COLLECTION OUVERTURES PSY

La clinique du psychanalyste aujourd'hui :

une pratique ouverte, un cadre sur mesure

François Duparc

• EDITIONS IN PRESS •

La clinique du psychanalyste aujourd'hui

Une pratique ouverte, un cadre sur mesure

ÉDITIONS IN PRESS
127 rue Jeanne d'Arc – 75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
E-mail : inline75@aol.com

www.inpress.fr

LA CLINIQUE DU PSYCHANALYSTE AUJOURD'HUI. UNE PRATIQUE OUVERTE, UN CADRE SUR MESURE.

ISBN 978-2-84835-429-3
© 2017 ÉDITIONS IN PRESS

Couverture : Élise Ducamp
Mise en pages : Louison Vaudin
Illustration de couverture : ©fotolia_lolloj

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

La clinique du psychanalyste aujourd'hui

Une pratique ouverte, un cadre sur mesure

François Duparc

Avec le soutien du

CNL
CENTRE NATIONAL DU LIVRE

In press

Sommaire

Introduction 7

Partie 1

Les névroses aujourd'hui

Chapitre 1

L'hystérie protéiforme 25

Chapitre 2

La phobie et ses limites 35

Chapitre 3

Névrose obsessionnelle, tics et tocs et rituels 41

Chapitre 4

La dépression névrotique 47

Partie 2

États-limites et névroses actuelles

Chapitre 1

Clivages et stratégies aux limites de l'actuel 53

Partie 3

Dans la diversité des états-limites

Chapitre 1

Les personnalités dissociées ou multiples 61

Chapitre 2

Psychanalyse des troubles addictifs et autres perversions 89

Chapitre 3

Anorexies et troubles alimentaires limites 119

Chapitre 4

Névroses traumatiques :
incestes, tortures et maltraitances 131

Partie 4

Lignées psychosomatiques et psychoses

Chapitre 1

Les lignées psychosomatiques 167

Chapitre 2

Cyclothymies, bipolarité :
de la manie aiguë à la manie blanche 179

Chapitre 3

Dépression essentielle, deuils invisibles
et risques cancéreux 189

Chapitre 4

De l'hallucination négative à la psychose blanche 211

Chapitre 5

Du masochisme à la paranoïa 229

Bibliographie 251

Introduction

Essai de nosologie psychanalytique, diversité de la clinique et stratégies

Pour accueillir un sujet humain et envisager un travail psychanalytique avec lui, encore faut-il que l'analyste puisse disposer d'une *pensée clinique suffisante*. La clinique, certes, a fait l'objet de critiques depuis quelques temps, au nom d'une vision dite « scientifique » ou neuro-cognitive de la psyché. Cette idéologie, qui récuse l'implication de l'observateur (de l'analyste) dans l'approche de l'humain et de sa souffrance, vise à isoler un symptôme, un « désordre » (*disorder*), afin de le réduire, de le faire rentrer dans le rang de la psyché logique. Mais l'inconscient dans tout cela ? Les mécanismes de défense et les potentialités névrotiques, les vécus traumatiques accumulés dans le temps de l'enfance et des générations ? Bien trop complexe pour les partisans de l'hypnose, de la thérapie cognitive, du *coaching* ou du médicament sur un symptôme-cible.

Mais à ne regarder que les symptômes (à travers le manuel statistique des désordres, le fameux DSM américain), la psychiatrie ou la psychologie sont aveugles à ce qu'ils cachent ; la subjectivité, déjà bien attaquée par les pathologies psychotiques, *borderlines* ou autres. Comme le dit justement Marcel Sassolas [2014] : « Du temps de Freud le scandale était le dévoilement d'une sexualité réprimée. Aujourd'hui, ce qui est scandaleux, c'est de dire que chaque homme est un sujet qui

pense, qui ressent, qui désire, et pas seulement un être qui fabrique et consomme. »

La complexité de l'être humain est une des conquêtes de la vie, qui lui donne sa capacité d'évolution au fil du temps, son art de s'adapter aux différentes formes de l'environnement, en conservant toute sa (bio)diversité. Cette complexité lui occasionne aussi de nombreuses pathologies résultant de la somme de multiples mécanismes de défense plus ou moins adaptés ou traumatiques. Loin du simplisme de la normopathie, qui ferait de l'homme un simple robot à reprogrammer à chaque défaillance, cette complexité justifie une théorie des pathologies ancrée dans le temps du développement psychique, une nosologie assez élaborée pour aider tous les sujets, dans toute la variété de leurs demandes, en préservant à chaque fois leur précieuse singularité.

Tout en respectant cette exigence de singularité, il reste malgré tout important de pouvoir définir les lignes de failles dans le cristal du Moi[1], afin de permettre à l'analyste de tenir compte de la multiplicité des traumatismes propres aux différents âges de la vie, leurs conséquences en termes de souffrances ou de pathologies, et les stratégies que celles-ci vont rendre nécessaires. Pour accueillir un patient et écouter sa demande, sa souffrance et son désir, il ne suffit pas d'une écoute analytique neutre et attentive, qui laisse le patient dérouler sa pensée au fil de l'association libre de sa parole. Les paramètres de la cure analytique, nous l'avons dit dans un livre récent[2], permettent l'accueil de la diversité des patients, mais à condition de pouvoir s'adapter à la diversité des structures ; un cadre sur mesure est sollicité dès que le champ de la simple névrose est dépassé, ce qui est le cas le plus fréquent de nos jours.

Non que les névroses aient été plus fréquentes du temps de Freud, qui les a privilégiées au début de son étude, mais parce que la psychanalyse a pu développer la théorie et la technique de son génial inventeur grâce à ses élèves et successeurs (Ferenczi, Mélanie Klein,

1. Freud [1932, p. 80].
2. *Le travail du psychanalyste*, 2017.

Winnicott, Bion, Lacan, Searles, Bleger, Tustin, Racamier, Marty, Fain, de M'Uzan, Green, etc.), jusqu'à permettre à l'analyste d'accueillir des patients dont le narcissisme, plus gravement altéré, entraînait autrefois des échecs ou des ruptures dont l'inventeur de la psychanalyse a été le premier à souffrir.

Le terme de stratégie pourra apparaître à certains un peu étrange, un terme de combattant, mais qui, après tout, ne fait que refléter l'engagement de l'analyste contre la souffrance ou la défaillance psychique des sujets qui le consultent. Il ne surprendra que les partisans d'une neutralité absolue, comme j'en ai beaucoup rencontrés aux tout débuts de ma pratique. Mais celle-ci, outre qu'elle nie le rôle si important du transfert et du contre-transfert de l'analyste, peut constituer une véritable idéologie de la neutralité, une « neutralité malveillante »[3] qui a longtemps été reprochée à la psychanalyse. Elle n'est en effet qu'un de ses paramètres, un des idéaux parmi les autres de la cure, celui qui permet de supporter les limites du désir (castration symbolique) et de supporter les deuils et les frustrations inévitables de la vie.

Nous avons vu dans notre livre sur *Le travail du psychanalyste* (2017) que l'analyse répond aussi à d'autres demandes : un désir de restauration, de guérison de ses souffrances au moyen d'une régression thérapeutique (retour au ventre maternel protecteur) ; une quête de liberté pour de nouvelles rencontres (la séduction) ; le besoin de faire un tri dans son héritage familial (ses identifications choisies, selon une appétence bien tempérée) ; et un désir de savoir aimer et travailler, donner naissance à des projets et épanouir sa créativité (une scène primitive symbolique). Une analyse dont l'idéal œdipien est suffisamment bon réunit tous ces idéaux de la cure, ancrés dans les fantasmes originaires de l'Œdipe, en un équilibre démocratique suffisant, sans tyrannie par un Idéal du Moi ou un Surmoi pathologiques.

Face aux pathologies qui représentent la face négative de ces idéaux, de ces fantasmes originaires, l'analyste doit savoir proposer un cadre

3. Titre d'un livre de J.-P. Gattegno [1993], adapté dans le film policier *Mortel transfert* en 2001.

adapté, et donc établir quelle est la dominance structurale en cause dans la pathologie du sujet. En effet, le patient qui présente une pathologie au-delà de la simple névrose a du mal à respecter le cadre, ou bien s'y soumet de façon exagérée, répétant le vécu traumatique pour lequel il vient consulter. L'analyste devra donc définir quels sont les paramètres du cadre qui seront les plus menacés, ou qui devront être assouplis dans un premier temps pour offrir un cadre « sur mesure », plutôt qu'un « prêt-à-porter » qui ne saurait s'adapter à toutes les structures des patients qui consultent. Cela peut donner lieu à des indications de doubles prises en charge, de psychothérapies analytiques en face-à-face, de psychodrame, de médiations thérapeutiques (dessins, écrits, ou musique), ou encore de relaxation psychanalytique.

Mais pour poser ces indications de soutien du cadre, ou d'une adaptation, encore faut-il disposer d'une évaluation de la psychopathologie qui permette de justifier une stratégie fondée sur une nosologie suffisamment fine et complexe, quitte à ce que la prise en charge puisse évoluer au cours du temps, et la stratégie avec elle. Pour ce faire, l'analyste n'a pas de trop pour sa « portance » clinique, de toute l'expérience accumulée depuis Freud, ainsi que du retour à la pensée clinique si pertinemment entrepris par André Green au début de ce siècle (2002). En effet, par réaction contre les classifications trop contraignantes, les analystes ont souvent jeté le bébé de la psychopathologie avec l'eau du bain des stades et des structures qui régnaient au début de la découverte psychanalytique. Ils se sont parfois même focalisés, comme les psychothérapeutes adeptes des classifications statistiques, sur un symptôme (fétichisme, masochisme, comportement auto-calmant) ou sur un mécanisme (clivage, répression, identification projective), rejetant le difficile travail d'évaluation nosologique/structural et la stratégie qui en découle.

Mis à part quelques bastions de résistance, notamment parmi les psychosomaticiens, beaucoup de psychanalystes ont tendance à recourir systématiquement à une vision fourre-tout des états-limites, sans vraie définition, pour éviter d'entrer dans une discussion diagnostique. Ils

invoquent volontiers le caractère rigide et dépassé des stades libidinaux, auxquels Freud n'a cependant jamais renoncé, ou des structures à la Lacan qui ont montré leurs limites en refusant la psychosomatique et les états-limites. Et en réaction contre les classifications statistiques du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), ils rejettent souvent, désormais, toute nosologie accusée de prôner une vision neurobiologique et pharmacologique des pathologies, qui réduit toute causalité psychique à un présent immédiat sans histoire. Pour beaucoup, en effet, il s'agit simplement d'un moyen commode pour proposer une thérapie focale axée sur un symptôme (parmi les 350 espèces de psychothérapies existantes) ou un médicament.

Dans mon activité de superviseur, je suis souvent frappé de voir combien les jeunes analystes, du fait de cette relative carence d'élaboration chez leurs maîtres, sont perdus dans l'évaluation initiale de l'aptitude de leurs patients à l'analyse. Ils se contentent souvent d'attendre passivement l'engagement de la cure, pour intervenir sur tel ou tel vécu ou mécanisme transférentiel, sans avoir la stratégie d'ensemble qui seule permet, dans les cas difficiles, d'engager une cure à perspective analytique, malgré un début parfois très atypique. Quelles sont les raisons de ce phénomène ? Il faut reconnaître que les désirs de classification ont souvent pêché par leur rigidité et par l'envie de limiter une problématique à une structure psychopathologique, un stade libidinal, ou un mode de défense préférentiel, en négligeant l'hyper-complexité de la psyché. C'est pourquoi il me semble important de protéger la psychanalyse de la même évolution que la psychiatrie avec le manuel du DSM, qui privilégie les symptômes et les généralités immédiatement accessibles.

Alors, de quelle nosologie doit disposer l'analyste pour orienter sa stratégie et son indication d'un cadre qui permette la prise en charge de toutes les formes de souffrances et de demandes ? Une nosologie qui ne soit pas une description schématique, comme la nosographie en botanique, qui classe les plantes selon leurs formes visibles. Une nosologie qui tienne compte de la sémiologie (les symptômes), de

l'évolution à long terme de la maladie (son potentiel évolutif, son pronostic), de l'étiologie (l'origine de la maladie), et de la pathogénie (les mécanismes selon lesquels l'agent causal produit la maladie). Une nosologie qui puisse apprécier la temporalité des troubles, là où le DSM, au fil de ses éditions, postule un délai de plus en plus court pour affirmer qu'une réaction dépressive n'est pas un simple deuil mais un trouble dépressif sérieux – quinze jours dans la dernière édition du DSM V. De même, une crise d'adolescence avec un moment hallucinatoire ou délirant de moins d'un mois sera classée schizophrénie par notre manuel statistique des désordres, sans tenir compte de l'évolution possible du sujet au-delà de la crise et de son histoire infantile. Ou encore la multiplication impressionnante des diagnostics d'hyperactivité chez l'enfant (TDAH), et la prescription obligée de son correcteur, la méthylphénidate (Ritaline), pour que ces enfants « troublés » rentrent dans le rang des consommateurs tranquilles. Une nosologie, enfin, qui ne néglige pas la perspective plus favorable des névroses (lesquelles, sans intérêt pharmacologique pour les auteurs du DSM, n'y figurent quasiment plus).

Pour décrire cette nosologie psychanalytique revisitée, je partirai de Freud, qui a tenté une description des névroses, des troubles narcissiques (nos futurs états-limites) et des psychoses en s'appuyant sur une théorie des stades du développement. Une nosologie qui a été prolongée par ses élèves (notamment Karl Abraham) d'une façon parfois un peu trop rigide. Cette théorie d'un temps linéaire suppose un développement progressif et des fixations traumatiques à des stades pulsionnels (oral, anal, phallique), qui vont permettre l'éclosion, dans l'après-coup de la puberté, de toutes les pathologies possibles. Le refoulement pour les névroses, ou le clivage pour les états-limites, et la répétition mortifère de ces fixations traumatiques, assurent le développement en après-coup de ces troubles, amplifiés le cas échéant par un facteur génétique ou épigénétique (l'aggravation d'un défaut génétique par un facteur environnemental précoce, notamment dans les psychoses ou les maladies psychosomatiques).

Mais Freud a assez vite abandonné les schémas de ses premiers écrits qui décrivaient les fixations traumatiques en strates, selon les âges, tels qu'on les voit dans l'*Esquisse* ou les *Lettres à Fliess*. Il s'intéressera ensuite davantage à la singularité des histoires de cas, dans lesquels on découvre une intrication des fixations pulsionnelles provoquées par les traumatismes de la vie sexuelle avec le développement du Moi et des représentations dont il dispose pour contenir la compulsion répétitive à la décharge, au service de la pulsion de mort.

Notre nosologie va donc s'inspirer des tentatives de Freud, selon les trois axes qu'on peut découvrir en parcourant son œuvre. Deux de ces axes sont linéaires, selon un développement temporel qui va des stades les plus archaïques jusqu'aux plus évolués, non sans boucles régressives qui compliquent encore le schéma nosologique. Le troisième est un axe latéral qui traduit la diversité des structures familiales et des composantes de l'Œdipe qu'elles induisent, d'une famille à l'autre, ou d'un mode anthropologique à l'autre également.

– Le premier axe est celui du développement pulsionnel, selon des stades qui centrent l'expression du désir et des compétences du sujet depuis l'enfance : stades oral (de la naissance à six mois), anal (de six mois à trois ans), phallique (de trois ans à six ans), puis génital (après la puberté), selon Freud et Abraham [1924]. Sur cet axe, des traumatismes vont produire des fixations et faire retour sous forme de décharges plus ou moins perturbantes, selon la nature des défenses mises en jeu.

– Le second axe est celui des mécanismes de défense et de contenance contre la décharge et la compulsion de répétition qui fait se reproduire les vécus traumatiques. Il s'agit d'un axe développé par Freud dans un second temps, à travers le narcissisme et la libido investie dans le développement du Moi. Cet axe sera ensuite plus élaboré, notamment par Maurice Bouvet et Jean Bergeret en France. Cet axe se déploie du Moi-idéal en tout ou rien au début, jusqu'au Moi capable de gérer ses pulsions grâce à un appareil représentatif

suffisant, soutenu par le couple protecteur et défensif du Surmoi-Idéal, qui contient la décharge grâce à la capacité de jugement et au principe de réalité.

Ces deux axes linéaires permettent déjà une première évaluation nosologique des symptômes et des pathologies qui les sous-tendent, avec une certaine complexité qui évite les simplifications excessives du style DSM. Surtout si on ajoute la capacité qu'ont les sujets à régresser selon les circonstances et les environnements à différents stades antérieurs, ce qui multiplie la notion d'après-coup, lequel ne se limite plus, ainsi, à celui de la puberté.

De même, il faut tenir compte du fait que les traumatismes qui entraînent des noyaux de fixation dans le développement des capacités psychiques ne sont pas toujours visibles. La répétition de micro-traumatismes précoces ou la carence d'un soutien essentiel sont tout aussi graves, parfois même davantage, s'ils entraînent plus qu'un refoulement, un clivage ou la forclusion d'une représentation essentielle pour la capacité psychique et la construction d'un tissu fantasmatique suffisant pour le roman familial du sujet et la figuration de son désir. Et qui dit noyau de fixation dit aussi possibilité de fixations multiples, à différents niveaux de la construction psychique (une part névrotique, une part limite, une part psychotique ou psychosomatique). Cela justifie la complexité nécessaire d'une vraie nosologie.

Mais pour tenir compte de la richesse de la clinique et de la diversité des pathologies, il faut encore un troisième axe, non linéaire dans le sens du développement de la pulsion ou du narcissisme, cette fois, mais horizontal, décrivant une diversité des mécanismes de défense et des buts pulsionnels ancrée dans la palette des fantasmes originaires qui constituent l'Œdipe. L'être humain, comme le peintre, dispose en effet d'une palette de couleurs, d'émotions et de styles, une chorégraphie de mouvements qui vont des plus primaires aux fantasmes élaborés de l'Œdipe et aux structures de la famille (le roman familial) dans laquelle le sujet construit son identité, sa subjectivité et son désir. Ainsi selon

les cas dominent la castration, la séduction, la scène primitive, le désir de retour intra-utérin ou le meurtre cannibalique.

Nous voyons toute la complexité du psychisme humain ainsi à l'œuvre pour aboutir à un être à peu près normal, suffisamment névrosé mais pas trop, capable d'intégrer tous les fantasmes de l'Œdipe et d'ainsi sublimer son désir grâce à une capacité à différer l'action et à adapter ses buts à la réalité. Et la multiplicité des ratés de cette évolution qui conduit tantôt à des névroses, tantôt, plus sévères, à des troubles narcissiques ou limites, des somatoses ou des psychoses.

Je ne prétends pas dans cet ouvrage donner une somme complète de la psychopathologie, comme a pu le tenter G. Pirlot[4], mais juste un aperçu de ma pratique personnelle avec certaines pathologies fréquentes, qui m'ont semblé une source d'enseignement pour la stratégie à adopter par le psychanalyste, que ce soit à partir de résultats heureux, ou pour les enseignements que donnent aussi les insuffisances qui apparaissent en après-coup (comme des traumatismes) dans le désir du psychanalyste.

Nous commencerons par les pathologies qu'on peut relier à des fixations sur l'axe du développement psychique de la libido et du narcissisme, selon leurs différents niveaux de gravité.

Les névroses sont l'expression d'un dépassement des stades primaires de la pulsion, dont le point de fixation se situe vers le stade phallique de l'enfant (de trois à six ans) et entrave l'évolution vers la génitalité post-pubertaire. Les fantasmes sont élaborés jusqu'à leur mise en traces verbales, le Moi est capable de contenir pour une part ses pulsions en conflit avec le Surmoi-Idéal, qui les refoule sans trop les agir. La sublimation de l'Œdipe (un terme que je préfère à celui utilisé par Freud [1923], de « disparition du complexe d'Œdipe ») est certes incomplète, bloquée par certains fantasmes. Un fantasme originaire peut dominer les autres, sans toutefois les faire disparaître. Nous avons alors une structure névrotique qui se laisse analyser par le langage,

4. *Classifications et nosologies,* 2013.

la libre association et le transfert, pour rétablir l'harmonie entre les différents composants de l'Œdipe. Le refoulement est le mécanisme de défense prédominant, ce qui rend son analyse relativement aisée à travers les retours du refoulement dans les lapsus, les rêves, le transfert et les associations libres du patient. Ceci peut avoir lieu dans un cadre classique, même si l'adaptation à chaque sujet reste nécessaire, du fait de points de fixation non névrotiques, ou dans la stratégie interprétative qui varie d'une névrose à l'autre (hystérie, phobie, névrose obsessionnelle ou autre), comme nous le verrons.

Lorsque le niveau de fixation est encore plus précoce, ou plus traumatique (notamment du fait de sa résonance avec une des crises essentielles de la vie), nous aurons les états-limites ou les névroses narcissiques. Ici, la représentation imaginaire, même constituée sous la forme d'un fantasme oral (cannibalisme), anal (sadomasochisme et régression au ventre maternel), ou encore phallique (selon le mécanisme du déplacement séducteur) ne contient pas suffisamment la décharge. Le clivage et le déni, l'identification projective et l'agir, vont juste limiter la menace d'une chute dépressive, évitant une désorganisation ou un effondrement. Mais l'état-limite est, pour Jean Bergeret [1995], une organisation plus fragile, moins fixée que les deux autres structures. Ce qui domine est le Moi-idéal narcissique, une forme peu élaborée de l'Idéal du Moi, dans un choix d'objet anaclitique ou fétichique, et la prédominance d'une libido narcissique.

Pour les pathologies les plus graves, le mécanisme en jeu est la forclusion d'un représentant majeur de la structure psychique du sujet, de son Œdipe, sous l'effet de multiples traumatismes irreprésentables qui atteignent la constitution d'un formant essentiel du psychisme. La forclusion d'un fantasme fondamental, fixé au niveau oral primaire et au stade de la forme sensori-motrice, va entraîner une pathologie psychotique ou psychosomatique dans laquelle la représentation ne se dégage pas de la perception et de la motricité (hallucinations, comportements auto-calmants, etc.). Dans ces structures, les mécanismes de défense qui l'emportent sont le déni d'un secteur de la réalité et

le clivage du Moi, qui aboutit à la confusion hallucinatoire ou à une désorganisation psychosomatique. La confusion symbiotique, le morcellement et la position schizo-paranoïde l'emportent sur la position dépressive de M. Klein, ce niveau qui était l'enjeu spécifique des pathologies limites.

Notre nosologie, nous l'avons dit, gagnera encore en complexité grâce à l'axe horizontal de la diversité des caractères, à un niveau de développement équivalent cette fois, indépendamment de la gravité des troubles, mais selon les modes de défense privilégiés et les organisations propres à chaque sujet. C'est la fixation prédominante d'un des fantasmes originaires qui constituent normalement l'Œdipe qui permettra ici la définition de ces différentes lignées psychopathologiques. Les mécanismes de défense sont comme les lignes du cristal du Moi décrits par Freud dans *Les nouvelles conférences* [Freud, 1932]. Ils sont proches des mécanismes de figuration du rêve ou des formes sensori-motrices, ces premières ébauches de la symbolisation. Des lignées qui rappellent les « hypothèses de base » de Bion, les « complexes familiaux » de Lacan, et surtout les lignées psychosomatiques de *L'enfant et son corps* de Michel Fain [1974]. Ainsi, dans le rêve, le déplacement, la condensation, le retournement en son contraire, la censure et la répétition sont des mécanismes de figuration qui utilisent l'image pour contenir la décharge motrice de la pulsion – des formes motrices de figuration qui partent de l'émotion, de leurs formes sensori-motrices, pour aller aux images en mouvement du rêve, jusqu'à leur traduction en paroles au moment de l'éveil. Mais ces mécanismes de base peuvent être exagérés par une prédisposition personnelle ou par l'environnement, sous l'effet d'une fixation traumatique précoce ou répétitive.

Ces lignées psychopathologiques sont pour moi au nombre de cinq, pour suivre l'idée des mécanismes du rêve, des formes motrices et des fantasmes originaires. Freud, au début, avait décrit trois fantasmes originaires, puis quatre dans l'*Homme aux loups* [1918], en évoquant le fantasme de retour au ventre maternel. Mais il ajoutait : « ou plus ».

Pour parvenir au chiffre de cinq, j'y ai adjoint, comme je l'ai évoqué plusieurs fois[5], le meurtre cannibalique du rival œdipien, central dans l'Œdipe, et quasi phylogénétique pour Freud.

1) La première lignée est dans le fil du mécanisme psychique primaire du déplacement (mécanisme du rêve et du symptôme), qui peut se rattacher au fantasme originaire de séduction. Dans sa forme positive, il traduit l'attirance ou la curiosité, et dans sa forme négative, la peur ou la fuite. Les pathologies qui voient ce fantasme refouler les autres sont *la névrose phobique* (qui, à la séduction, associe souvent l'angoisse de castration), pour le niveau névrotique ; l'hyperactivité, la séduction hypomaniaque ou les conduites à risque en sont les formes limites, des sortes de névroses de caractère contra-phobiques. Dans les formes les moins mentalisées, nous aurons de multiples somatisations allergiques, à l'origine de *l'asthme* et *de nombreuses maladies auto-immunes.*

2) La seconde lignée, dans le fil du mécanisme psychique primaire de la condensation, permet l'imitation, l'identification et l'assimilation de l'objet, à son image. Sur le plan émotionnel, l'admiration en est le versant positif, et la honte, le versant négatif. Sa fixation est à l'origine de toutes les pathologies résultant d'un excès d'identification et de soumission au Surmoi-Idéal, ou à ses formes primitives (idéalisation). Au niveau des fantasmes refoulés d'ordre œdipien névrotique, nous avons le meurtre cannibalique et l'identification au rival, propres à la *névrose obsessionnelle* dans sa forme centrée sur l'ambivalence envers le rival (entre l'admiration et le mépris). À un niveau moins élaboré, dans *l'anorexie mentale*, le cannibalisme prend une forme agie, avec un contre-investissement du fait d'un Idéal du Moi pathologique qui peut parfois confiner à la psychose.

3) La troisième lignée est celle qui correspond au mécanisme du retournement en son contraire (un des mécanismes du rêve selon

5. Duparc, 1991, 2007, 2017.

Freud) et à l'ambivalence, au conflit entre l'amour et la haine. Elle fait penser au fantasme originaire de scène primitive, qui, au-delà du plaisir de l'amour et de son rôle créatif, donne à l'enfant qui en est exclu l'impression d'une bagarre violente entre un parent actif et un parent passif, dans le va-et-vient du coït. Au niveau névrotique, le retour de ce fantasme induit des crises hystériques, des mouvements contradictoires symbolisant l'attirance et le rejet. Au niveau limite, nous aurons les symptômes hypocondriaques et les douleurs chroniques, et en cas de véritable forclusion de la scène primitive, différentes formes de paranoïa. Dans les formes les plus précoces de ce défaut de représentation dans les soins parentaux, nous aurons même les coliques du nourrisson, les spasmes du sanglot et certaines formes d'épilepsie.

4) Une quatrième lignée de pathologies se rattache au fantasme de castration, sous formes limitées, pour contenir les fantasmes incestueux de la névrose, ou sous formes plus graves, à type de chute, d'effondrement, menaçant de clivage du Moi et de morcellement. Dans le rêve, c'est le mécanisme de la censure, qui va du simple blanc à la censure « russe » (disait Freud), jusqu'aux rêves typiques de chute, qui sont souvent des cauchemars. Les pathologies névrotiques se manifestent par des deuils difficiles et des *dépressions* bénignes. Les dépressions plus sévères motivées par un deuil ou un *burn-out*, pathologie de notre temps, relèvent d'états-limites souvent qualifiés de « bipolaires ». Mais ce n'est que dans les formes les plus graves qu'on peut parler de psychose, avec la *mélancolie* suicidaire. Les formes les plus graves résultent de l'absence totale de représentation des manques ou des deuils, ce qui va induire la *dépression essentielle*, une sorte de névrose actuelle qui peut aboutir à une expression somatique : une dépression immunitaire inductrice de pathologies infectieuses ou tumorales.

5*)* La cinquième et dernière lignée est liée au fantasme de retour au ventre maternel, où la répétition régressive d'un vécu primitif se traduit par un retour obstiné du même, des rêves répétitifs, ou la figuration de rêves dans le rêve. Sa forme névrotique est une des deux formes de la *névrose obsessionnelle*, ici plus marquée par les *rituels* et la rumination

obsédante des mêmes pensées orales ou anales (de préférence). Lorsque la mentalisation est réduite, ce sont plutôt des gestes répétitifs, des tics, qui calment les angoisses et font penser à une névrose de caractère, à un état-limite proche de la psychose. Les *addictions* et les *toxicomanies* en sont une autre forme. On peut y rattacher le comportement ultra précoce du *mérycisme*, cette rumination du bol alimentaire par le nourrisson décrite par Michel Fain [1974], avec repli sur soi, sorte de « jeu de la bobine » à l'intérieur du corps, sans représentations. Inaperçu, il peut se prolonger par une encoprésie (rumination du bol fécal), et précéder une *pathologie perverse, ou psychotique* (schizophrénie), par la rumination des sensations du corps propre (la cœnesthésie), des perceptions ou du langage dans l'hallucination.

Je ne m'étendrai pas plus sur cette ébauche de nosologie (déjà abordée dans mon livre sur *Le travail du psychanalyste* [2017]), mais je terminerai en justifiant une démarche clinique prenant en compte l'histoire des troubles depuis l'enfance, la structure familiale et sociale dans laquelle le sujet se constitue et qui oriente ses mécanismes de symbolisation et de défense, et la résonance des traumatismes et des crises vécues aux différentes étapes de son développement psychique. Cette démarche permet une stratégie de l'interprétation, voire une stratégie de soutien ou d'adaptation du cadre en fonction des lignées et des répétitions des traumatismes vécus. Nous verrons, au fil de notre parcours dans ces différentes pathologies, comment opérer cette construction du cadre afin d'éviter la répétition mortifère ou l'aggravation des troubles, tout en sachant modifier la technique lorsque de nouvelles orientations apparaissent au cours de l'évolution de la cure, notamment par l'analyse de son contre-transfert par l'analyste.

La stratégie n'est pas la même selon le niveau de gravité des troubles et des mécanismes de défense, s'il faut réduire un clivage ou un refoulement, une confusion ou une dissociation du moi, une carence représentative ou un souvenir refoulé. Un soutien actif s'impose face aux agirs qui menacent les bases même du travail psychique et les

paramètres de la cure (la neutralité bienveillante, la libre association, l'interprétation ou la construction, le jeu du transfert et du contre-transfert). Une stratégie différente s'impose pour lutter contre le transfert sur le cadre du négatif du patient, selon son style ou sa lignée de référence : l'écoute et la présence bienveillante du psychanalyste joueront un rôle important face à un sujet dépressif qui ressentirait un trop grand silence de l'analyste comme une résonance traumatique avec les manques qu'il a vécus. Une pose de limites, une scansion de la parole, seront parfois indispensables pour laisser émerger les émotions lorsque le sujet tend à les fuir dans une pensée maniaque ou une libre association en flux continu de paroles. Face à d'autres sujets, l'analyste ne doit pas craindre des interprétations explicatives, en rappelant l'interdit de la répétition et de l'agir face à la décharge et aux séductions excessives. Ou encore, des interprétations psychodramatiques qui soulignent le jeu du transfert et du contre-transfert sont une mise en scène et une ébauche de reconstruction historique ; un recours à la créativité artistique peut même être indiqué pour dénouer des fixations obsessionnelles limites ou des replis de nature psychotique.

J'ai développé ces principes stratégiques dans mon livre sur *Le travail du psychanalyste* [2017], mais je veux maintenant les confronter avec l'aventure clinique, qui dépasse toujours la théorisation, par les éclairages inattendus qu'elle apporte comme par ses interrogations sur des points obscurs encore à explorer.

OUVERTURES PSY

La clinique du psychanalyste aujourd'hui :
une pratique ouverte, un cadre sur mesure

Comment adapter la psychanalyse aux demandes de plus en plus variées de nos sociétés contemporaines ? Comment offrir à chaque patient un cadre « sur mesure », plutôt qu'un « prêt-à-porter » ? François Duparc s'appuie sur sa longue pratique et sur sa théorie pour nous livrer une réflexion sur la transformation nécessaire à la clinique psychanalytique d'aujourd'hui. Face à la technique standard convenant aux névroses, il propose une adaptation du cadre de la cure prenant en compte la diversité des patients et leurs clivages, ouvrant la psychanalyse à des indications de doubles prises en charge, de thérapies analytiques en face-à-face, de psychodrame, de médiations thérapeutiques ou de relaxation psychanalytique.

Hystérie, phobie, dépression, anorexie, états-limites, psychose, paranoïa, psychosomatique… À chaque fois, l'auteur s'attache à comprendre la multiplicité des traumatismes aux différents âges de la vie, leurs conséquences en terme de pathologies, et les stratégies que celles-ci vont rendre nécessaires. Une véritable stratégie de l'analyste qui s'engage contre la souffrance ou la défaillance psychique des patients qui le consultent. Un ouvrage novateur et le socle d'une réflexion propre à faire évoluer la pratique psychanalytique en profondeur.

François Duparc est psychiatre, ancien interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine et psychanalyste. Membre titulaire formateur de la Société Psychanalytique de Paris (SPP) et de l'Institut Psychosomatique Pierre Marty de Paris, il a présidé le Groupe Lyonnais de Psychanalyse Rhône-Alpes et exerce à Annecy.

21 € TTC France
ISBN : 978-2-84835-429-3
Visuel de couverture : ©fotolia_lolloj

9 782848 354293

• EDITIONS IN PRESS •
www.inpress.fr

Avec le soutien du CNL CENTRE NATIONAL DU LIVRE