"La psychanalyse, c'est pas la Samaritaine!" II
Les constellations thérapeutiques (ou transférentielles).

La « situation analytique » ne souffre pas de tiers, écrivait Freud (1926)[1] dans le chapitre I de « La question de l'analyse profane ».

Nombreux sont les psychanalystes qui ont pris cette phrase comme argent comptant ou parole d'évangile, et sont réticents à « partager » leur patient avec un autre fût-il psychiatre, déniant à leurs patients l'accès à un traitement médicamenteux qui leur aurait été peut-être salutaire. Encore récemment un analyste, dont la patiente avait du être hospitalisée pour dépression, interrompait brutalement le travail analytique au prétexte que le traitement médicamenteux serait une dictature (sic) et incompatible avec la poursuite de la cure ! Quelques mois après son hospitalisation et métamorphosée par un traitement par le Lithium, cette patiente prenait peu à peu conscience que son analyste était intervenu de manière très dirigiste pour la conseiller dans sa vie privée notamment amoureuse…Vous avez dit dictature ?

La « situation analytique ne souffre pas de tiers »…A y regarder de plus près, Freud écrivait cela pour regretter de ne pouvoir rendre les gens, qu'il voulait convaincre de l'efficacité de la méthode analytique, « témoins d'un de ces traitements ». Dès les débuts au contraire Freud partageait ses patients et ses hypothèses avec d'autres, des médecins notamment. Fliess, médecin ORL, fût le premier d'entre eux, pour le meilleur et pour le pire (on pense à Emma Eckstein). Des médecins,

[1] S. Freud, *La question de l'analyse profane*, Paris, Gallimard, 1985, p. 29

comme Breuer, lui envoyaient leurs patients et Freud collaborait avec eux.

Or si la psychanalyse est une éthique du sujet et le transfert un formidable levier pour le changement, le psychanalyste – et la psychanalyse - ne peuvent pas "tout" pour le patient, et certaines cures peuvent se trouver en difficulté voire échouer.

Brigitte Mayer, dans une « Boîte à outils »[2] en 2020, évoquait l'échec dans lequel peuvent se retrouver certaines cures, obligeant à inventer d'autres dispositifs cliniques (psychodrame par exemple). Elle citait Winnicott dans « la crainte de l'effondrement et autres situations cliniques ».
Celui-ci écrivait : « le succès en analyse doit inclure l'illusion de l'échec, la réaction du patient à l'analyse en tant qu'échec. Il faut donner le champ libre à ce paradoxe. L'analyste doit être capable d'accepter le rôle de l'analyste qui échoue comme il accepte tous les autres rôles qui proviennent des névroses et psychoses de transfert du patient. Bien des analyses ont échoué à la fin parce que l'analyste ne pouvait admettre une illusion d'échec en raison de son besoin personnel de prouver la vérité de la théorie psychanalytique par la guérison du patient. La psychanalyse ne guérit pas, quoiqu'il soit vrai qu'un patient puisse utiliser la psychanalyse et puisse avec un processus complémentaire parvenir à un degré d'intégration, de socialisation et de découverte de soi qu'il n'aurait pas eu la possibilité ou la capacité d'atteindre sans cela ».

A quel processus complémentaire Winnicott faisait-il allusion ?

[2] Atelier institutionnel mensuel de la Fédération des Ateliers de Psychanalyse.

Quel(s) tiers pour l'analyste ?

Il est généralement admis, notamment pour les patients psychotiques (mais pas seulement...), la nécessité du recours à un psychiatre et le caractère souvent indispensable d'un traitement médicamenteux, en parallèle de la cure analytique, dans un "dispositif" introduisant une tiercéité.

Un autre tiers s'impose avec évidence dans le dispositif thérapeutique, lorsque le patient en analyse présente une affection somatique, ou lorsque le patient porteur d'une affection somatique vient en analyse. Ce tiers, c'est le médecin somaticien, généraliste ou spécialiste.

D'autres approches thérapeutiques, autant de tiers, sont souvent trouvées par le patient lui-même. Ces approchanet peuvent parfois être suggérées par l'analyste. Le patient se trouve ainsi entouré d'une *constellation thérapeutique.* Depuis l'année dernière, nous examinons, à partir de la clinique, comment ces *constellations thérapeutiques* se mettent en place, leurs effets sur le transfert et la dynamique de la cure.

En tant qu'analyste, je suis convaincu, en effet, que la *tiercéité* est indispensable à la croissance psychique et somatique de mes patients de même qu'elle est indispensable, sous la forme de la configuration triangulaire que représente l'Oedipe, au développement psycho-affectif de l'enfant. Le *tiers*, c'est en effet la garantie que l'enfant ne sera pas soumis au pouvoir, voire à l'arbitraire d'*un seul*.

Ce concept est aussi théorisé par Philippe Réfabert lorsqu'il parle du *témoin*.

Pour l'analyste, accepter qu'il y ait des *tiers,* utiles au patient, suppose qu'il puisse abandonner un fantasme de toute-puissance et une forme de prise de pouvoir sur le patient. Qu'il accepte de partager sa responsabilité dans les processus qui conduisent à la construction du patient.

Selon mon expérience clinique, le concept de constellation thérapeutique (et la constellation transférentielle qu'elle induit) décrit par Tosquelles et Oury est également opérant pour un certain nombre de patients en ville, hors institution, en particulier des patients psychotiques ou porteurs de maladies chroniques.

De fait, la plupart de nos patients cherchent et entretiennent des relations avec des personnes et des situations pour tenter de répondre à leurs questions ou à leurs souffrances. Ces liens *de transfert*[3] ont une visée thérapeutique. S'ils sont suffisamment à l'aise avec leur analyste, ils peuvent lui en parler ce qui permet à celui-ci de les accompagner dans ces démarches et, parfois, de leur éviter de s'égarer ou de se fourvoyer[4]. En tant qu'analyste, en effet, je veille à ce que ces démarches soient utiles et ne soient pas néfastes ou toxiques.

De mon côté, j'encourage un certain nombre de ces approches et dispose, à cette fin, d'un carnet d'adresses constituant un réseau. Un certain nombre d'adresses vont de soi : en cas de maladie somatique ou psychiatrique. En cas de maladie psychiatrique, j'en fais même souvent une condition de la cure : je ne peux, en effet, être à toutes les places et, bien que

[3] Même si la notion de *transfert* est réservée stricto sensu au lien particulier entre un psychanalyste et son patient, nous emploierons ce terme par commodité, pour toutes les relations entretenues par les patients avec des personnes ou des situations à vocation thérapeutique.

[4] Je pense à cette patient enthousiasmée par une démarche spirituelle proposée par...une secte !

psychiatre, ne peux prendre en charge, en tant qu'analyste, le traitement médicamenteux, la coordination des démarches sociales, une éventuelle hospitalisation...

Il peut m'arriver également de suggérer, voire de conseiller à un patient d'autres approches, analytiques ou non analytiques, en complément de la cure, et en particulier :

-le psychodrame ou le groupe thérapeutique
- les thérapies de couple et les thérapies familiales
- l'hypnose
- l'haptonomie
- et un certain nombre d'approches corporelles ou psycho-corporelles : diverses formes de kinésithérapie, kinésiologie, fasciathérapie, ostéopathie, Feldenkraïs...

Autour du patient se construit ainsi peu à peu une *constellation thérapeutique*.

Les constellations thérapeutiques (et transférentielles)

Vient tout juste de paraître un petit ouvrage de Pierre Delion sur « La constellation transférentielle »[5]. Pierre Delion reprend les inventions de Tosquelles et Oury en matière de traitement institutionnel des psychoses et qui ont donné lieu au concept plus large de « psychothérapie institutionnelle ». Il s'agissait, pour Tosquelles et Oury, « d'étendre la compréhension et les effets thérapeutiques du concept de transfert aux pathologies archaïques. Par « pathologies archaïques », Delion entend « les pathologies dans lesquelles les patients, adultes ou enfants, restent dans un monde d'objets partiels, ne parviennent pas de

[5] Delion P., Laconstellation Transférentielle, Le CarnetPsy, Eres, Paris, 2022.

façon stable à l'objet total : les autismes, les psychoses, les schizophrénies mais aussi les pathologies-limites, les dysharmonies de structure psychotiques, certaines carences affectives, les addictions…

Le terme de constellation a été employé pour la première fois par Tosquelles [6] pour décrire l'ensemble des personnes en contact, dans l'institution, avec les patients psychotiques (schizophrènes) qui se trouvent ainsi pris dans des transferts multi-référentiels. Tosquelles avait observé que le transfert de ces patients était *multi-référentiel* et avait imaginé un dispositif institutionnel qui puisse les contenir et répondre à la dissociation et aux clivages dont ils souffraient. Ce concept des constellations transférentielles est au coeur de la psychothérapie institutionnelle et a été repris, théorisé et appliqué par Jean Oury[7] à la clinique de La Borde. Ce dernier proposait de définir le transfert des patients schizophrènes comme un *transfert dissocié*, à l'image de la dissociation décrite par Bleuler à Zürich. Dans l'institution soignante, si le transfert se déploie principalement sur les personnes qui sont en contact direct avec les patients, et l'organisation des soins, le dispositif thérapeutique se doit de prendre en compte ces transferts multiples. Le dispositif est étendu non plus au seul psychanalyste, mais à l'ensemble des personnes de l'institution en contact avec lui : ainsi que se met en place une « constellation transférentielle », matrice à partir de laquelle la relation de transfert multiréférentiel peut être traitée.

[6] Sémiologie des petits groupes.

[7] Oury Jean, Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles VST - Vie sociale et traitements 2007/3 (n° 95), pages 110 à 125

En ville, certes, on ne dispose pas d'institution, et un véritable travail sur le transfert multi-référentiel ne peut s'effectuer, même si les thérapeutes se parlent du patient. Mais je vais essayer de montrer, à partir d'une situation clinique, comment cette *constellation thérapeutique* peut avoir une certaine pertinence.

Patient : Claude

Claude une patiente de 60 ans, journaliste, qui m'est adressée par une collègue après la mort de ses deux parents à 6 mois d'intervalle et qui souhaite « achever quelque chose » : elle a déjà fait trois tranches d'analyse. Elle est divorcée, vit seule depuis quelques années, ses enfants sont grands et partis de la maison. Elle a des petits-enfants. Suite au décès des parents elle se retrouve dans une dépression profonde, dans l'indivision de la maison familiale - une grande maison avec des dépendances - avec une sœur aînée et une sœur beaucoup plus jeune.

Cette succession est particulièrement difficile du fait de l'indivision et d'un lien pathologique avec sa sœur aînée. La mort des parents la convoque instamment à prendre une place d'adulte, qu'elle se sent incapable de tenir depuis toujours et, de manière aigûe, depuis ce double-deuil se sentant, paradoxalement, comme une petit fille seule et abandonnée, attendant qu'on s'occupe d'elle.

Il y a quelques années, après son divorce, elle avait fait une 1ère analyse avec un analyste connu. Celui-ci, après trois ans allongée à trois séances par semaine, avait mis fin à la thérapie en disant : « On ne va pas pouvoir continuer : vous ne travaillez pas ! ». Un 2ème analyste, plus contenant, lui avait heureusement

permis de faire un travail de qualité, mais celui-ci était décédé. Elle avait alors rencontré un 3ème analyste.

Le fait qu'elle me soit adressée par une amie très proche, psychanalyste, pour une 4ème tranche, a contribué à installer un transfert d'emblée et a, sans doute, permis d'aller rapidement au plus vif du sujet, et de ses carences précoces. Il s'agissait, certes, d'accompagner cette patiente dans un deuil complexe, mais surtout de redessiner sa place, au sein de sa fratrie dans sa famille au sens plus large, vis-à-vis de ses enfants : entendre la petite fille *dans* la femme mûre en souffrance depuis la mort de ses parents et qui, n'ayant jamais trouvé sa place d'enfant, peinait à trouver une place de mère.

Les parents n'ayant jamais pris le soin d'organiser *l'après*, leurs trois filles se retrouvent dans une indivision à la fois immobilière et psychique sans la médiation des parents, sorte de horde primitive source d'une grande confusion et d'une grande violence entre ma patiente et sa sœur aînée. Leur souffrance est telle que je propose, très rapidement, qu'elles rencontrent un thérapeute familial avec lequel j'ai l'habitude de travailler.

Une parenthèse sur cette adresse à un thérapeute familial

Il y a quelques années lors d'un colloque j'ai rencontré deux collègues analystes de la SFTFP (Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique) avec lequel j'ai évoqué le paradoxe suivant, que j'ai observé aussi bien chez des patients que chez des analystes : des années de thérapie analytique individuelle n'ont souvent que peu d'effet sur les problèmes de couple et peuvent même les accentuer, aboutissant à des séparations alors même que les protagonistes éprouvent de l'amour l'un.e vis-à-

vis de l'autre…Mes interlocutrices ont éclaté de rire et m'ont expliqué très simplement la chose suivante : ce qui est en jeu dans le couple, c'est l'archaïque, des histoires de nourrisson ou de petit enfant, or la plupart des analyses (des analystes ?) ne permettent pas de travailler sur ces zones archaïques. Les thérapeutes familiaux psychanalytiques, eux, ont l'habitude de mettre à jour et de dénouer ce qui, de l'archaïque de l'un et de l'autre, vient impacter et rendre parfois catastrophique la relation de couple.

Depuis cette rencontre, j'ai pris l'habitude d'adresser mes patients en thérapie de couple lorsque la relation à leur conjoint.e était source d'une trop grande souffrance et paraissait dans l'impasse. Cette adresse et ce travail de couple, parallèle au travail analytique individuel des deux protagonistes, a toujours eu un effet de remobilisation psychique salutaire, permettant souvent de relancer le travail psychique individuel et, en tout cas, de dénouer la relation de couple.

J'ai donc adressé ma patiente et sa sœur aînée au thérapeute de couple avec lequel j'ai l'habitude de travailler (dès la 3ème séance, j'ai évoqué cette possibilité, dont la patiente s'est emparée). Cette thérapie qui a duré huit mois a permis aux deux sœurs de verbaliser un conflit latent et ancien, jamais extériorisé depuis l'enfance, de préciser la place de chacune et de commencer à se séparer psychiquement. Elles étaient prises, en effet, dans une relation fusionnelle depuis toujours, au sein d'une famille au climat incestuel sur lequel le père, tel un patriarche, régnait sans partage, décidant de tout à la place de toutes. La mère était en retrait, peu disponible pour ses enfants et – confusion de langues – partageait parfois avec ses filles ses difficultés amoureuses.

Dans ce contexte familial, ma patiente avait une très piètre estime d'elle-même et alternait des moments de bien-être avec des périodes d'effondrement, se et me demandant si elle n'était pas bipolaire :
« Je ne suis pas une bonne fille, ni une bonne sœur, ni une bonne mère…Je ne suis même pas une bonne femme ! J'ai passé ma vie à vouloir recoller une assiette cassée… ».
« il m'a manqué quelque chose, mais quoi ? ».
Le fonctionnement familial apparaît, par petites touches en association libre lors des séances, comme un système d'*omerta* gouverné par un parrain. Un fonctionnement sans loi, sans tiers où le père, incestuel, n'est pas garant de la Loi.
Peu à peu, pas à pas, elle sort de cette indivision et construit une nouvelle répartition des places. Cela se traduit, dans la réalité, par une redistribution, dans la légalité donc, encadrée par la loi (du tiers, enfin !), de l'indivision immobilière héritée des parents.

« Il me manque quelque chose, mais quoi ? », cette phrase m'a fait penser à Michaël Balint et à son hypothèse du *défaut fondamental*[8]. Balint a eu comme 2ème analyste Ferenczi et a été beaucoup influencé par les travaux théoriques de celui-ci autour de :

- L'enfant dans l'adulte
- L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort
- La théorie du trauma
- L'échec dans la cure analytique
- L'élasticité de la technique, etc.

Dans son dernier livre « Le défaut fondamental », Balint se questionne sur les échecs des cures analytiques. Il émet l'existence de plusieurs *zones* chez le patient (au nombre de

[8] BALINT M., 1968, Le défaut fondamental, Paris, Payot, 1971.

trois) et notamment celle du « défaut fondamental », qui trouve son origine dans les relations d'objet précoces : il peut s'agir d'un écart entre les besoins psycho-physiologiques de l'enfant et l'insuffisance de l'environnement, ou d'un trauma qui a frappé l'enfant à un stade précoce de son développement[9].

Lorsque le patient, dans son travail analytique, atteint la zone du défaut fondamental, c'est une situation *à deux*, il n'y a pas de tiers. Les conventions sociales n'existent pas. Le transfert sur l'analyste est chaotique, souvent négatif. Quoi qu'il dise, quoi qu'il fasse, les interventions de l'analyste tombent à plat. Il faut juste tenir, et être contenant pour le patient. La zone du défaut fondamental est celle des relations d'objet précoces.

La recherche de Balint sur le défaut fondamental porte à la fois sur le domaine psychanalytique et sur le domaine somatique, médical.

Dans le domaine médical, s'appuyant sur la répétition du symptôme, il postule l'existence d'une « maladie de base » caractéristique de la personnalité du patient, sorte de défaut fondamental vestige des expériences précoces se réactualisant sous une forme clinique lorsque la personne rencontre des difficultés existentielles.

Cela rejoint les théories de Christophe Dejours[10], selon lequel il existe une « fragilité structurale quand le corps n'a jamais été symbolisé comme propriété de soi ».

Ce dernier point me fait revenir sur la dimension somatique chez ma patiente que j'avais occultée jusque-là et dont elle

[9] MOREAU-RICAUD M., 2004, Les apports de l'école de Budapest à la formation analytique (Actes du congrès de Turin), *Le Coq-Héron* n°178.
[10] DEJOURS C., Les dissidences du corps, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1989.

m'avait pourtant régulièrement parlé, non pour que je les prenne en charge mais pour me prendre à témoin d'un « défaut fondamental » que j'aurais *aussi* à entendre. Elle souffrait d'une « dégénérescence des tissus osseux » au niveau des articulations, « sorte de polyarthrite » qui s'était révélée quelques années auparavant à la suite d'un stress important, la perte d'un emploi, et qui se traduisait par des douleurs récurrentes notamment au niveau de la sphère orale. Elle subira plusieurs interventions stomatologiques et trouvera elle-même le traitement de son terrain défaillant, avec succès, en faisant chaque année une cure ayurvédique de trois semaines en Inde.

« Le corps n'est pas une fatalité », lui dis-je un jour, alors qu'elle évoquait avec beaucoup d'émotion les problèmes de santé, préoccupants et récurrents, de sa fille aînée.

Je me rends compte que le corps et la maladie somatique sont au cœur de cette réflexion sur les constellations thérapeutiques. A aucun moment je n'ai pensé que la psychanalyse était toute-puissante en cas d'atteinte somatique, en particulier organique, même si je crois « que le travail de l'analyse peut frayer un chemin vers la symbolisation », comme le soutient Christophe Dejours. Au contraire, je pense que, en particulier en cas de maladie organique, il faut « faire feu de tout bois » et puiser des ressources, tant dans la médecine classique que dans les médecines dites alternatives, et dans les médecines traditionnelles comme la médecine chinoise ou ayurvédique, voire le chamanisme.

Très vite je recommande à ma patiente une naturopathe, médecin de médecine chinoise, qui soigne déjà nombre de mes proches et de mes collègues. Je lui recommande également, comme médecin-traitant, un généraliste digne de ce nom. Cette

forme de balisage, que j'appelle *constellation thérapeutique*, permet de s'assurer que le patient est bien entouré de *thérapons*. C'est Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillère qui ont admirablement parlé de ce *thérapon*, ce « second au combat » dans l'Iliade d'Homère, que doit être, selon eux, l'analyste[11]. Résolument du côté du vivant. Mais ceci implique qu'il prenne soin, non seulement de son patient, mais aussi de l'environnement[12] de celui-ci. Winnicott évoque le fait que, chez certains analysants les expériences très précoces ont été si déficientes ou distordue que l'analyste doit être le premier dans la vie de celui-ci à lui fournir certains éléments d'environnement essentiels. Ceci implique aussi, à mon sens, qu'il veille, dans toute la mesure du possible, à ce que son patient soit bien entouré. Je ne parle pas là des proches mais des soignants que le patient est amené à rencontrer. Ceci tranche avec la classique non-intervention de l'analyste dans la réalité, sans doute, mais je me rends compte que je ne peux travailler tranquillement, en analyse, si le patient n'est pas pris en charge par des soignants de qualité, participant de cette « constellation thérapeutique ». Un être humain est un tout, corps et esprit, et, la psychanalyse ne pouvant pas tout, le patient a besoin d'autres ressources humaines, d'autres *therapons* ce d'autant que le corps et sa biologie nous échappent !

Cette constellation thérapeutique est indispensable à mon travail d'analyste, dans cette dimension du *prendre soin*.

Une parenthèse à propos des troubles psychiatriques…

Faute d'une atteinte lésionnelle repérable, anatomique ou biologique, les troubles psychiatriques sont rarement

[11] Davoine F., La folie Wittgenstein.
[12] Winnicott

considérés par les psychanalystes comme une atteinte *somatique*, mais comme une maladie du psychisme et donc, de la relation. A contrario, les quelques avancées des neuro-sciences incitent ceux qui s'en réclament (les neurologues, neuro-psychologues, etc.) à en faire des maladies du cerveau. Cette *disputatio*, qui se traduit sur le terrain de l'hôpital et de l'université par une guerre sans merci – les neuro-sciences reprenant sauvagement le terrain conquis au XXème siècle par la psychanalyse – repose sur une vision partielle et totalitaire de l'humain. L'être humain ne peut être démantelé ainsi ! Il est, indissociablement, un être psychique, biologique et social.

En ce qui concerne les troubles dits bipolaires (j'en ai évoqué deux cas l'année dernière), une évidence, clinique, s'impose, celle d'une part *biologique*, et de ce fait, *pharmacologique*, incontournable : les régulateurs de l'humeur, dont le Lithium, ont transformé la vie de la plupart des patients. Le modèle explicatif de plus en plus admis en est l'hypothèse *neuro-développementale*. On devrait d'ailleurs dire *psycho-neuro développementale*[13] : sous l'influence de certains gènes, les réseaux neuronaux s'organisent pour prédisposer le cerveau à développer la maladie. Les interactions entre l'environnement (des facteurs déclenchants : le contexte familial, éducatif, des carences ou des traumas) et ce terrain fragilisé entraîneront la possibilité de la maladie[14]. Dans ce contexte, le traitement médicamenteux et le suivi psychiatrique n'est pas en concurrence avec le travail analytique, il le rend même possible. A la condition que les deux approches soient incarnées par deux *therapons*, dans une *tiercéité*, dispositif triangulaire nécessaire à la croissance psychique du patient (comme l'Œdipe, qui est indispensable au développement psycho-affectif de l'enfant).

[13] Et l'on pourrait dire beaucoup de choses sur cette disparition du « *psycho* »…

[14] Les troubles bipolaires, une maladie cérébrale ? https://www.cairn.info/les-troubles-bipolaires--9782130801603-page-65.htm

Ce dispositif triangulaire est le premier terme de la constellation thérapeutique. Il est un plaidoyer pour la nécessiter de dissocier les fonctions de psychiatre et de psychanalyste.

Psychiatre-psychanalyste ?

Je pense qu'être psychiatre et analyste, ce n'est pas la même position psychique. Etre à la fois l'analyste et le psychiatre de son patient interroge la question du pouvoir et du *fantasme de toute puissance* : le psychiatre qui devient aussi l'analyste de son patient est dans cette position intenable d'incarner un *grand Tout*, contraire, selon moi, à l'éthique du psychanalyste,.

Depuis 25 ans, j'exerce comme psychiatre ET psychanalyste (ou psychiatre VIRGULE psychanalyste). Comme je l'explique souvent aux patients, ce sont deux métiers différents, deux positions différentes, deux *discours* différents. Même si la psychiatrie que je pratique est fortement imprégnée de psychanalyse, d'anthropologie, de psychothérapie institutionnelle, le psychiatre que je suis est médecin (je le suis d'autant plus que j'ai été généraliste). Ce médecin est autorisé par la Faculté et le Conseil de l'Ordre. Mon discours de médecin psychiatre est pris dans un *discours médical*. Il y est question de savoir et de *pouvoir*, réel ou/ou fantasmé, symbolique et imaginaire : dans les institutions psychiatriques, c'est encore et toujours le psychiatre, fût-il psychanalyste, qui est le médecin-responsable.

Le psychanalyste est inspiré par Freud et ses successeurs. Il peut être laïque et profane, s'il n'est pas médecin ou psychologue. Il s'autorise, si l'on suit Lacan, de lui-même et de quelques autres. Sujet supposé-savoir pour le patient, il n'est pas censé prendre le pouvoir sur le patient, son travail doit permettre au sujet de

l'Inconscient d'advenir...S'appuyant sur le transfert, la psychanalyse est une science, ou plutôt un art de la relation (pas seulement de la parole), de l'écoute et de l'écho, disait Jean Oury.

Ces deux métiers sont-ils conciliables ? Difficilement, à mon sens...Beaucoup de psychiatres psychanalystes font le choix, par exemple, de ne plus prescrire ou de le faire très exceptionnellement. Je fais partie de ceux qui ont choisi de continuer à exercer les deux métiers, en les dissociant, autant que faire se peut. Je l'explique aussi à mes patients : deux "casquettes", mais pas en même temps...Certes le psychanalyste que je suis ne peut pas ne pas être influencé, voire imprégné par le médecin psychiatre que je suis aussi, mais je *choisis* la fonction que je me propose d'exercer auprès du patient : j'abandonne alors l'autre fonction à un autre, un tiers. Choisissant une position, je renonce à l'autre.

J'ai pu mesurer, au fil du temps, l'impact symbolique mais aussi pratique de cette dissociation de fonctions, instaurant un dispositif ternaire. Certes tous les patients n'ont pas besoin d'un psychiatre en début de cure mais il n'est pas rare qu'au cours de celle-ci voire en fin de cure, un mouvement dépressif profond impose de faire appel à un psychiatre pour un traitement médicamenteux voire une hospitalisation.

Comment ai-je été amené proposer à ma patiente de faire de l'haptonomie ?

Pour en revenir à ma patiente, il est clair que, toute névrosée qu'elle soit (la question reste ouverte), elle a subi des carences précoces ordinaires et cumulées qui sont à l'origine de ce

« quelque chose me manque », marque ou trace d'un défaut fondamental.

Elle évoque, au fil des séances, un sentiment de solitude, d'abandon et d'isolement, qui est représenté par ce rêve récurrent qu'elle me raconte dès la 1ère séance : elle est dans le rue, seule et nue, dans une insécurité immense, un « gouffre de tristesse », dit-elle, mais elle trouve des morceaux de carton qui lui permettent de se fabriquer une maison, un contenant. Quelle configuration parentale est à l'origine de cette détresse ? On la trouve aussi bien dans des familles modestes que dans des familles bien bourgeoises, ordinaires, ayant « pignon sur rue ». Un père-patriarche, j'en ai parlé plus haut, gai, léger, festif mais décidant de tout, vivant surtout à l'extérieur dans une vie professionnelle riche et prenante et n'accordant, finalement, que peu d'attention à son couple et à ses enfants. Une mère malheureuse en couple, s'effaçant derrière le père, colérique, ne se remettant jamais en cause et, se sentant persécutée par ses enfants, peu en capacité de répondre à leurs besoins. Cette mère faisait ainsi régulièrement semblant d'abandonner ma patiente, lorsqu'elle était petite, et c'était sa sœur aînée qui la consolait. Tous les ingrédients sont réunis pour constituer, à l'âge adulte, ce profond sentiment de dépréciation, l'impression de ne pas avoir de place, ni dans la famille, ni dans la société. Elle décrit de rares moments d'euphorie, sentiment de bien-être, qui lui font se poser la question : suis-je folle ? Suis-je bipolaire ? Il n'y a aucun antécédent de ce type dans sa famille.

« Je suis devenue journaliste, me dit-elle, pour que la parole des gens qu'on n'entendait pas soit entendue ». Je me dis qu'on pourrait, aussi, remplacer « journaliste » par « psychanalyste »…

Pensant à Winnicott, je lui demande si, dans le désarroi de cette enfance, elle a trouvé des espaces de « jeu ». « Je n'ai jamais eu de place pour jouer, me dit-elle, quand je faisais quelque chose, ce n'était pas reconnu. Eux jouaient, on regardait…Leur bonheur passait avant nous. Ils n'avaient pas une bonne image de nous, n'ont jamais misé sur nous, n'ont jamais eu envie qu'on prenne plus de place ».

Peut-être, sans doute, avait-telle été désirée - elle est née trois ans après sa sœur aînée – mais elle avait été mal accueillie, on ne lui avait pas fait de place. Je pense à Ferenczi, bien sûr, et à son article « L'enfant mal accueilli et sa pulsion de mort »…

Alors pourquoi l'hapnomie ?

J'ai connu l'haptomie par Catherine Dolto et par un de nos collègues psychanalystes, devenu haptothérapeute. L'haptonomie est une thérapeutique qui a aussi été promue par Bernard This, psychanalyste qui a travaillé avec François Dolto.

Qu'est-ce que l'haptonomie ? Science de l'affectivité, selon son fondateur, Frans Veldman, l'haptonomie est une *expérience sensible* qui permet peu à peu au patient, guidé par l'haptothérapeute, de trouver sa place dans un espace à deux, relationnel. Elle est surtout connue pour son efficacité dans l'accompagnement des femmes enceintes, la préparation à l'accouchement et l'accueil du bébé. Elle est aussi utilisée dans de multiples autres domaines…et notamment avec des adultes. Il est difficile de décrire une technique qu'on n'a pas expérimentée soi-même et qui a été expérimentée, et racontée, par d'autres (l'haptothérapeute, en revanche, l'a expérimentée pour lui-même avant de devenir haptothérapeute).

Je vais donc en parler avec les mots de Dominique Decant-Paoli, psychanalyste devenue haptothérapeute[15].
L'haptothérapeute, *l'approchant*, témoigne vis-à-vis de son patient, *l'approché*, d'une écoute singulière dans une présence affective, transparente, prudente (vis-à-vis du patient) et fiable. « La complexité de ce qui est en jeu dans un moment de travail peut se manifester par la beauté simple d'un geste juste et adéquat pour l'autre ».

Ceci me fait penser au livre de François Roustang : « Il suffit d'un geste »…

Science empirique, expérientielle et non expérimentale, son support théorique doit beaucoup à d'autres disciplines et notamment à la *phénoménologie*. Elle procède d'une théorisation complexe, transdisciplinaire, qui emprunte assez peu au champ de la psychanalyse (hormis les concepts de libido et de Soi) : est-ce parce qu'elle traite essentiellement du corps et du sensoriel ?
L'haptonomie insiste, en effet, sur l'importance des premiers contacts tactiles qui sont de nature à confirmer la valeur affective de l'être. Ainsi, comme le kinésithérapeute, l'ostéopathe ou le praticien Feldenkraïs, l'haptothérapeute ne s'interdit pas de toucher le patient.
Elle insiste aussi sur la notion de l'âme, auquel Frans Veldman préfère la notion, moins spirituelle, de *thymos*, c'est-à-dire le souffle, en tant que principe de vie. En ce sens, elle se rapprocherait plutôt de la médecine chinoise qui accorde au souffle, l'énergie vitale dans le Qi Gong, une place centrale et essentielle du vivant.
L'accompagnement haptothérapique permet de vivre de nouvelles expériences dans le domaine du sensible affectif, qui

[15] Decant-Paoli D., L'haptonomie, Que sais-je ? n°3626, Paris, 2018.

est le mode de communication des relations précoces, et de faire apparaître les éléments constitutifs du vrai Soi, lui permettant ainsi de « développer l'authenticité de sa personne ».

Pour la psychanalyse l'haptonomie est donc, pour le moins, un « exogène » !

Nous sommes donc à 18 mois de thérapie quand, après la thérapie familiale, la médecine générale, la naturopathie, j'adresse ma patiente en haptothérapie chez ce collègue psychanalyste que je connais bien et dont je sais que le travail, très particulier, ne constituera pas un doublon du travail analytique. Il s'agit, dit la patiente de « soigner ce truc cassé à l'intérieur » et de « franchir ce plafond de verre » qui l'empêche de grandir. Je me rends compte, en relisant mes notes, que j'ai proposé cette approche plutôt qu'une 2ème séance d'analyse par semaine…Ai-je perçu, chez cette femme de 60 ans, blessée dans son âme mais aussi dans son corps, l'urgence d'une approche différente, ne passant pas ou peu par les mots, mais par le corps et le toucher ?

Elle me dit avoir passé la 1ère séance d'haptonomie à pleurer, pendant une heure. Elle ne me raconte pas ses séances – je pense à ces enfants en thérapie qui n'en disent rien aux parents – mais elle m'en dit régulièrement quelque chose, et qu' « il se passe des choses ». Elle se sent comme une poupée de chiffon, « une marionnette dont les fils ont été coupés ». « Vos défenses lâchent, lui dis-je, et il vous faut à présent (re)trouver le fil de votre vie ».

Puis, elle se surprend à ne plus *faire* comme avant, à ne plus répéter les habitudes qui la liaient aux autres indéfectiblement et la faisaient souffrir.

Peu à peu, elle s'individualise, se sent plus unifiée, elle ose, s'autorise. L'ébauche d'un *vrai self* ? Et tout d'un coup : « c'est comme si un voile était parti, s'était déchiré », dit-elle (elle évoque une défloration) : le sentiment d'exister. Le sentiment, aussi, d'avoir été malade et d'être convalescence : « Je vais bien, et c'est dur d'aller bien » ! Elle reprend du goût à la vie et aux choses.

Winnicott dit que le Soi, c'est le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. Elle va beaucoup mieux et évoque les vertus de ce « travail en binôme ».

Cette fragilité qui lui collait à la peau s'en est allée. Je lui raconte *le Moi-Peau* d'Anzieu, auquel cela me fait penser, et elle est très émue. Après une séance d'haptonomie, elle va se faire masser et comprend le sens du travail en haptonomie : le corps, l'émotionnel…
Ce nouveau Moi, ou nouveau Soi, rend aussi plus fragile, plus sensible : elle ressent les choses à fleur de peau, à fleur de cette nouvelle peau…

Elle évoque le bénéfice de cette *constellation thérapeutique* : la médecine chinoise (que je lui ai indiquée), les cures ayurvédiques (qu'elle a trouvées et choisies), l'haptonomie et le travail analytique. « C'est un mélange assez réussi, me dit-elle, et le travail en analyse, c'est un travail de séparation, c'est la 1ère fois que je ressens cela avec autant de clarté ». Le travail en haptonomie lui a permis de « rompre le plafond de verre qui l'empêchait de grandir et d'associer le corps avec les émotions, d'associer ce qui était dissocié ».
Elle commence à occuper une place, une juste place, SA place, distincte des autres et, ainsi, peut s'ouvrir à l'autre, individuel et collectif.

Nous ne parlons plus tellement de son enfance, mais de l'avenir, de ses projets, d'écologie, de la planète, de politique…

Conclusion

Cette patiente, malgré une apparence ce névrose relativement banale, a présenté des carences précoces qui, même si elles sont relativement répandues, n'en sont pas moins traumatiques et responsable d'un *défaut fondamental*.

Elle rentre donc, à mon sens, dans le cadre de ces pathologies archaïques décrites par Pierre Delion et relève de la constellation thérapeutique et transférentielle.

Mon hypothèse est que ces carences précoces et l'inadaptation de l'environnement ont entraîné une construction en *faux-self*, qui lui a permis, certes, de faire des études, d'avoir une vie familiale, sociale, de donner le change mais qui a été responsable à divers moments de sa vie, d'effondrements dépressifs ET somatiques.

Son Moi-peau est à l'image du faux-self, fragile, poreux, hypersensible à l'environnement et ne permettant pas une juste individuation par rapport à l'autre.

En lui autorisant une forme de régression, l'analyse et l'haptonomie lui ont permis, dans un cadre contenant, d'expérimenter un autre mode de relation à l'autre. L'haptonomie de renouer avec le vécu sensible de sa toute petite enfance. L'analyse de se séparer et de s'individuer sans risque pour sa psyché. Les médecines chinoise et ayurvédique

ont traité le *terrain*, c'est-à-dire le défaut fondamental somato-psychique.

Dans cette constellation thérapeutique le transfert est, à l'évidence, multi-référentiel et diffracté. Mais elle n'est pas à entendre, là, comme celle de Tosquelles et Oury, puisque manque l'institution et les effets du « parler ensemble » des soignants.

Cette diffraction du transfert pouvait faire craindre une atténuation du transfert sur l'analyste, or c'est le contraire qui se produit, le transfert est renforcé et l'analyste reste une référence essentielle sinon principale. Il veille ainsi sur la régression et la croissance psychique de son patient, grâce à cette sécurité tranférentielle.

Pour que cette constellation thérapeutique puisse se mettre en place, il faut, bien sûr, que l'analyste supporte de ne pas être le seul et abandonne un fantasme de tout-puissance. Mais...beaucoup de nos patients ne nous confrontent-ils pas à cela ?