait la dépression primaire qu'elles servaient à contrecarrer. C'est pourquoi chaque étape de la croissance psychique est susceptible de réactiver des éléments dépressifs dont la nature et la gravité dépendent de toute l'histoire de l'être, y compris de sa préhistoire. La violence du désespoir et la négativation des processus de symbolisation rendent mieux compte, à mon avis, de la présence et de la nature de la destructivité dans la vie psychique que ne le fait le concept de pulsion de mort, concept qui, en clinique, peut être utilisé par l'analyste comme une défense intellectualisante contre le caractère intolérable de la souffrance projetée.

PREMIERE INTERVENTION

Je pense que les résultats des travaux sur l'autisme, comme ceux de D. Meltzer et de F. Tustin, sont susceptibles de nous obliger à renouveler très largement nos conceptions sur les états psychotiques en général. F. Tustin a souligné que ce qu'elle avait découvert avec les enfants autistes était complètement différent de tout ce qui avait été décrit jusqu'alors. D. Meltzer a montré la complexité surprenante de la psychologie des enfants autistes, liée à leur négativisme massif envers la relation d'objet. En effet, dans de bonnes conditions thérapeutiques, on s'aperçoit que ces enfants apparemment aveugles et sourds à leur entourage sont en fait pourvus de processus mentaux étonnants capables, par exemple, d'opérer à une très grande vitesse et de faire preuve d'une extraordinaire sensibilité à l'état physique et mental du thérapeute. Ils sont en quelque sorte dans un état d'alerte permanente, car la

moindre modification dans la situation externe leur est intolérable et provoque leur retrait, c'est-à-dire un désinvestissement immédiat et aussi massif, total, que l'avait été leur investissement. On retrouve là l'un des caractères paradoxaux du transfert psychotique tel que l'a décrit H. Rosenfeld : à la fois très puissant et inconsistant. Je viens de parler de paradoxe : c'est l'élément que P. C. RACAMIER a découvert chez les patients schizophrènes auxquels il a consacré une grande part de sa vie et de ses recherches, et dont il a fait le centre de leur psychopathologie : celui "d'être en n'étant pas", écrit Racamier. Cela me semble un trait essentiellement autistique qui serait donc en fait à la base des états psychotiques en général. L'enfant autiste a été décrit comme ayant un contact direct avec les éléments sensoriels provenant tant de leur propre corps que du monde extérieur, et englobant les éléments animés et inanimés de leur entourage comme un seul et même monde. L'investissement de leur sensorialité semble supposer l'ubiquité d'une présence maternelle concrète, en quelque sorte la présence d'un utérus recréé par eux pour être toujours là. Meltzer a décrit, dans la situation thérapeutique, leur possession du corps maternel qui est joyeuse et tendre mais en même temps sans aucun compromis, insatiable et résistant à l'impact du temps. C'est un autre caractère paradoxal, celui d'un investissement qui s'effectue en dehors des limites de l'espace et du temps, ce qui lui confère une apparente indestructibilité. J'ai pensé que le besoin si grand de réciprocité que j'ai décrit dans la relation d'objet primaire est peut-être la seule manière, pour tous les bébés, de pouvoir supporter l'intensité de leur investissement naissant qui, sinon, serait sans limite, ce qui en ferait, comme il semble que ce soit le cas chez les autistes, une force négative potentiellement illimitée, telle la puissance engloutissante du trou noir astronomique. Les sujets présentant des traits autistiques ressentent d'ailleurs leurs émotions comme incontrôlables, et elles sont souvent représentées dans les dessins d'enfants comme des volcans dangereux.

Ces notions peuvent avoir pour la pratique thérapeutique d'importantes implications.

Par exemple, je pense maintenant que le setting analytique classique avec la position sur le divan ne convient pas aux patients qui souffrent de trop grosses failles narcissiques et dont il vaut donc mieux s'occuper en face à face. En effet, d'une part ils ont besoin d'un minimum de contact sensoriel avec le thérapeute, sinon la déprivation de la mutualité du regard entraîne un renforcement des défenses narcissiques pathologiques et une aggravation de l'état du patient. D'autre part, l'espace de la rencontre est mieux délimité dans le face à face que sur le divan où

risquent de survenir des phénomènes de dépersonnalisation plus ou moins massifs. C'est pourquoi je suis tout à fait d'accord avec le face à face que Nicole Minazio a proposé à sa patiente. Je vois le patient dont je vous ai parlé 4 fois par semaine, en face à face, car sur le divan il devenait vite très confus. Il est d'ailleurs possible de travailler très analytiquement en face à face. Freud avait eu recours au divan parce que, dit-il, le face à face le fatiguait. Les patients qui pensent que l'analyste s'assied derrière le divan pour se protéger de la relation n'ont donc pas tout à fait tort ! Ce n'est pas le cas de Nicole qui a tout de suite été capable de ramener le discours de la patiente à la relation que celle-ci établissait avec l'analyste, seul moyen de lui montrer véritablement qu'elle avait été entendue.

Le "petit rêve" qu'a fait la patiente à la veille de la première séparation de week-end est très intéressant. C'est un rêve d'errance, d'abandon, qui illustre bien ce que j'ai décrit tout à l'heure comme l'horreur de son propre self - et sexe - infantile, ressenti par elle comme dégoûtant et dangereux et ne lui appartenant pas, c'est-à-dire clivé et non intégré; il est resté entièrement sous le contrôle de la mère interne, emprisonné à l'intérieur de celle-ci à laquelle la patiente reste massivement identifiée en tant que personne égoïste et irritable, même pas capable de donner quelque chose à un chat, bébé et sexe trop avides. Il est intéressant de voir le clivage interne de la patiente se reprojeter dans la relation avec Nicole à la fin de la séance, au moment où va intervenir la séparation concrète. Alors que le rêve pouvait faire espérer des capacités de symbolisation et d'élaboration de l'absence, celle-ci provoque une "volte-face" brutale, liée à un désinvestissement massif de la relation qui oblige à penser que la souffrance latente a été trop redoutable et l'oblige à couper le lien. Elle n'apporte d'ailleurs plus de rêves pendant longtemps et je pense donc que Nicole a eu raison de penser que l'aspect superficiel presque banalement immature et "hystérique" de la patiente cachait des difficultés beaucoup plus profondes et en particulier une grave dépression latente liée au défaut de son sentiment d'identité de base, du sentiment d'être, et pas seulement de son identité sexuelle. N'est-ce pas d'ailleurs toujours plus ou moins le cas des Dora qui viennent nous consulter ?

DEUXIEME INTERVENTION

Je remercie beaucoup Nicole Minazio pour cette très belle observation et je n'ajouterai que quelques commentaires généraux sur le problème du clivage et sur les relations entre névrose et psychose. Le cas présenté par Nicole pose, parmi beaucoup d'autres, le problème compliqué du clivage. Le clivage entre les bons et les mauvais aspects de l'objet était, pour M. Klein, un mécanisme schizoïde mais nécessaire du développement, nécessaire pour séparer et protéger les bons aspects de l'objet et du self contre les mauvais et permettre d'établir entre les bons aspects du self et les bons aspects de l'objet une alliance suffisamment forte pour intégrer le mauvais au sein de la position dépressive. Mais un tel clivage fait-il réellement partie du développement normal ou bien doit-il être mis en oeuvre, conjointement avec les autres mécanismes schizoïdes décrits par M. Klein dans la position schizo-paranoïde (l'idéalisation, le déni et le contrôle omnipotent de l'objet) lorsque les conditions d'environnement ne permettent pas à l'enfant de se développer favorablement ?

On peut se le demander, en se souvenant par exemple que, pour Freud, comme il l'a écrit dans son manuscrit inachevé de 1938 sur "Le clivage du moi dans le processus de défense", un clivage massif avec déni de la réalité est toujours pathologique et effectué "sous l'influence d'un traumatisme psychique". Il correspond, écrit-il, à "une déchirure dans le moi, déchirure qui ne guérira jamais plus, mais grandira avec le temps". Cette affirmation de Freud a repris, pour moi, une très grande valeur depuis que j'ai constaté combien il était difficile de réduire les clivages précoces induits dans la personnalité par les ruptures graves des liens avec l'environnement survenues dans son histoire et qui ont joué un rôle traumatique pour la croissance psychique d'autant plus grave que ces ruptures ont été précoces. Le prototype du clivage pathologique n'est-il pas celui qui est induit par le négativisme de l'enfant autiste, le clivage du lien entre la mère et l'enfant et d'où découleraient tous les clivages ultérieurs.

Il me semble que la patiente de Nicole présente de multiples formes de clivage, sans doute dérivées d'un clivage pathologique originel, peut-être celui de la rupture brutale et certainement traumatique du lien narcissique très idéalisé que sa mère avait établi avec elle. A partir de là, l'enfant a continué à utiliser des clivages très défensifs qui apparaissent toujours comme inadéquats, c'est-à-dire entravant la croissance psychique au lieu de la favoriser. C'est la raison principale de sa difficulté à vivre et

de son sentiment de ne pouvoir que survivre. Le désespoir de la patiente l'entraînait souvent aux portes d'un délire mystique ou suicidaire. Une grande partie du travail de l'analyste a donc été de rétablir avec la patiente un lien suffisamment contenant pour que ces clivages pathologiques deviennent moins rigides et qu'une meilleure intégration puisse se mettre progressivement en place. Le rêve très intéressant des trois séances -sirènes illustre bien cette problématique d'une recherche d'intégration des bons aspects de l'analyse, dans le temps et l'espace de la semaine analytique mais aboutissant à une expulsion anale catastrophique. L'objet paranoïde terrifiant, pénis anal de la mère, est alors promu comme le seul refuge contre ses angoisses dépressives d'anéantissement. Après la mort de sa mère réelle, elle se sent une écorchée vive et je suppose que c'est peut-être la violence imaginaire de ses fantasmes masturbatoires qui transforme le rêve de l'aquarium en cauchemar.

Le problème de la nature "normale" ou "pathologique" du clivage se complique aussi du fait de l'existence d'un clivage obligé, celui qui est institué au sein de la personnalité naissante de l'enfant par l'apparition du langage verbal. BION a souligné que "la capacité de penser est rudimentaire en chacun de nous", et que le champ de l'investigation scientifique est "limité, de par cette imperfection humaine, à ces phénomènes qui possèdent les caractéristiques de l'inanimé". Il écrit, dans "Aux sources de l'expérience": " Nous constatons que notre équipement rudimentaire pour "penser " les pensées est adéquat quand les problèmes sont associés à l'inanimé, mais qu'il ne l'est plus quand l'objet de l'investigation est le phénomène même de la vie ". Sans doute ce problème est-il lié à la nature abstraite du langage verbal. Freud avait distingué ce qu'il nomme les "représentations de choses " et les "représentations de mots ". Les mots sont davantage appropriés à désigner des objets inanimés qu'à nommer les expériences émotionnelles et encore moins les moments de partage intersubjectif de l'expérience émotionnelle. Dans son livre " Le monde interpersonnel du nourrisson ", D. STERN insiste sur le fait que le langage (verbal) est " à double tranchant " : d'une part , " il permet à deux personnes de créer des expériences mutuelles de signification partagée qui n'auraient jamais pu exister sans être façonnées par les mots " ; mais , d'autre part , " il enfonce un coin entre deux formes simultanées d'expérience interpersonnelle : telle qu'elle est vécue (émotionnellement) et telle qu'elle est représentée verbalement " . " Ainsi "écrit-il, " le langage est à l'origine d'un clivage de l'expérience de soi. Il déplace le lien interpersonnel vers un niveau abstrait et impersonnel, intrinsèque au langage, loin du

niveau immédiat et personnel intrinsèque aux autres domaines de lien interpersonnel “. Le problème est immense car on peut dire que toute la culture et, en particulier, toutes les productions mythiques et artistiques de l’humanité (musique, peinture, littérature) n’ont qu’un seul but : réduire ce clivage “ normal “ que le langage verbal a creusé dans l’expérience de soi. Un poète et critique d’art comme Yves BONNEFOY peut ainsi dire que l’expérience poétique comporte une remise en question des concepts de la pensée abstraite, de “ l’aliénation linguistique “, au profit de l’évocation d’un mode plus ancien et plus global de lien unitaire entre le soi et le monde, qu’il a poétiquement nommé “ l’arrière-pays “ . Evocation de l’investissement primaire des liens sensoriels entre le bébé et la mère après la naissance et avant l’apparition du langage verbal , ou bien évocation des liens déjà établis pendant la vie intra-utérine elle-même ? Sans doute , les deux .

Je terminerai en évoquant rapidement le problème des rapports entre névrose et psychose. La perte de la réalité, décrite par Freud dans la psychose, n’est en fait jamais totale et la névrose trouble aussi les relations du sujet avec la réalité. Bion a souligné que le retrait de la réalité est une illusion (un fantasme) et non un fait et qu’il est provoqué par le déploiement de l’identification projective pathologique contre l’appareil psychique. Le contact avec la réalité ne manque pas totalement, mais il est masqué, dans l’esprit du patient et dans son comportement, par la prédominance d’un fantasme omnipotent dirigé contre la capacité de reconnaître la réalité. J’ajouterai que la haine de la réalité décrite par Bion est en général la haine d’une réalité insoutenable car susceptible de réveiller une souffrance intolérable. En termes de relation contenant-contenu, on peut dire que dans la névrose grave existe une personnalité psychotique cachée par la névrose, de même que la personnalité névrotique est masquée par la psychose chez le psychotique. Plutôt que de névrose et de psychose, on parle alors de fonctions de la personnalité normale, névrotique et psychotique.

La personnalité normale est celle chez laquelle les sentiments d’être et d’avoir sa propre identité, y compris sexuelle, sont établis avec suffisamment de sécurité.

La personnalité névrotique est celle chez laquelle les angoisses de non-existence sont mal contrôlées et tendent à perturber le niveau normal du fonctionnement psychique. Mais le sujet conserve le plus souvent, dans ce cas, envers et contre toutes les régressions, le sentiment d’identité qui a été élaboré à travers la position

dépressive et qui est basé sur la stabilité de l'amour et de la gratitude envers les objets primaires. Ce système a acquis une force et une stabilité suffisantes pour résister aux doutes, le cadre à l'intérieur duquel elles prennent place (et qui indique l'intériorisation d'un bon contenant) n'est pas vraiment menacé de destruction totale ou définitive ; il est plutôt soumis à l'épreuve des fantasmes de désir et d'abandon, mais cette dramatisation reste circonscrite tant bien que mal à l'intérieur de la sphère de sécurité des bons objets internes avec lesquelles une identification introjective a pu être élaborée.

La personnalité psychotique est celle chez laquelle les aspects névrotiques sont maintenus prisonniers des identifications pathologiques aux mauvais objets, qui exercent contre eux leur tyrannie en se prétendant les seuls qui soient assez forts pour les protéger contre les angoisses dépressives et les angoisses d'anéantissement. La partie névrotique de cette personnalité qui s'est malgré tout développée, n'a pas acquis la force et la stabilité suffisantes pour résister par ses propres moyens à l'angoisse claustrophobique qui en résulte ; elle abdique en faveur des mécanismes psychotiques et de leur puissance redoutable, d'abord par la destruction des capacités d'amour, puis par celles de penser.

Vous vous souvenez que Freud a intitulé son étude de la Gradiva "Délire et rêve". Le rêve est l'expression de la pensée inconsciente en relation avec des objets internes vivants jouant un rôle contenant pour les besoins de pensée et de développement du rêveur. Le délire, quant à lui, est une néo-production destinée à contrecarrer le vide et la terreur laissés par des objets internes morts, et à l'intérieur desquels sont emprisonnées certaines des potentialités de pensée du malade. Le transfert délirant ne veut pas guérir mais cherche à entraîner l'autre dans un délire à deux, pour contrecarrer un sentiment atroce de solitude. Cependant, il y a toujours une certaine part de vérité psychique dans le délire, qui est ce qui a survécu de l'expérience émotionnelle. Dans les premières étapes du développement, la réalité psychique de l'enfant a, en effet, besoin d'être validée par l'environnement pour être assimilée et intégrée par le moi. C'est pourquoi la part de vérité psychique contenue dans le délire en tant que substitut de pensée véritable a besoin d'être reconnue pour que le sujet puisse renoncer à son délire.

