

Travail du rêve, travail du deuil

Lorsqu'on m'a demandé, il y a quelques mois, un titre pour ces journées, c'est celui-ci qui m'est venu à l'esprit. Et était clair pour moi d'emblée que, bien avant de savoir ce que j'allais pouvoir raconter sous ce titre, il s'agissait avant tout d'une démarche en négatif par rapport à ce mouvement actuel d'évaluation, de quantification, d'adéquation, de recensement du geste thérapeutique et de celui qui ne l'est pas...

Que A partage à La Borde la chambre de B, que C et D, maintenant sortis depuis 2 ans et se retrouvant habiter la même ville, décident de prendre un appartement ensemble, est-ce que ce sera « thérapeutique » ou au contraire nocif, régressif, voire pervers ? Ce type de question se pose à chaque instant. Et comment pourrions-nous y répondre ? D'autant que si je pense au couple que forment E et F, couple mixte celui-là, je dois bien dire que cet assemblage – où l'un était la béquille de l'autre – a fonctionné un an ou deux de façon très positive, facteur d'équilibre et de resocialisation, avant de devenir, comme c'est le cas actuellement, un système spéculaire où chacun met son inertie sur le compte de celle de l'autre – ce qui annule toute tentative de prise en charge thérapeutique de l'un ou de l'autre.

On peut dire que travailler avec des psychotiques est l'une de ces professions « impossibles » dont parle Freud. Ce sont d'ailleurs plutôt des fonctions : « éduquer, gouverner, psychanalyser » ; tâches impossibles « parce que, dit-il, on peut y être sûr par avance de n'obtenir que des résultats insatisfaisants »¹. Freud aborde d'ailleurs dans ce texte des problèmes qui sont, si l'on peut dire, notre pain quotidien, et en particulier, cette question – contenue dans le titre, dont ce n'est pas par hasard si sa traduction déchaîne les passions – cette question qu'en transposant un peu on pourrait formuler ainsi : Quand, et dans quelles conditions peut-on, sans trop de risque, cesser une prise en charge ? Étant bien entendu que rien ne peut garantir que la décision soit judicieuse.

Contrairement à ce qu'une logique administrative voudrait nous faire croire, nos décisions, nos actes, notre choix de tel ou tel type de prise en charge ne relèvent pas d'une logique déductive type syllogisme (règle, cas, conclusion) dans laquelle, disposant d'une règle générale, il suffirait de l'appliquer au cas particulier pour obtenir le bon résultat. C'est évidemment un peu tentant parce que ça permettrait d'éviter quelques problèmes de conscience.

Le degré d'indétermination dont je parle n'est donc pas de l'ordre du « général » que l'on pourrait rapprocher d'une logique des statistiques ou des probabilités, et dans laquelle il est possible d'estimer, pour tel type de patient, la probabilité avec laquelle tel facteur produira tel effet. Cette logique fonctionne, bien sûr (je pense en particulier à l'instauration du traitement chimiothérapeutique). Mais elle ne recouvre qu'une partie de l'indétermination de notre travail : nous nous retrouvons au contraire à chaque instant – qu'on soit infirmier ou médecin – devant une situation inédite, absolument nouvelle, que nous devons affronter dans une entière responsabilité, avant tout devant nous-même et sans garantie autre.

C'est évidemment notre désir de maîtrise qui se trouve ici tenu en échec c'est-à-dire une dimension « moïque ». Il serait d'ailleurs intéressant de faire le catalogue des moyens qui visent à réduire cette dimension d'incertitude, et plus exactement à la dénier comme « vague » pour la recouvrir de l'uniforme du « général », et ce dans toutes les « tâches impossibles » dont parle Freud.

Par exemple, dans l'éducation Nationale, on ne parle plus d'éducation, mais d'instruction. L'obligation de suivre un « programme » à la lettre et dans un temps donné, l'existence d'inspecteurs qui « savent » ce que doit faire et ne pas faire un « bon » instituteur ou un « bon » professeur, et même jugent et notent le travail de tel ou tel sans avoir à tenir compte de « qui » sont les élèves qui reçoivent son enseignement, vont dans ce sens de réduire l'indétermination à l'indéfini du « général ». Les analystes, pour leur part, ont de plus en plus tendance à s'accrocher à une méthode. Ce n'est pas par hasard que beaucoup de leurs regroupements s'appellent des « écoles ». Là aussi, c'est souvent l'analysant qui doit s'adapter à la technique de son analyste. Les « inadéquats » à cette technique s'appellent ici des « inanalysables ».

Quant à la difficulté de « gouverner », vous avez sans doute remarqué que depuis un certain temps la problématique de l'art de gouverner est reléguée au second plan. C'est un « bénéfice » du suffrage universel que de l'avoir transformée en art de gagner des voix aux élections. Ce qui, là aussi, consiste à privilégier le « général ».

Et dans le domaine de la psychiatrie ? On assiste actuellement à des phénomènes de cet ordre. La machine à dénier l'indétermination pour en faire de l'indéfini de l'ordre du général est déjà bien en marche. Et puisqu'on est à l'heure de l'Europe, je voudrais vous apporter une petite information sur ce qui est mis en place actuellement en Allemagne. Un groupe de psychiatres tourangeaux (publics et privés) s'est « jumelé » avec un groupe de psychiatres d'une région de la Ruhr pour comparer leurs conditions de travail. Voici un petit aperçu de ce qui se pratique outre-Rhin en psychiatrie.

D'abord, d'une façon générale, un psychiatre ne peut pas dépasser le nombre de 3 consultations psychiatriques pour un même patient. Il n'est autorisé à le faire qu'à partir d'un diagnostic, et à partir de ce diagnostic, il peut

alors effectuer un certain quantum de séances. Pour tel type de cas : 50 séances. Pour tel autre type de cas : 100 séances. Ensuite, pas question d'une 51e ou d'une 101e séance : le patient est légalement guéri. On voit bien que le dilemme posé par Freud : prise en charge terminée, prise en charge interminable, date du siècle dernier...

Alors, si j'étais un petit peu philosophe, je dirais qu'il y a une tendance étatique – et dont nous sommes un peu complices – à réduire à une logique du « général » ce qui est de l'ordre d'une logique du « vague » (je reprends ces notions de Charles Sanders Peirce).

Pour préciser un peu ce que ça veut dire, j'emprunte un exemple à Peirce. Puisqu'il s'agit de logique, il s'agit de propositions. Une phrase telle que « Philippe est sobre », peut s'entendre de deux façons. Dans la logique du général, elle signifie que « sobre » est une détermination de Philippe, qui le caractérise : la sobriété décrit (en partie) Philippe. Dans la logique du vague, dire que « Philippe est sobre » ne dit rien de l'état dans lequel il était hier, ou plutôt si – mais implicitement : l'assertion implique plutôt au contraire (c'est un des phénomènes étranges du langage) que la sobriété n'est pas son état habituel.

La distinction des deux logiques est de fait présente dans le langage ; par exemple, la contradictoire de « Philippe est sobre » est, dans le registre du général : « Philippe est alcoolique » ; dans le registre du vague, la contradictoire de « Philippe est sobre » est : « Philippe est ivre ».

Si maintenant je reprends mon titre : « Travail du deuil, travail du rêve », un autre degré d'indétermination apparaît. Et comme de cette indétermination-là, Peirce à ma connaissance ne parle pas, j'ai eu recours, pour l'introduire, à mes vieux souvenirs de physique. Au minimum, on peut se contenter de se souvenir qu'en mécanique, le travail est défini comme le produit d'une force par son déplacement. Pour les puristes, je rappellerai qu'en physique, l'équation de dimensions du travail est L^2MT^{-2} (Longueur au carré, que multiplie la Masse, sur le Temps au carré). Autrement dit, la notion de travail inclut un déplacement ; pour les curieux, je signale que l'équation de dimensions du travail est identique à celle de l'énergie. Mais ce qui m'intéresse pour ce que j'ai à dire maintenant ne concerne pas la force, ni l'énergie (ce sera pour une autre fois ?), mais le déplacement. Dans la notion de travail est incluse celle de déplacement.

Ce déplacement, dans notre travail, quel est-il ? Eh bien, on en parle sans arrêt : avec « Machin », ça progresse ; « Truc », il régresse ; dans telle prise en charge, on fait du surplace, on piétine, on pédale dans la choucroute (ou dans le yaourt, ça dépend du goût de chacun). Ou au contraire : on a franchi un cap, on arrive à un tournant ; dans la prise en charge de Y, ça bouge en ce moment, ou ça n'avance pas... etc.

Parce que, quand même, quand on prend en charge quelqu'un, c'est bien pour qu'il n'en reste pas au même point que quand il arrive pour la première fois. C'est donc lui qui va devoir accomplir un certain parcours – c'est-à-dire effectuer un certain travail : travail du rêve, travail du deuil.

Alors, nous, pendant que l'autre travaille, pendant qu'il accomplit un certain parcours, qu'est-ce qu'on fait ? Souvent, on dit qu'on l'accompagne. D'où l'expression d'« accompagnant » qu'on utilise parfois pour désigner un infirmier. Alors, si l'autre a bougé, s'il a pu « avancer un peu » et si on a réellement été son accompagnant, on a forcément bougé avec lui c'est-à-dire qu'on a, nous aussi, effectué un travail.

Étymologiquement, accompagner, ça veut dire qu'on partage le même pain. Mais le pain, c'est lui, le patient, qui le sort de sa musette. Autrement dit, c'est lui qui nous conduit sur ses itinéraires à lui. Et nous bien sûr, on ne peut que le suivre (c'est d'ailleurs comme ça qu'on dit : qu'on « suit » quelqu'un). Donc, c'est lui qui nous y mène, et quelquefois même, il en profite pour nous mener en bateau. Il y en a même qui tentent de nous embarquer pour Cythère. Mais parfois aussi, il faut accompagner Orphée aux enfers.

Dans cet accompagnement, il y a quelque chose d'étrange. C'est lui, le patient, qui nous conduit, à travers les cercles plus ou moins vicieux de ses automatismes de répétition, au fil de ses associations, au gré de ses acting-out, ou au hasard de ses rencontres. C'est lui qui nous conduit, mais nous, qui ne faisons que le suivre, c'est nous pourtant qui devons lui permettre de s'orienter.

Il nous promène dans son paysage, et c'est dans son propre paysage que nous le suivons, et c'est dans son propre paysage (le sien, pas le nôtre) que nous devons lui permettre de tracer son propre chemin – chemin-cheminant, dit le poète – chemin qu'il tracera en marchant.

Voilà qui amène un autre aspect de notre problème de l'indétermination. Car alors, on peut se demander : qui travaille ?... Celui qui mène, ou celui qui suit ? L'aveugle, ou le paralytique ?

Je sais bien qu'il serait parfois tentant de se transformer en géomètre, de prendre une pelle et une pioche, et de tracer un chemin tout fait devant notre patient, en aplanissant les difficultés et en arrondissant les angles. Ou de se transformer en paysagiste dont la tâche serait de mettre de l'ordre dans ces fouillis, de tracer des allées, d'assainir les marécages, et de passer du désherbant partout, pour ensuite planter les arbres adéquats selon un modèle pré-établi.

Mais nous ne sommes que des accompagnants et ces outils ne sont pas les nôtres.

Être ce géomètre ou ce paysagiste, c'est sans doute notre rêve. Je veux dire un fantasme toujours présent.

Renoncer à être ce géomètre ou ce paysagiste, c'est en fait notre deuil de chaque jour.

Et dans ce paysage qui est celui de l'autre, comment pouvons-nous prétendre lui permettre de s'orienter ? Avec quelle boussole ? Et à partir de quels points de repère ?

Quand j'en arrive à une question qui m'embarrasse, j'ai un truc : je laisse un cas clinique me venir à l'esprit. C'est un « truc » qui généralement ne me fournit pas plus de réponse, mais qui a l'avantage de présenter autrement la question.

Alors, je fais ici comme pour moi, et je vais vous parler de Carole. Carole nous est adressée pour des épisodes dépressifs à répétition. À l'issue de sa quatrième hospitalisation en un an, le service qui habituellement la reçoit nous demande de la prendre en charge. Elle est suivie en psychothérapie depuis trois ans et prend scrupuleusement son traitement.

À son arrivée, je la trouve triste (triste plus que déprimée). Mais, surtout, elle présente une très grande difficulté à parler. Pourtant, on s'aperçoit vite que le « dire » (comme dirait Oury) fonctionne bien, et ça se manifeste partout ; dans ses contacts avec les malades, dans sa façon « juste ce qu'il faut » de se brancher sur les activités, d'utiliser les rouages de l'institution... c'est-à-dire partout ailleurs que dans la parole. Elle a de très bonnes relations avec l'ensemble de l'équipe. Mais elle ne peut rien dire d'elle. Ça ne passe pas la barrière des dents. C'est comme si le son de sa propre voix lui faisait peur. (Bizarre ! Sa passion, c'est le chant). Entre le dire et le dit, il y a une sorte de hiatus.

Mais quand même, elle parvient à m'en dire un tout petit peu plus sur elle qu'à toute autre personne de l'institution. Sa mère était maniaco-dépressive. Deux hommes avec qui elle a vécu se sont suicidés. Sa mère est décédée il y a quatre ans d'une T.S. (une de plus !) qui a « réussi ». Elle mettra beaucoup de temps à me dire que son père, professeur de langue, est un adepte de la secte de Gurdjieff, dont le temps libre tout entier est occupé par la lecture des œuvres du maître.

Voici donc ma petite séquence :

Carole vient à son entretien en me disant qu'elle ressent une forte angoisse. Ça commencé la veille. Elle s'était souvenu d'un rêve très ancien : elle était debout, et des vers lui sortaient des mains. D'elle-même, elle situe ce rêve après le suicide de son premier ami.

Juste avant, elle avait pensé à sa mère ; une « image » s'était imposée à elle avec force : le souvenir d'une visite qu'elle avait faite à sa mère, après que sa mère ait été « sauvée » (l'expression est de Carole) d'une T.S. précédente. Ce qui domine dans son souvenir : le fait qu'elle-même, Carole, n'avait pas pu parler.

Quinze jours après, le même souvenir ressurgit avec force. Mais il apparaît alors que l'image semble bien en recouvrir une autre : celle de sa toute dernière visite à sa mère, qui, cette fois, est morte de sa T.S. (Dans les deux cas la mère avait ingéré des produits d'entretien).

Au moment où l'image de la mère « morte » se découvre sous celle de la mère « sauvée », c'est un souvenir personnel qui s'impose à moi : celui de ma propre visite à mon père qui vient de mourir. L'image passe en un éclair, mais avec une très forte intensité ; mais en même temps, dans ce mouvement par lequel se révèle que l'image de la mère sauvée n'était que le voile de l'image de la mère morte, une évidence m'apparaît, presque comme une nécessité logique. Et je la communique à Carole, avant même de l'avoir vérifiée dans mes souvenirs. Cette évidence, c'est que l'image de la mère sauvée – voile de la mère morte – s'est compulsivement imposée à Carole au cours de mes deux dernières absences.

Effectivement, je n'avais pas à vérifier dans la chronologie l'exactitude de ma certitude : Carole me dit qu'elle y avait déjà pensé.

Voilà. Cette séquence n'aura apporté aucune réponse à mes questions de tout à l'heure. Mais je crois qu'elle en contient quelques éléments, tels qu'ils sont imbriqués dans leur logique à eux. Je ne peux personnellement la présenter, cette séquence, que comme une sorte de paradigme.

Ce qui ne veut absolument pas dire qu'elle ne soit pas analysable ; bien au contraire : il me semble que ce serait, pour moi au moins, plutôt de l'ordre de l'analyse d'un de ces rêves que l'on travaille pendant des années – je n'ose pas dire jusqu'à la mort.

Mais sortons un peu des enfers.

Il me faut maintenant préciser ces notions, dues à Peirce, de logique du vague et de logique du général, qui sont souvent assimilées l'une à l'autre (en tant que toutes deux sont des logiques de l'indéterminité partielle), mais qui, en réalité, s'opposent l'une à l'autre.

La logique du général est, en gros, celle du syllogisme et de la loi générale.

« Tout homme est mortel – Quel homme ? – Celui que vous voulez, cet homme-là est mortel ».

La logique du général, c'est la logique de la psychiatrie de la Ruhr, dont je parlais tout à l'heure. « Tout névrosé est guéri en 100 séances – quel névrosé ? – N'importe lequel, celui que vous voulez, ce « n'importe lequel est guéri en 100 séances »

Pour Peirce, la logique du général n'obéit pas au principe du tiers exclu ; le principe du tiers exclu est ce qui pose l'alternative : ou bien ceci, ou bien cela, il n'y a pas de tiers. Il énonce que deux propositions contradictoires ne peuvent être fausses ensemble.

La logique du général, qui, par définition, échappe au principe du tiers exclu, permet par exemple de dire qu'un homme en général n'est ni un homme ni une femme. Car même si une femme est un « non-homme », elle n'en tombe pas moins, du point de vue du général, sous la loi du « tout homme » qui, selon Socrate, la fait mortelle (tant pis pour moi !).

La logique du vague, elle, est plutôt celle de l'oracle de Delphes : comme lui, « elle ne dévoile ni ne cèle, elle indique » Et ce qu'elle indique prendra sens des événements qui surviennent. Par exemple, il y a de la logique du vague dans le *Praecox Gefühl* de Rümcke : le diagnostic de schizophrénie se fait en un instant, dit-il, et avec un peu d'expérience, on ne s'y trompe pas. Après, on peut toujours s'amuser à faire la liste des symptômes et, même, à la comparer à celle du DSM III. Mais l'acte diagnostique, il est dans ce premier moment de *Praecox Gefühl*, dans l'hypothèse abductive (Peirce) qui conclut « l'instant de voir » (Lacan).

« La logique du vague, dit Peirce, n'obéit pas au principe de non-contradiction. Le principe de non-contradiction énonce que deux propositions contradictoires ne peuvent être vraies ensemble »². Or, depuis Freud, on sait qu'il n'y a pas de négation dans l'Id, et que deux « propositions » contradictoires peuvent y coexister sans se gêner le moins du monde. C'est-à-dire que l'Id échappe au principe de non-contradiction. Sur ce plan au moins, la logique de l'Id est une logique du vague, et les mécanismes à l'œuvre dans le processus primaire – les mécanismes de glissement de sens que constituent le déplacement et la condensation – sont des mécanismes de la logique du vague.

D'une façon plus générale, il me semble que le « travail du rêve », et en particulier ce que Freud en désigne comme le dernier temps : l'élaboration secondaire (*Bearbeitung*), est un travail de « mise en vague » des pensées du rêve ; cette « mise en vague » permet de déjouer la censure : par exemple, cette femme qui est ma mère devient, dans le contenu manifeste du rêve, une femme dont l'identité reste vague.

Le travail « sur » le rêve – son interprétation, de l'ordre du *Durcharbeitung* – va consister, à l'inverse, en un travail de détermination de ce « vague » que constitue le contenu manifeste présenté. Les éléments de détermination seront apportés par une sorte « d'enquête », à partir du repérage des rêves diurnes, et surtout des associations libres.

Ce que je dis là du rêve me semble tout aussi vrai du contenu d'un rêve diurne ou d'un *acting-out* : leur interprétation consiste en un apport de détermination. Il est de la nature du vague d'être comme en « attente » de détermination, et que les déterminations lui soient apportées par des « indices » recueillis (la détermination dans le registre du général est, au contraire, laissée à l'arbitraire du choix du locuteur).

Mais on pourrait dire que l'analyse jungienne – d'un rêve par exemple – est une sorte de « traitement » du rêve, au sens où elle traite le vague comme du général.

Le travail du deuil, quant à lui, est aussi un travail de détermination, mais dans un domaine plus précis : il va consister à déterminer ce qui est « mort », et ce qui est « vivant ». L'identification par incorporation dont parle Freud dans « Deuil et Mélancolie » revient à constituer un « vague » – du : à la fois mort et vivant. Et c'est sur ce vague (à la fois mort et vivant) que va s'exercer le travail de détermination. Ce qui équivaut d'ailleurs à un travail de délimitation (de « séparation ») de la personne propre et de son objet perdu, travail qui revient (je vais vite) à réintroduire le poinçon dans la formule du fantasme de Lacan.

Mais dans le deuil pathologique, on pourrait dire que ce qui était du vague (mort et vivant à la fois) est devenu du général – ce qui se marque cliniquement par le vécu d'un univers « mort-vivant » généralisé. En fait, on pourrait dire que dans le deuil pathologique, c'est la contradiction-même vie/mort qui s'est effacée, il n'y a plus ni vivant, ni mort, mais une sorte de moyen terme indéfini « mort-vivant » qu'on pourrait écrire en un seul mot. Après la mort de sa mère, pendant plusieurs mois, Carole a présenté des accès d'une étrange compulsion : celle d'aller déterrer le cercueil de sa mère (elle ne peut préciser plus avant dans quelle intention). Ne peut-on pas voir dans ce symptôme le désir de situer – au moins spatialement – le territoire du « mort » pour tenter de le délimiter ? Et, plus profondément, ne s'agissait-il pas pour elle de trouver un point de « mort sans vie aucune » qui lui aurait permis de restituer la contradiction vie/mort ? Un point de pure mort, situé dans l'univers comme point exclu de la vie, qui lui aurait permis de construire un espace de vie ?

Ce mouvement de définition d'un point comme : exclu, hors de, extérieur, est la condition de possibilité d'existence d'une structure.

On pourrait donc dire que dans le travail du deuil « normal », il s'agit de déterminer, de délimiter l'espace du mort et l'espace du vivant dans ce qui apparaît comme un « compossible » : mort et vivant à la fois. C'est-à-dire que la contradiction mort/vie est maintenue, et le travail du deuil va consister à réintroduire le principe de non-contradiction dans ce vague « mort et vivant »

Mais dans le deuil pathologique, c'est la contradiction même vie/mort qui s'est effacée au profit d'un moyen terme qui envahit tout l'univers. Le deuil pathologique étant bascule dans le général, le risque est qu'y fasse irruption le principe du tiers-exclu : ou bien tout est vie, ou bien tout est mort. Ou bien l'objet est « maintenu en vie » (délire), ou bien le sujet va suivre son objet dans la mort (suicide).

Ici, une petite pause pour faire le point sur les différents degrés d'indétermination que j'ai essayé de dégager, et qui constituent, bien sûr – et c'est pour cela que j'en parle ici – autant d'aspects de « l'impossible » de notre travail. Un premier niveau d'indétermination introduisait le vague là où la logique du général pose la série des conduites à tenir (C.A.T., en abrégé). Ce premier niveau recouvre ce qu'Oury appelle la problématique du « décideur ». Un second niveau d'indétermination posait du « vague » là où règne classiquement le couple contradictoire agent-patient.

En même temps, cette problématique du « qui travaille ? », en mettant l'accent sur la notion de parcours, introduisait un troisième niveau d'indétermination : si le patient n'en est pas resté au même point, cela implique qu'après, il n'est plus pareil qu'avant (ce en quoi la psychiatrie s'oppose à la médecine). Mais notre problème, c'est que, si on perçoit plus ou moins d'où il part, on ne sait jamais au départ où il va arriver (en arriver). Et pour comble, il n'y a pas même de ligne d'arrivée ! C'est à nous de déterminer à quel moment le parcours peut cesser. Il y a un dernier degré d'indétermination dont je voudrais encore parler – et bien sûr, vous avez déjà deviné qu'il est lui aussi de l'ordre du vague et non de l'ordre du général – c'est ce qu'on pourrait appeler l'indéterminé dans le transfert.

La contradiction est ici celle du transfert dit « positif » et du transfert dit « négatif » – laquelle est l'expression dans le transfert de ce que Freud appelle « conflit ambivalentiel » entre l'amour et la haine. Le terme d'« hainamour » utilisé par Lacan est, typiquement, un terme de « vague » en ce qu'il rassemble deux contradictoires.

Il paraît que la nature a horreur du vide, mais il semble bien que la nature humaine, elle, ait horreur du vague. C'est pour cela que le vague, l'hainamour, explose parfois sous l'insistance du principe de non-contradiction, et devient « conflit ambivalentiel », source de symptôme dans la névrose. En tant qu'il est « compromis symptomatique » – c'est-à-dire un moyen terme – le symptôme n'est pas de l'ordre du vague, mais de l'ordre du général : il vient masquer le tranchant discordantiel de la contradiction – qu'il maintient comme telle cependant. Mais il peut arriver que le « conflit ambivalentiel » soit si intolérable qu'il passe tout entier dans le registre du général : c'est-à-dire que c'est la contradiction elle-même qui s'efface au profit d'un « ni amour ni haine » – c'est-à-dire de l'indifférence affective. (Au passage, on peut noter que le « ni-ni » propre au général est la formule par laquelle Lacan caractérise la position de l'aliénation). Là aussi, l'indifférence affective ne cède que sous la pression du principe du tiers exclu, et on se retrouve dans une situation de « ou bien, ou bien » : ou bien l'amour absolu, ou bien la haine sans nuance. C'est ce qu'on appelle le transfert massif : la précipitation dans l'un des termes de l'alternative ne peut se faire qu'au prix de la « forclusion » de l'autre terme de cette alternative, ce qui correspond à une dissociation (au sens de G. Pankow : la partie, peut-on dire, se prend pour le tout), il ne peut plus y avoir de dialectique entre la partie et le tout. C'est bien pour éviter ce transfert massif – qui va dans le même sens que la dissociation psychotique, et vient même l'amplifier que, depuis déjà un certain temps, quelques-uns se sont aperçus qu'il était préférable de se mettre à plusieurs pour soigner un schizophrène. La multiplicité des points d'investissement (points de transfert, tantôt positifs, tantôt négatifs) permet au moins de ne pas davantage dissocier le sujet (C'est un paradoxe apparent, il faudrait là se reporter à la notion de « transfert dissocié » de J. Oury).

Ce qui est curieux par contre, c'est la résistance que nous apportons à réfléchir à la façon dont le conflit ambivalentiel va s'exprimer dans le transfert névrotique. Vous connaissez tous de ces patients qui, dans une équipe, élisent, si je peux dire, deux soignants : un bon et un mauvais – qu'ils opposent l'un à l'autre. Mieux vaut se dépêcher de reconnaître un « transfert clivé » avant que le bon et le mauvais soignants ne s'étripent dans la réunion dite « de synthèse », parce que, bien sûr, chacun d'eux a tendance à penser que c'est dans sa personne et dans son narcissisme de soignant qu'il est gratifié ou attaqué. C'est-à-dire que si on ne pointe pas tout de suite le « clivage du transfert », c'est l'équipe qui risque de se cliver. À moins que, voyant le danger, l'équipe ne dénonce ce qu'elle considère comme un piège dû à la perversion du patient, coupable de vouloir « foutre la merde » dans l'équipe.

En dirigeant l'amour et la haine sur deux « objets » distincts, notre névrosé s'est « débarrassé » de son conflit. Il peut donc alors se passer de son compromis symptomatique. Et d'ailleurs, c'est fou ce qu'il va bien, un vrai miracle ! Mais effectivement, c'est d'une manière folle qu'il va bien, parce que le clivage entre les deux objets de transfert correspond en fait à un « clivage du moi » du patient. Et si nous pensons alors que « son état ne nécessite plus une hospitalisation », nous agissons d'une manière plus folle encore : c'est que nous prenons son clivage pour un état d'équilibre ! La variante la plus habituelle d'un tel « clivage » du transfert (qui correspond donc en fait à un clivage du « moi » du patient – d'où l'aspect « perversoïde » du phénomène) est naturellement l'opposition du « bon thérapeute » à la « mauvaise équipe ». Alors, si l'on oublie que l'hostilité à l'égard de l'équipe n'est que « l'envers » du transfert positif à l'égard du thérapeute, la prise en charge psychothérapeutique individuelle à l'intérieur de l'institution (ou d'une équipe) devient impraticable et dangereuse : l'hostilité du patient envers l'équipe se manifeste d'autant plus que l'amour de transfert qui soutient le travail psychothérapeutique s'accroît ; le thérapeute est satisfait de lui-même et du travail effectué par « son » patient, mais l'équipe maltraitée, parfois même insultée, se défend en retournant l'hostilité qu'elle reçoit du patient en hostilité envers le psychothérapeute. Le « conflit ambivalentiel » du patient s'est transformé en conflit à l'intérieur de l'équipe. Ça se solde souvent par un abandon forcé de la prise en charge individuelle, et quelquefois par une dépression du thérapeute, dont le travail, se plaint-il, n'a pas été compris par une équipe bornée ; ou par la décision implicite de l'équipe de se désintéresser du « choucho » du thérapeute qui le « soutient » contre elle, ce qui induit ou renforce de fait le comportement hyperprotecteur du thérapeute (On a alors reproduit ce que Schindler appelle : position w). On a alors parfaitement reconstruit la situation pathogène classique pour laquelle « un éloignement du milieu familial » avait été préconisé.

Ce n'est pas une fable, mais la traduction d'un certain nombre de demandes qui nous sont adressées par des équipes – car bien sûr, la seule solution à ce moment-là, c'est de recommencer, et de préconiser un éloignement de ce nouveau « milieu familial » reconstitué.

Alors, si on n'est pas capable, collectivement, de reconnaître à l'opposition bon-mauvais mise en acte par le patient, une seule et même nature transférentielle, si l'on n'est pas capable d'y reconnaître un clivage du transfert – c'est -à-dire un clivage du moi – si l'on n'est pas capable de repérer que l'accentuation de ce clivage correspond en fait à une accentuation des « résistances de transfert » (Freud), il vaut mieux se rallier à la position de ceux qui proclament que la prise en charge individuelle en institution est impossible, voire même dangereuse. Par contre, si ce clivage est interprété (et à l'intérieur de l'ensemble de l'équipe, et, d'une certaine façon, au patient lui-même), une prise en charge individuelle devient possible, je dirais même que parfois elle est nécessaire. Nécessaire, parce que ces personnes qui « foutent la merde » dans l'équipe n'ont souvent pas la possibilité de jouer autrement leur conflit : je pense à tel ou tel hospitalisé après une ou deux – voire trois – « tentatives de psychothérapie », qu'une forte composante négative (ou négativiste) du transfert a, à chaque fois, fait échouer. On peut toujours parler de négativisme, de compulsion de répétition, de névrose d'échec (et il nous en arrive de plus en plus, de névrosés !) simplement, pas plus que dans leur existence, ces personnes n'ont pu soutenir leur « conflit ambivalentiel » dans leur relation au thérapeute. L'institution – ou si l'on préfère, l'institutionnel – vient leur offrir une scène (un « praticable » dirait J. Oury) où le mettre en acte. À la coupure existentielle classique : vie fantasmatique intense/rerelations dans la réalité appauvries ou nulles, succède alors un clivage : investissement intense de l'espace psychothérapeutique duel/mépris et dédain pour la vie institutionnelle – ce que, naturellement, l'équipe responsable du club a tendance à vivre comme attitude « aristocratique ». Et ce qui se passe, trop souvent, c'est qu'au clivage du moi du patient vient répondre en écho – en spéculaire, si vous préférez – un contre-transfert clivé, qui clive un peu plus le patient.

Un seul remède : la réunion de constellation, qui, à travers le repérage du fait que l'opposition bon/mauvais n'est que l'expression d'un transfert clivé (c'est-à-dire ne s'adresse pas à tel ou tel en tant que personne), peut remettre au premier plan la problématique du clivage du patient ; clivage qui n'est que la mise en œuvre d'un évitement de son conflit (ce conflit qui est – faut-il le rappeler ? – ce pourquoi nous l'avons pris en charge).

La réunion de constellation, en « agitant le contre-transfert » comme dit F. Tosquelles, permet de ne pas « geler » le clivage du patient, en « déclivant » le contre-transfert qu'il reçoit en miroir. Autrement dit, la réunion de constellation est une machine à fabriquer du vague.

On pourrait d'ailleurs s'interroger sur le fait que nous répondons si facilement « en miroir » au transfert clivé du patient : ne s'agirait-il pas là d'une expression de notre propre « conflit ambivalentiel » vis-à-vis de nos patients ?

C'est qu'il n'est pas facile de se tenir dans cette « tâche impossible », dans laquelle « on peut être sûr par avance de n'obtenir que des résultats insatisfaisants ». Le sens premier de « insatisfaisant » est : « qui ne répond pas au résultat attendu » (travail du rêve, travail du deuil). Le sens le plus courant est : « dont on n'a pas retiré de satisfaction ». Non seulement les manifestations de gratitude ne sont pas si fréquentes (ça, ce n'est pas particulier à la psychiatrie), non seulement nous devons nous en méfier (n'est-ce pas une « résistance de transfert » ?), mais, par-dessus le marché, quand elles existent, elles doivent être rapportées au transfert : ce n'est pas à nous en tant que personne qu'elles s'adressent... Un autre aspect de cet Impossible » de notre tâche, c'est celui que j'ai essayé de développer ici : nous travaillons dans une logique du vague (celle d'une indéterminité partielle), non dans une logique du général qui nous assurerait une « maîtrise »...

Nous nous trouvons donc dans cette difficile situation d'avoir à renoncer par avance à la satisfaction narcissique légitime d'être « gratifié », mais aussi à cette satisfaction narcissique personnelle d'être content d'avoir bien fait... On ne peut jamais être certain d'avoir pris la bonne décision ; et même lorsqu'elle s'avère avoir été judicieuse, on n'est jamais sûr de ce qui va suivre...

Cette insoutenable situation est absolument spécifique du travail en psychiatrie.

Et ce n'est pas sans effets. Parce que, cette satisfaction narcissique de laquelle il nous faut faire le deuil, nous ne pouvons pourtant pas y renoncer... Alors, nous allons essayer de la trouver ailleurs.

Ça s'appelle un déplacement. S'il y a refoulement (ça arrive), ça va être forcément au prix d'un compromis symptomatique : clivage bons-mauvais malades, ou bien, le plus souvent, l'équipe entière se déprime. Ou pire : on va se désintéresser ce qu'on fait : si on ne s'investit pas, l'aspiration à la gratification narcissique sera tout de même moins forte. Ou encore, l'acting-out : dans l'établissement d'une relation duelle privilégiée gratifiante. Donc, dans le meilleur des cas, il y aura déplacement, et la gratification, on va l'attendre d'ailleurs. Parfois, pour être plus sûr, on se la décernera soi-même (« Nous on est les meilleurs. Il n'y a que notre façon de travailler qui soit la bonne »). Ou on se fera une vitrine dans laquelle on pourra se regarder – en essayant d'oublier l'arrière-boutique (pour ne pas dire les bas-fonds). Ça, c'est plutôt un clivage. D'autres fois, plus modestement, on se contentera d'être conforté en se conformant à ce que le ministère ou les médias disent être la « bonne » psychiatrie.

Mais je dirai que cette aspiration s'exprime, avant tout, à travers la souffrance, souvent explicite dans les équipes, de ne pas se sentir « reconnu » ou suffisamment « gratifié » par le médecin. Il est nécessaire de

l'entendre parce qu'il est nécessaire de la travailler. Si cette demande n'est pas prise en compte, l'aspiration peut devenir revendication, quasi paranoïaque (persécution), ou bien elle fabriquera un de ces compromis symptomatiques dont je parlais plus haut. Si elle est prise au pied de la lettre, il est évident qu'elle va renforcer la hiérarchie, la dépendance, et constituer un facteur d'aliénation.

C'est pourquoi je crois qu'il faut insister sur le fait que cette demande doit être prise en compte – mais pour être travaillée pour être rapportée à cet « impossible » constitutif de notre travail avec les psychotiques.

Car si cet « impossible » n'est pas au cœur de notre réflexion, des mécanismes de défense et d'évitement se développent rapidement, à la fois personnels et collectifs – ce qui, venant barrer notre désir, risque encore, plus ou moins consciemment, de rajouter à notre insatisfaction.

Danielle Roulot

Dax, le 7 décembre 1989

notes

1- freud s. : « Analyse terminée, analyse interminable »

2- On a vu que le principe du tiers exclu, lui, énonce que deux propositions contradictoires ne peuvent être fausses ensemble.