

Psychothérapie d'une patiente hallucinée chronique

Vassilis Kapsambelis

Psychiatre, praticien hospitalier,
psychanalyste, membre
de la Société psychanalytique de Paris,
directeur du Centre de psychanalyse
É. et J. Kestemberg,
Association de santé mentale
dans le 13^e arrondissement de Paris,
11, rue Albert Bayet, 75013 Paris, France

Résumé. Le terme de psychothérapie connaît actuellement une extension considérable, et en même temps un processus de systématisation et de codification. Cette codification ne prend pas en compte la psychothérapie de la pratique courante, pourtant pratiquée avec la plupart des patients. La détermination de la base commune de toute psychothérapie part du principe que le psychisme humain est un appareil ou fonction de l'organisme, produisant un certain travail, et dont la naissance, l'entretien et les changements nécessitent la contribution d'autres psychismes humains. Dès lors, la base commune de toute psychothérapie apparaît comme une entreprise de travail psychique partagé à des fins thérapeutiques.

Mots clés : hallucination, psychose, cas clinique, psychothérapie, élaboration psychique

Abstract. Psychotherapy of a chronic hallucinated patient. The term psychotherapy currently has a considerable extension, and at the same time is submitted to process of systematization and codification. This codification does not take into account the psychotherapy of the current practice even though it is used with most patients. The determination of the common basis of any psychotherapy assumes the principle that the human psyche is an apparatus or function of the organism, producing a certain work, and whose birth, maintenance and change require the contribution of other human psyches. From then on, the common basis of any psychotherapy appears as an operation of shared psychic work for therapeutic purposes.

Key words: hallucination, psychosis, clinical case, psychotherapy, psychic elaboration

Resumen. Psicoterapia de una paciente alucinada crónica. El término psicoterapia conoce actualmente una extensión considerable, y a la vez un proceso de sistematización y codificación. Esta codificación no toma en cuenta la psicoterapia en la práctica corriente, a pesar de practicarse con la mayoría de los pacientes. Determinar la base de cualquier psicoterapia parte del principio que el psiquismo humano es un aparato o función del organismo que produce una determinada labor, y cuyo nacimiento, mantenimiento y cambios necesitan que contribuyan otros psiquismos humanos. A partir de ahí, la base de cualquier psicoterapia aparece como emprender un trabajo psíquico compartido con fines terapéuticos.

Palabras claves: alucinación, psicosis, caso clínico, psicoterapia, elaboración psíquica

La pratique psychiatrique d'aujourd'hui manifeste une préférence nette pour des pratiques thérapeutiques dotées d'un certain degré de codification. Cette évolution est déterminée par de nombreux facteurs venant d'horizons différents, intra- et extramédicaux : l'ambition (et/ou la nécessité) pour la psychiatrie d'intégrer la méthodologie biomédicale générale ; la conformité à des pratiques de certification, d'expertise et d'évaluation ; la prolifération des guides et recommandations de bonnes pratiques (conférences de consensus, Haute autorité de santé) ; un certain idéal sociétal de patient-citoyen, informé et maîtrisant les propositions thérapeutiques ; et bien sûr, les inévitables économies, ciblant logiquement les pratiques les moins prouvées, même si elles sont éprouvées [1].

Correspondance : V. Kapsambelis
<Kapsambelis@wanadoo.fr>

Si ces tendances caractérisent surtout les trente dernières années, il est incontestable que, dans le domaine des psychothérapies, celles qui s'inscrivent dans des modèles intégrés (c'est-à-dire proposant une pratique thérapeutique associée à une théorie générale du psychisme ou du fonctionnement mental) ont toujours eu tendance à la protocolisation : ceci est vrai aussi bien pour les thérapies familiales, systémiques ou de groupe, pour les thérapies comportementales, puis celles cognitivo-comportementales qui leur ont plus ou moins succédé, et encore plus vrai, en un sens, pour les pratiques psychanalytiques, où la description et la théorisation du « cadre » continue de produire un volume important de travaux.

Il n'en est pas moins vrai que plusieurs patients, probablement une majorité, s'accommodent mal des différentes techniques psychothérapeutiques ainsi définies, tout en pensant nécessaire, pour leur traitement, de

bénéficier d'un certain « travail verbal » avec le spécialiste qui les reçoit. Il faut bien dire « travail verbal », faute de mieux ; cela évoque évidemment le nom que la première patiente de Joseph Breuer, Anna O., avait donné à ce qui se déroulait avec elle dans son cabinet : *talking cure*, « cure de parole », « cure de conversation », qui fait partie de la préhistoire de la psychanalyse [2]. En réalité, autant le vocable de « psychothérapie » est devenu très populaire ces dernières années, et tout le monde en réclame, des patients aux familles, autant ses contours sont devenus indécis, et la demande du public qui s'adresse à nous est très loin d'être en mesure de préciser ce qu'elle entend par ce terme – en tout cas, de le préciser au sens où nous le comprenons dans nos pratiques codifiées. C'est sans doute aussi une réaction à la tendance scientifique et quasi « technologique » qui tente ces dernières années la psychiatrie, comme le reste de la médecine, et que Freud avait déjà anticipée, non sans humour : « Si nous autres, médecins, ne pouvons renoncer à la psychothérapie, c'est tout simplement parce qu'une autre partie, à prendre grandement en considération dans le processus de guérison, à savoir les malades, n'a pas l'intention d'y renoncer » ([3], p. 48).

Retour donc à la « *talking cure* », celle finalement de la majorité des patients qui s'adressent à un psychiatre. Comment la définir ? « Psychothérapie de soutien » ? Ce n'est pas tout à fait cela, malgré les efforts intéressants d'un auteur aussi autorisé qu'Otto Kernberg [4] pour en délimiter le statut et les modalités. Dans le domaine des psychoses, Racamier [5] utilisait une formulation moins soucieuse de précisions techniques : « un schizophrène qui accepte de rencontrer un analyste (qui ne lui apporte aucune réponse ni satisfaction directes) de façon régulière et à jours fixes est en vérité quelqu'un qui entreprend une cure analytique ». Autrefois, l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* consacrait un article à la « psychothérapie de la pratique courante ». René Diatkine et Jean Favreau en 1955, puis Augustin Jeanneau et Charles Brisset en 1982, en avaient rédigé les textes (les deux sous le code 37810-C10, à vingt-sept ans d'intervalle), articles désormais retirés de la publication, sans être remplacés. À défaut de théorisation, cette appellation avait le grand mérite de bien dire son nom.

La clinique

Mademoiselle S. est une femme de 43 ans, célibataire, sans enfants, vivant seule, qui nous est adressée par son secteur, où elle était suivie depuis une douzaine d'années, pour cause de déménagement. Petite, très mince, sèche, élégante, extrêmement maquillée, elle se montre assez réservée lors de cette première rencontre, probablement mécontente du changement, peu réceptive aux sourires et mimiques accueillantes : « J'attends voir de quoi cela retourne », semble dire son attitude. Elle insiste à plusieurs reprises pour s'assurer qu'elle aura

des rendez-vous en soirée, « je travaille dans le privé, moi, je ne suis pas fonctionnaire », dira-t-elle sur un ton qui en dit long sur l'idée qu'elle se fait des médecins et infirmiers du service public qui l'ont soignée jusqu'alors. En fait, elle fait partie du personnel administratif d'un important établissement financier.

Lors de cette première rencontre, il ne sera pas question de « sa maladie », si ce n'est pour préciser, sur un ton de léger défi, que « cette maladie, aux yeux des psychiatres, n'en est pas une à son avis ». Des consultations bimensuelles sont instaurées, elle dit que c'est le rythme qui lui convient.

Dans les entretiens qui suivent, la relation devient progressivement plus confiante, et elle finit par avouer ce qui la tourmente « depuis plus de dix ans ». Elle a, dit-elle, comme une sorte d'« idée fixe » ou d'« obsession » : elle pense qu'elle est « basanée », « un peu genre arabe, ou pakistanaise, ou quelque chose comme ça », que sa peau est mate, et que les gens d'origine étrangère, « à la peau basanée », la regardent fixement dans la rue, parlent derrière son dos, font des allusions sur ses origines. « Lorsque cette idée me prend – elle ne me prend pas tout le temps – je commence à fréquenter des commerces et des bars arabes, nous finissons par devenir copains, mais en réalité je n'aime pas les Arabes ». Elle dit qu'elle souffre beaucoup de ces nuisances, au point que parfois elle n'ose pas sortir dans la rue et est obligée de demander des arrêts maladie à son généraliste. « Parfois cette idée me laisse tranquille, ce n'est pas que je n'y pense pas, mais je ne suis plus obsédée. Cela ne change rien au fond, je sais bien qu'on parle de moi dans la rue, et je vois bien que j'ai la peau basanée ». Cette expression, « peau basanée », semble avoir une certaine importance dans son esprit car, outre le fait qu'elle ne correspond pas à la réalité que je vois, elle est répétée un certain nombre de fois, puis finit par dire : « de toute façon, j'en ai la preuve, ma mère a la même couleur de cheveux, je l'ai vue sur une photo » ; puis ajoute une nouvelle expression – nouvelle dans l'espace limité de nos trois ou quatre premiers entretiens – « je suis, dit-elle, une négresse blanche ».

Au cours des quatre mois qui suivent, les entretiens permettent d'avoir un aperçu succinct de sa biographie (qui va d'ailleurs, dans ses récits successifs, comporter beaucoup d'incohérences formelles : âges, lieux, personnages). Elle est originaire d'une région rurale, éloignée de Paris et assez isolée, d'un milieu très modeste. Les parents ont eu huit enfants elle en a été l'avant-dernière. Elle a été placée « à l'orphelinat » rapidement après sa naissance, au moment où les parents se sont séparés, après douze ans de mariage. Sa mère l'a récupérée lorsqu'elle était âgée de 9 ans, elle était alors remariée et avait encore trois enfants. Après des études secondaires qu'elle n'a pas terminées, elle est partie comme fille au pair dans un pays étranger, rêve qu'elle avait depuis qu'elle était enfant. Elle en est revenue au début de la troisième décennie de sa vie et s'est

installée à Paris où, grâce à sa connaissance fluide de la langue étrangère du pays où elle avait vécu, elle a trouvé différents emplois de type administratif dans des sociétés privées. Au même moment, vers l'âge de 22 ans, elle va rompre avec sa mère avec laquelle donc elle n'a plus aucun contact, et elle ne sait pas où elle habite. En revanche, elle garde des contacts avec certaines de ses sœurs, ainsi qu'avec sa grand-mère maternelle, « c'est elle qui venait souvent me voir à l'orphelinat », et qui est maintenant âgée de 90 ans et vit dans une maison de retraite.

Mademoiselle S. me livre donc ces éléments biographiques sans réticence, mais je n'ai pas le sentiment qu'elle va bien : elle est même plutôt logorrhéique, agitée, elle présente un certain degré d'excitation psychique, elle dit qu'elle dort mal, qu'elle a des conflits au niveau de son travail. Au bout de quatre mois, j'apprends qu'elle a été hospitalisée dans notre centre d'accueil et de crise ; je la vois au cours du séjour et j'apprends qu'elle s'est séparée de son compagnon, ce qui me surprend beaucoup, parce qu'il n'a pratiquement jamais été question d'un compagnon pendant les quatre mois du suivi, en dehors de quelques vagues allusions. Elle me dit que c'est elle qui a rompu, « c'était un menteur et un mythomane ». J'apprends également que, pendant ces quatre premiers mois de suivi, elle a régulièrement fréquenté le médecin et l'équipe du centre médico-psychologique qui nous l'avait adressée.

À son retour à la consultation, quelques jours plus tard, elle est beaucoup plus calme, mais nettement déprimée. Nous reprenons les événements de ces quatre derniers mois, Nous parlons de son copain, de sa séparation, ainsi que du lien maintenu avec l'équipe psychiatrique antérieure. Elle semble insister beaucoup sur le fait que c'est *elle* qui a décidé de rompre avec son ami. Ce « *c'est moi qui...* », souligné à plusieurs reprises, me donne le sentiment que je peux lui proposer une interprétation. Je lui dis donc en quelques mots que, probablement, elle avait eu l'impression qu'elle pourrait être suivie autant qu'elle en aurait besoin au CMP qu'elle a fréquenté pendant les douze dernières années, et qu'elle a sans doute mal vécu le fait qu'ils l'adressent à nous suite à son déménagement ; qu'elle a peut-être pensé qu'ils étaient, finalement, des « menteurs et mythomanes ». Et que, de ce fait, elle a décidé de prendre elle-même les devants pour se séparer d'un autre « menteur et mythomane ».

Cette remarque, sans doute un peu trop complexe, car condensant en même temps une intervention sur l'axe activité-passivité (son refus de subir les événements), la mise en évidence d'une répétition (elle a fait à son ami ce qu'on lui a fait), et une interprétation transférentielle, la laissera silencieuse quelques instants. Puis, elle dira sur un ton assez sec, sinon agressif : « Je ne comprends pas ». J'esquisse un prudent mouvement de retraite : « Bon, nous en reparlerons... », mais c'est sans compter avec son refus de toute passivation : « Mais je veux

comprendre ! », dit-elle sur un ton vif. Je vois alors que je me suis trop avancé pour reculer, et je lui dis : « Puisque vous voulez comprendre, je vous propose que nous prenions le temps de réfléchir ensemble sur tout cela. On pourrait convenir de se voir toutes les semaines, à la même heure, un jour compatible avec votre travail et mes horaires de consultation, et nous allons essayer de comprendre ensemble ». Elle accepte immédiatement. C'est ainsi que commence cette forme de psychothérapie, qui va durer un peu moins de quatre ans.

Très rapidement, la question des origines se retrouvera, comme on pouvait s'en douter, au cœur de son discours, d'autant plus qu'elle me ramène très rapidement des photos de sa fratrie lorsqu'ils étaient enfants, en essayant de déterminer s'il y a ou pas des ressemblances physiques entre elle et ses frères et sœurs. Parallèlement, elle parle de ce qu'elle appelle ses « idées obsédantes », qui sont en fait des manifestations d'automatisme mental, accompagnées de façon plus rare d'hallucinations acoustico-verbales. La thématique est toujours la même, celle de son aspect physique et de son attirance supposée pour les « hommes basanés ». Au bout de quelques mois, et alors que son fonctionnement mental au cours des séances est celui d'une activité associative évoquant son enfance, émerge un souvenir qu'elle dit avoir oublié (et qui est en contradiction, sur certains points factuels, avec la biographie de l'enfance qu'elle avait livrée jusqu'alors). « Lorsque j'avais cinq ou six ans, ma mère a disparu un jour sans prévenir personne, elle a juste pris avec elle le dernier-né, mon tout petit frère de quelques mois. Mon père ne l'a pas trouvée à la maison lorsqu'il est rentré le soir. Alors, c'est ma grand-mère paternelle qui est venue s'occuper de nous puis, trois jours plus tard, ma mère est revenue. Notre maison était au bord du village, mon père et ma grand-mère l'ont vue arriver de loin, ils m'ont alors dit d'aller vers elle, de lui dire qu'elle est indésirable à la maison, et qu'il faut qu'elle reparte. Ma mère s'est mise à pleurer, mais elle a fait demi-tour et elle est partie définitivement ».

Comment ce souvenir s'agence-il avec le reste de la biographie, notamment avec la notion qu'elle a été placée « en orphelinat » à son plus jeune âge, ou encore avec le récit selon lequel sa mère l'avait récupérée, alors qu'elle était déjà remariée, lorsque la patiente avait neuf ans ? Je n'aurais jamais d'éclaircissements à ces questions que je me pose, mais que je ne lui pose pas. Dans mon esprit, le souvenir qu'elle évoque doit se situer bien avant ses 5-6 ans, et il est peut-être en relation, non seulement avec la séparation des parents, mais aussi avec son placement « en orphelinat ».

Dans les mois qui suivent, son copain refait son apparition, elle le croise parfois dans la rue, le repousse, il revient ; finalement, elle se remet à nouveau avec lui pendant une courte période. « Qu'est-ce que je pourrais faire d'autre ? », s'interroge-t-elle à haute voix, « il s'approche de moi et il me parle... ». En adoptant la pre-

mière personne du singulier, comme si je prolongeais sa propre pensée, je dis : « Je ne vais quand même pas la traiter dans la rue comme un étranger, lui aussi ». Elle comprend immédiatement l'allusion que je fais au souvenir de l'épisode avec sa mère, puis elle enchaîne sur la réflexion suivante : « Le Dr Br. m'avait dit une fois que je suis une paranoïaque... Ça voulait dire que je suis persécutée. J'en ai parlé à l'une de mes sœurs, qui a beaucoup d'instruction, et qui fait une analyse depuis plusieurs années, elle analyse bien les choses. Elle m'a dit que je ne suis pas persécutée, parce que ma mère m'avait réellement persécutée quand j'étais petite. Il paraît qu'elle en avait tout le temps après moi, qu'elle me battait sans cesse ».

Au cours de l'année qui va suivre, il sera beaucoup question de cette mère « maltraitante », et M^{lle} S. va aussi beaucoup interroger ses sœurs. Une forme de roman familial se met ainsi progressivement en place. La mère n'était pas très heureuse avec le père... Elle avait probablement des amants... C'était peut-être des « étrangers », relations connues dans le petit village, qui médissait non seulement sur l'inconduite de la mère, mais aussi sur ses choix d'hommes. Après deux ans de travail hebdomadaire, M^{lle} S. est en mesure de poser – de se poser – la question cruciale : est-ce que les deux enfants de la fratrie, elle et son plus jeune frère, sont bien du père « officiel » ?

Je remarque de mon côté que cette période d'intense réflexion, de remémoration mais aussi de recherche (auprès de la fratrie) qui aboutit à cette question, s'accompagne d'une quasi-disparition de l'activité hallucinatoire acoustico-verbale. Je trouve assez surprenant que M^{lle} S. ne fasse aucun lien entre ces deux éléments, et bien sûr je me garde bien d'en faire. Néanmoins, un très grand nombre d'éléments autour de cette problématique sont bien présents pendant cette année. Les « étrangers » de son village, des « hommes à la peau mate », souvent des ouvriers agricoles saisonniers, sont évidemment d'origine indéterminée dans son souvenir d'enfant : « Noirs », « métisses », « Arabes » ? L'idée obsédante sur sa propre « peau mate » et son interrogation angoissante : « est-ce qu'elle ressemble à sa mère ? », peut être comprise comme défensive : si sa mère a, elle aussi, la « peau mate », elle n'a plus à chercher plus loin, c'est à elle qu'elle ressemble. Mais ce serait quoi, chercher plus loin ? Un jour, elle dit : « C'est drôle quand même d'entendre des voix dans la rue, ça a duré longtemps... De croire que tous les Arabes que je croise me parlent... C'est drôle de croire ça, non ? ». Je lui réponds : « Au cas où votre vrai père vous aurait reconnu ? ». Elle ne répond rien.

Au cours de la troisième année de son suivi, elle apprend par l'une de ses sœurs que leur père est gravement malade et mourant, et elle se demande si elle ira le voir. Elle hésite, le temps passe ; quelques semaines plus tard, elle reçoit une lettre d'un notaire lui faisant part de

l'ouverture de la succession de son père. Les biens sont en réalité modestes, il s'agit de la maison familiale dans le village, et elle ne fait pas le déplacement. Mais cette inscription dans la filiation, venant d'une autorité tierce, amène comme un coup d'arrêt à ses interrogations et à ses réflexions. Elle a alors une réflexion tout à fait remarquable : « Tous les enfants qui portent le nom de S. sont forcément des enfants du même père... Et pour le reste, on ne peut pas savoir ».

C'est le début de la fin de notre suivi. Dans les mois qui suivent, elle retrouve le contact avec sa mère, toujours par l'intermédiaire de ce même notaire, qui leur indique qu'elle s'appelle désormais « Mme veuve L. », qu'elle vit dans une région assez éloignée de leur village d'origine, et qu'elle a exprimé le souhait, via le notaire, de revoir ses enfants. Elle hésite beaucoup, elle aura même un moment de panique qu'elle va me raconter, en riant a posteriori : « J'ai eu peur tout d'un coup... Et si elle était noire ? ». Finalement elle va renoncer à cette rencontre, elle va lui faire une longue lettre que je trouve très authentique et émouvante, rédaction qui semble lui avoir apporté un certain apaisement. Elle me rappelle ses idées délirantes, qu'elle qualifie désormais de « délire », ce qui me surprend un peu, car ce n'est pas un terme qui lui est familier, et qu'elle utilisait plutôt la formulation d'« idée obsédante » : « Pendant deux heures, j'ai pensé qu'il n'y avait que des Noirs dans la rue, et qu'ils me regardaient... C'est mon vieux délire, je m'en suis débarrassé assez rapidement ».

Au début de la quatrième année du suivi, Mademoiselle S. est obligée d'accepter un nouveau poste qui rend nos rencontres impossibles au plan horaire. Comme la réorganisation est prévue pour la rentrée, nous disposons de quelques temps pour organiser la séparation. Elle évoque le désir de continuer ce travail, désormais avec une femme, je l'adresse donc à notre Centre de psychanalyse (qui se trouve dans le même bâtiment que notre CMP). En fait, elle va interrompre au bout de quelques mois, là encore pour des raisons d'horaires professionnels.

Actuellement, vingt ans plus tard, je la croise de temps à autre dans la salle d'attente de notre CMP. Elle a une consultation psychiatrique espacée avec une jeune collègue, elle garde un très léger traitement neuroleptique, et elle est désormais à la retraite ; elle rencontre plus souvent qu'auparavant ses sœurs, lorsqu'elle n'est pas fâchée avec elles, elle fait des séjours en province auprès d'elles, elle les invite à Paris ; je crois qu'elle n'a pas de compagnon. Chaque fois qu'elle me voit, elle me salue chaleureusement, et elle ne manque jamais de me demander, qu'on soit au retour des grandes vacances ou au milieu de l'année, si j'ai été récemment « dans mon pays » : histoire de me rappeler ce que, du transfert, n'a jamais été verbalement formulé, à savoir qu'elle a bel et bien rencontré finalement un étranger dans sa vie, avec lequel elle a fait un bout de chemin psychique.

La psychopathologie

Dans une lettre du 15 janvier 1930, Freud écrit à Marie Bonaparte : « Nous savons que les mécanismes des psychoses ne sont pas différents par essence de ceux des névroses, mais nous ne disposons pas de la stimulation quantitative nécessaire pour les modifier » ([6], p. 506). Quel que soit le sens que l'on peut donner à cette affirmation, elle n'en rejoint pas moins sa conviction que les psychoses, comme l'activité onirique, ne créent rien de nouveau, elles ne représentent jamais qu'une façon particulière de traiter des questions que nous retrouvons posées chez tout être humain. En ce sens, il n'y a pas de questions « psychotiques », il y a des façons, des mécanismes psychotiques pour répondre à certaines questions universelles, et d'ailleurs ces mécanismes peuvent cohabiter avec d'autres, de facture plus « névrotique » (on dit alors, « plus évoluée », essentiellement pour signifier qu'ils sont moins coûteux au plan économique et qu'ils créent moins de problèmes collatéraux dans les rapports de la personne avec elle-même et avec le monde), et on peut même observer de progressifs glissements des uns aux autres, dans un sens ou dans un autre, sous de conditions de hasards favorables ou défavorables, ou encore du fait du traitement.

La question des origines fait partie de ces questions universelles, elle s'ordonne d'ailleurs chez la plupart des gens autour d'un des fantasmes fondamentaux, « originaux », celui de la « scène primitive », élaboration d'un ensemble de représentations inconscientes symbolisant ce fait que nous sommes le fruit du commerce sexuel entre un homme une femme, fantasme « que l'on peut retrouver par l'analyse chez tous les névrosés, vraisemblablement chez tous les enfants des hommes » ([7] p. 314). Que cette scène primitive puisse être pensée comme relevant d'un adultère, cela représente certes une complication, mais il serait bien hasardeux de considérer que cette complication est de nature, en soi, à favoriser le développement d'un état psychotique. En revanche, il importe de déterminer si les impressions, internes (sensations) ou externes (choses vues, entendues...), qui se relient à telle ou telle problématique universelle – en l'occurrence, celle des origines –, ont pu être travaillées, élaborées, intégrées, bref : accéder au statut de *représentation mentale* ou si, au contraire, elles sont restées au stade de « traces mnésiques », inélabores et irréprésentables. Car cet « irréprésentable » est la définition même du traumatique, comme en témoignent du reste certains événements de la vie d'enfant de cette patiente (entre orphelinat et mise à la porte de la mère), et une condition nécessaire pour que ces « traces » se manifestent comme des perceptions étranges et extérieures, à la façon des hallucinations. En effet, restées sans élaboration, sans se relier donc au réseau potentiellement infini des représentations de mot et des pensées, elles gardent une charge d'excitation, qui est sans doute celle-là même qui excède nos capacités de

« stimulation quantitative nécessaire pour les modifier », pour reprendre la remarque de Freud.

Une autre complication relative à la scène primitive, et non sans rapport avec les éléments qui n'ont pu être élaborés, est celle de déterminer la place que le sujet occupe, par identification, au sein de cette scène primitive ; or, il n'est pas sans intérêt d'observer que, sur ce point, Mademoiselle S. semble osciller entre deux positions, et de plus, chacune de ces positions est composée de motions inconciliables entre elles.

D'une part, l'idée que sa « peau mate » est un héritage de sa mère (« négresse blanche »). Dans ce cas, elle est sa mère lorsqu'elle se sent attirée par les hommes « basanés », elle peut bénéficier d'identifications qui sont à l'origine de ses préférences et fréquentations de jeune femme. Mais dans cette hypothèse, elle n'a plus de père (elle n'a plus *son* père) et, enfant exclusif de sa mère, elle est condamnée à rencontrer l'homme comme une hallucination, comme une réalité sans support fantasmatique.

D'autre part, l'idée que sa mère n'a pas cette « peau mate ». Dans ce cas, elle retrouve un père – celui que la rumeur publique de son village lui attribuait, au vu des infidélités de sa mère, ou encore celui de qui sa mère se vengeait, en la maltraitant. Mais en même temps, et du fait de sa ressemblance à lui, comme du fait de l'excitation particulière de la relation masochiste avec la mère, elle est *attirée* par sa mère. Ce cheminement nous permet de retrouver cette « homosexualité inconsciente » à laquelle Freud semble si attaché lorsqu'il parle de paranoïa, tout en nous montrant que ses enjeux psychiques, dans le cas de la paranoïa, sont bien plus compliqués que ceux d'une composante de la vie libidinale difficile à assumer, comme chez tant d'autres.

On est sans doute obligé de recourir à des mécanismes non névrotiques de défense lorsque nous sommes confrontés à des positions qui s'excluent trop l'une l'autre pour permettre des compromis possibles – et elles s'excluent l'une l'autre lorsque chacune tient sur des traces qui semblent inamovibles du point de vue de l'élaboration. En effet, si l'on pense les psychoses en termes essentiellement économiques, selon lesquels certains mécanismes ont tendance à se mettre en place en lieu et place d'autres plus souples, lorsqu'un degré d'excitation excède une certaine capacité de traitement, d'élaboration, on peut constater ici l'extrême difficulté, pour notre patiente, à rendre *conflictuelle* la question de ses origines, autrement dit à l'insérer dans un jeu de contradictions (et non pas d'oppositions s'excluant mutuellement), à même de lui fournir des aménagements viables ; ceux-là mêmes qu'elle a fini par trouver, si l'on en juge par sa phrase : « *Tous les enfants qui portent le nom de S. sont forcément des enfants du même père... Et pour le reste, on ne peut pas savoir* ». Probablement, le mouvement transférentiel – jamais discuté, et encore moins élaboré, toujours agissant en soubassement de la relation thérapeutique – lui a per-

mis de rencontrer un étranger *possible* ; c'est l'idée qui vient à l'esprit si l'on songe aux étrangers « impossibles », aussi bien de sa mère que d'elle-même (bien que pour des raisons très différentes chez l'une et chez l'autre). Et dans le travail psychique partagé avec un *étranger possible*, une conflictualité pouvant aboutir à des compromis (une conflictualité *possible*) a pu être mise en place.

Qu'est-ce qu'une « psychothérapie » ?

La question qui sert d'intitulé à ce dernier paragraphe paraphrase le titre de l'article de René Angelergues, « La psychothérapie : c'est-à-dire ? » [8]. En effet, qu'appelons-nous « psychothérapie » ? On a vu en introduction les difficultés à définir de façon satisfaisante ce que recouvre ce vocable. S'agirait-il d'une méthode de traitement qui se servirait de la parole et de l'échange verbal ? On voit mal pourquoi la consultation du psychiatre prescripteur n'entrerait-elle pas dans la catégorie des psychothérapies ; on n'a pas encore inventé la possibilité pour le patient, tout « usager » qu'il soit, d'utiliser des distributeurs automatiques qui délivreraient le bon médicament à la posologie adéquate, une fois qu'il aurait pianoté sur un écran *ad hoc* ses différentes données symptomatiques et anamnestiques. S'agirait-il d'une méthode de traitement employant exclusivement la parole à l'échange ? Dans ce cas, où rangerait-on les psychothérapies de relaxation, ou encore les psychothérapies à médiations, ou la psychothérapie institutionnelle ?

Dans une récente interview au *Monde*, Lionel Nacache remarque – avec un brin de démagogie – que l'année 1968, « l'année où toutes les barrières sont tombées, un mur a été élevé entre la neurologie et la psychiatrie, qui ont été officiellement séparées » [9]. On est pourtant en médecine : est-ce que la création de l'hépatologie a élevé un mur avec la gastroentérologie, est-ce que la diabétologie a oublié l'endocrinologie ? La question qui se pose est plutôt : est-ce qu'il existe, dans l'organisme vivant que constitue l'être humain, un organe, un système, une fonction qu'on peut appeler « psychisme », « appareil psychique » ? Pas totalement autonome, bien entendu – le foie, le système respiratoire, la fonction visuelle ne sont pas totalement autonomes –, mais doté d'une autonomie relative suffisante pour devenir objet scientifique à part entière, comme d'autres systèmes du même organisme. Les systèmes d'un organisme intégré sont reliés les uns aux autres, et par ailleurs soumis à une double détermination : le système respiratoire dépend autant de la structure de ses alvéoles que de l'air qu'il respire, le système digestif autant de ses enzymes et sucs digestifs que des aliments, le système musculaire autant des connexions neuromusculaires et de l'état de la fibre mus-

culaire que de la gravité terrestre ou de la résistance opposée lorsqu'il se met au travail. De même, le système qu'on appelle « psychisme », « appareil psychique », est sous la double détermination, d'une part du système nerveux (central et périphérique), d'autre part de son environnement humain, d'autant plus que c'est son environnement humain qui a fait de lui un psychisme.

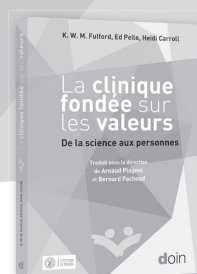
Or, sur ce dernier point, il devrait y avoir consensus. Imagine-t-on qu'un être humain puisse être produit dans un environnement non humain ? Peut-être dans *La possibilité d'une île* de Michel Houellebecq... [10]. Ce que Freud appelle l'*objet* – car, biologiste dans l'âme, il considérerait que la représentation de l'autre, chez l'être humain, est l'héritière de l'« objet de satisfaction » de ses besoins biologiques, devenus désormais « pulsions », en s'émancipant de leur strict déterminisme biologique – l'objet donc, l'objet humain, est omniprésent dans l'émergence d'un psychisme humain : il lui met en forme ses premières réactions émotionnelles, dans le maelström des sensations internes et externes de la naissance ; il lui procure les mots qui qualifient (bon-mauvais) et symbolisent le chaos de ses vécus somatopsychiques ; il structure son psychisme en espaces et fonctions séparées, assurant la richesse et la souplesse d'une vie psychique d'humain. Un psychisme humain se construit à partir d'un autre psychisme humain, et c'est donc aussi à travers un autre psychisme humain qu'il peut éventuellement changer.

On voit ainsi ce que l'on pourrait comprendre comme « psychothérapie » au sens le plus étendu et le plus fondamental, au-delà de toute technique particulière : le procédé par lequel un psychisme humain se met au service d'un autre psychisme humain à des fins de changement, et en l'occurrence, à des fins thérapeutiques. Un « se mettre au service » qu'il faut comprendre, non pas dans un sens moral, mais au contraire quasi biologique : comme tout appareil, le psychisme doit fournir un certain « travail », et la pathologie mentale est l'indicateur d'un travail psychique qui rencontre des difficultés dans son effectuation ; la psychothérapie, dans son sens le plus général, est la situation dans laquelle un autre psychisme partage ce travail afin de lui faciliter la tâche et de lui permettre d'avancer. On appelle *psychothérapie* toute situation de *travail psychique partagé* à des fins thérapeutiques [11]. Un partage composé d'un tout – pensées, paroles, affects, émotions... –, même si la spécificité de l'appareil psychique humain, à savoir la faculté à produire des pensées, y occupe naturellement une place prépondérante. Et sachant bien entendu que ce qui s'oppose au changement, à tout changement, est la tendance à la répétition – cette « compulsion de répétition » que Freud [12] a identifiée, dans la dernière partie de son œuvre, comme le principal obstacle à nos efforts thérapeutiques, et l'indice le plus commun de l'aspiration inexorable de tout organisme vivant vers la mort.

Liens d'intérêts l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Kapsambelis V. « Cinquante ans après : la crise du secteur ». In : Chiland C, Bonnet C, Braconnier A (dir), *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*. Toulouse : Érès, 2010. pp. 425-46.
2. Freud S, Breuer J. « Études sur l'hystérie (1895) ». In : Freud S, éd. *Œuvres complètes. Psychanalyse II*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009, pp. 9-347.
3. Freud S. « De la psychothérapie ». In : *Œuvres Complètes* (1904). Psychanalyse VI. Paris : PUF, 2006. pp. 45-58.
4. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy : contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis* 1999 ; 80 : 1075-91.
5. Racamier PC. La cure psychanalytique individuelle des schizophrènes. *Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie* 1984 : 37295-C10. (Article désormais retiré).
6. Jones E. La vie et l'œuvre de Sigmund Freud. Tome 3. *Les dernières années de sa vie, 1919-1939* (1957). Paris : Presses Universitaires de France, 1969. Coll. « Quadrige » (2006).
7. Freud S. « Communication d'un cas de paranoïa contredisant la théorie psychanalytique » (1915). In : *Œuvres Complètes de Freud. Psychanalyse XIII*. Paris : Presses Universitaires de France, 1988, pp. 305-17.
8. Angelergues R. La psychothérapie : c'est-à-dire ? *Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie* 1989 ; 18 : 45-54.
9. Naccache L. Les neurosciences sont encore dans une phase d'émerveillement. Interview à H. Morin et S. Cabut. *Le Monde* n° 22895, 22 août 2018.
10. Houellebecq M. *La possibilité d'une île*. Paris, Fayard, 2005. Coll. « Le livre de poche », 2007.
11. Kapsambelis V, Kecskemeti S. « La consultation psychiatrique. Travail psychique, travail psychique partagé ». In : Bouhsira J et Janin-Oudinot M (dir.). *La consultation psychanalytique*. Monographies et débats de psychanalyse. Paris, Presses Universitaires de France, 2013. pp. 107-34.
12. Freud S. « Au-delà du principe de plaisir » (1920). In : *Œuvres Complètes de Freud. Psychanalyse XV*. Paris : Presses Universitaires de France, 1996, pp. 273-338.



Collection
La Personne en Médecine
• Décembre 2017
• 17 x 24 cm, 320 pages
• ISBN : 978-2-7040-1479-8
• 38 €

doin

John Libbey
EUROTEXT

La clinique fondée sur les valeurs De la science aux personnes

La médecine fondée sur les valeurs s'inscrit parmi les mouvements contemporains de personnalisation des soins et intéresse toutes les disciplines médicales.

Complémentaire à la médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine), elle s'appuie sur une prise en compte des valeurs des acteurs du soin, de la personne soignée et de son entourage. Cette approche implique une prise de décision partagée rendant la pratique médicale plus éthique et plus efficace, et contribuant ainsi à « l'alliance thérapeutique ».

Depuis plus de trente ans, Bill Fulford défend ce concept dans lequel il révèle une pratique possible des soins au plus près de la singularité des patients. Arnaud Plagnol et Bernard Pachoud en livrent ici une parfaite traduction.

Préfacé par Bernard Granger, Professeur de psychiatrie, Université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin

Traduit sous la direction de :

• **Arnaud Plagnol**
Psychiatre, Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris 8 (Vincennes - Saint-Denis)
• **Bernard Pachoud**
Psychiatre, Professeur de psychopathologie, Directeur de recherches à l'Université Paris 7 (Paris-Diderot)
Frédéric Advenier, Marie Darrason, Rémi Tevissen, Jean-Baptiste Trabut



En savoir + sur www.jle.com

