

Revue internationale de psychanalyse du couple et de la famille

N° 2007 / 2 - Le processus psychanalytique

LA DÉVITALISATION ET L'ÉCONOMIE PULSIONNELLE RELATIONNELLE

DAVID MALDAVSKY

Dans ce travail je prétends exposer quelques situations cliniques complexes ainsi qu'une perspective pour les aborder. Dans plusieurs livres (Maldavsky, 1986, 1990, 1995a, 1995b) j'ai exposé les fondements théoriques de cet abordage et, dans d'autres (Maldavsky et al, 2001, 2005, 2006) les recherches systématiques du matériel des séances, en appliquant l'algorithme David Liberman (Maldavsky, 2003), une méthode d'analyse des manifestations en séance d'après la perspective freudienne, qui permet détecter fixations pulsionnelles et défenses (et leur état). Ce travail, par contre, a été délibérément dépouillé tant de l'argumentation métapsychologique comme de l'investigation systématique, et, de même, j'ai essayé de faire appel au langage quotidien puisque, comme j'ai déjà dit, je suis intéressé dans la description, aussi concise que possible, de certains problèmes cliniques et dans la présentation de quelques solutions. Les développements théoriques et méthodologiques seront uniquement évoqués, même s'ils se trouvent dans les fondements des propositions que je présenterai.

Économie pulsionnelle relationnelle

Un groupe considérable de patients en traitement de couple et famille décrit d'habitude des scènes dans lesquelles prédomine la violence aveugle, ce qui entraîne, par la suite, dans le meilleurs des cas, la culpabilité et la honte. L'étude des épisodes qui précèdent ces

scènes permet d'avertir sur d'autres deux qui se donnent en séquence: 1) la captation d'un état de dévitalisation dans un autre et 2) une crise d'angoisse (automatique), comme façon de réagir face à une identification avec la dévitalisation captée en cet autre, infiltrée dans le propre corps comme source pulsionnelle. L'attaque de furie semble une conséquence de cette crise d'angoisse, et comporte une tentative manquée de se récupérer de l'identification précédente et de revitaliser aussi l'interlocuteur.

Comme on constate, je pars d'une perspective d'analyse centrée sur une économie pulsionnelle relationnelle. L'état de dévitalisation, mentionné auparavant, a reçu dans la littérature psychanalytique différentes désignations: asthénie, apathie, dépression essentielle, pour ne mentionner que quelques unes. Il semble être l'effet d'une défense contre Eros que Freud attribue à la pulsion de mort, et qui consiste à éteindre toute tension vitale, c'est-à-dire à empêcher la création de, ou à miner, l'énergie de réserve. Rappelons que Freud (1923b) pose que l'absence de cette énergie de réserve empêche de réaliser des actions spécifiques, soit pour faire face aux propres exigences pulsionnelles aimantes ou hostiles, ou celles du prochain. Cette impuissance pour élaborer les exigences pulsionnelles propres et d'autrui réveille dans le Moi une angoisse automatique, qui surgit, ainsi qu'on peut remarquer, comme corollaire de la dévitalisation. D'après cette perspective, la propre excitation sexuelle (ou d'autrui) est surtout une stimulation ennuyeuse, impossible d'élaborer, surtout pendant le sommeil.

L'argumentation qui vient d'être exposée permet de comprendre le passage de la dévitalisation à l'angoisse, mais non le virage vers la violence. Celle-ci semble correspondre à une tentative de tonifier pour se remettre (et remettre l'autre) de la dévitalisation précédente. Parfois, la quête de la réanimation implique une violence explicite, parfois des pratiques dissolues, la consommation d'alcool ou de drogues, une hypertonie durable (avec les douleurs correspondantes dans la colonne vertébrale) l'excès de nourriture, des paris dans le jeu, etc.. Dans le jeu on remarque, par exemple, qu'un aspect central est la piqure stimulante, comme la sécrétion d'adrénaline, et il arrive quelque chose de similaire avec les autres tentatives tonifiantes. Il s'agit de solutions en deux temps: dans le premier l'effet cherché est atteint, et dans le deuxième une conséquence ultérieure est remarquée: l'accroissement de la dévitalisation, de la propre et de celle des interlocuteurs, présente au point de départ.

Les situations que je viens de décrire sont spécialement courantes pour des couples ou familles dans lesquelles apparaissent des manifestations psychosomatiques, addictions, traumatophiles, névroses traumatiques et d'autres affections dans lesquelles l'altération somatique est un aspect central de la problématique clinique. Quelques membres du groupe s'installent surtout dans un de ces trois moments: ou bien ils se présentent comme apathiques, sans vitalité, ou bien ils semblent attrapés dans une crise de panique dépourvue de liens symboliques, ou bien immergés dans leurs explosions de fureur. D'autres intégrant parcourent, par contre, le chemin intégral qui va de la dévitalisation à la colère, en passant par l'angoisse. Mais même dans les situations les plus stéréotypées se donne une combinaison, dans laquelle l'un des participants s'installe comme dévitalisé et l'autre comme colérique qui cherche à se sauver et à sauver le premier de l'inertie ayant recours à la tonification déjà mentionnée, etc.

Il est convenable de donner un bref exemple d'un cas qu'actuellement j'étudie d'une manière systématique avec deux équipes de collaborateurs, l'un de l'Association Psychanalytique Argentine (6 membres) et l'autre (16 membres) formé par des académiciens, à UCES (Université de Sciences d'Entreprises et Sociales), plusieurs desquels font partie du Laboratoire de psychanalyse de couple et famille. Le matériel que nous étudions, apporté par J.C. Perry, correspond à un sujet avec une grave tentative de suicide, consommation massive d'alcool et cocaïne et éclatements de violence. L'analyse avec l'un et l'autre équipe s'est centrée sur la séquence de moments correspondant aux explosions de violence. La comparaison entre les résultats des analyses entre les deux groupes a donné des grandes similitudes (ce qui correspond aux tests de fiabilité interjuges). Il a été possible de noter dans le matériel une séquence de moments, qui inclut deux antécédents : 1) se trouver attrapé sans issue dans une situation où une femme ment et le patient se sent impotent pour la rectifier, 2) le déficit économique loin de la maison familiale qui lui manque. À partir de ces deux antécédents, le patient effectue une tentative de suicide (avec un assortiment de pilules) et il a ensuite une explosion de fureur en se rendant compte que, « avec un peu de chance », il mourra bientôt. La séquence depuis la tentative de suicide jusqu'à la fureur correspond à deux états différents chez le patient, l'un comme réaction à l'autre, mais à d'autres occasions les deux moments se distribuaient dans les liens. Dans l'enfance, il ne

pouvait pas établir un lien avec son père, puisque ce dernier était toujours endormi et lui montrait le dos. Dans la vie adulte il s'est passé un épisode opposé : lui et sa fiancée avaient décidé de passer les fêtes de Noël ensemble, mais il s'était endormi chez lui, et elle avait infructueusement frappé à la porte. Quand le patient s'est réveillé, il a eu envie de mourir. Dans ces deux derniers épisodes la dévitalisation s'est développée dans un personnage et la fureur dans un autre, tandis que dans l'épisode de la tentative de suicide, les deux états (dévitalisation et fureur) se sont développés dans le même sujet.

L'approche de Freud pour ces pathologies est celle qu'il a considéré distinctive des névroses actuelles, opposées aux psychonévroses. Dans celles-là prédomine une condition toxique, dont l'indice clinique est l'angoisse automatique. L'abordage thérapeutique des actuelles névroses ne semble pas se concentrer sur l'interprétation des dérivés des désirs réprimés, et il ne coïncide pas non plus avec l'analyse des pathologies narcissiques (comme les dépressions) ou des psychoses, bien qu'il ait d'avantage de similitudes avec ce dernier.

Je considère que dans telles situations cliniques il semble plus convenable de se concentrer sur les épisodes actuels qui ont précédé chacune de ces explosions. Ce n'est pas que de tels épisodes récents n'aient une racine historique, c'est plutôt qu'ils se répètent le long du temps, toujours avec la particularité d'événements actuels. Cela implique nuancer les éléments du contrat analytique: non pas uniquement permettre le libre flux de l'échange pendant la séance mais un autre projet clinique: que le travail se concentre sur les épisodes déjà décrits et sur un effort pour évoquer ses précédents récents. Il n'est pas convenable de renoncer au contrat analytique classique (libre épanchement des intégrants du couple ou du groupe), puisqu'il est possible que de telles situations se présentent aussi dans ces cas, propres des échanges dans les névroses. C'est évident qu'en tels cas il est convenable d'enquêter si ces manifestations "névrotiques" ne sont pas une façon de dissimuler un état de dévitalisation qui reste caché. Aussi, assez souvent, face aux couples dépourvus d'anecdotes, avec un désordre sans terme dans le récit et avec des descriptions qui constituent un effort incessant expulsif, il est convenable de leur organiser plus activement les séries d'événements quotidiens: relation avec les parents, avec le couple, avec le travail, manifestations corporelles et, même, dans ce terrain plus spécifique, quelques sous-séries coexistantes: par exemple, des dérangements dans le sommeil, des problèmes digestifs, de peau, d'allergies, des

problèmes respiratoires, circulatoires, consommation de drogues, etc. puisque, en plus de l'unité des facteurs déterminants, chacun de ces composants a une constellation psychique avec un certain degré de spécification.

Par exemple, dans le patient auparavant décrit prédominaient les désordres du sommeil et la consommation de drogues.

Scènes prototypique actuelles

Au-delà de ces considérations quand, dans les séances, le travail se concentre sur les épisodes qui ont précédé les explosions de furie, on remarque un ensemble de scènes qui se présentent souvent dans une séquence, selon ce que j'ai pu remarquer en analysant systématiquement le discours des sujets parlants, avec l'algorithme David Liberman. Ce qu'on remarque d'abord c'est un ensemble d'épisodes qui mettent en évidence les sentiments d'injustice et l'envie de vengeance résultante. En deuxième lieu émergent les expériences de non reconnaissance affective et la déception du désir amoureux. En troisième lieu émergent les références à de faux liens, dans lesquels paroles et faits se contredisent, avec quoi le penchant cognitif reste déçu. Enfin, en quatrième lieu, surgissent des allusions à des situations dans lesquelles les autres considèrent un membre du couple ou de la famille d'un point de vue spéculatif, par lequel ils essaient d'obtenir un gain (d'argent ou de plaisir organique) à ses frais. Alors le désir d'atteindre un équilibre intracorporel de tensions, comme celui qui permet de dormir, reste insatisfait.

Les expériences d'injustice se mettent en scène, d'habitude, dans la description de situations dans lesquelles quelqu'un, qui arbore le pouvoir, maltraite le narrateur au point de réveiller en lui le désir de s'expulser soi-même avec rage. Les sentiments de manque d'amour sont généralement liés à l'argumentation jointe au sacrifice un des patients a donné tout par l'autre, et reçoit en échange de l'ingratitude indifférente et mesquine. L'expérience de fausseté dans le lien s'exprime d'habitude dans les scènes de dépendance de personnages insincères, ambigus, non croyables. Enfin, l'expérience d'être objet d'un personnage spéculateur se présente dans des récits qui font référence au fait que c'est un autre qui résout le manque de recours qu'il souffre aux dépens de l'énergie (vitale, monétaire) du sujet parlant. De ces scènes, les deux premières (liées aux expériences d'injustice et de détachement) sont généralement assemblées, puisque

le sacrifice amoureux a pour destinataire un personnage qui se révèle peu à peu comme vindicatif et abusif. Ces deux scènes expriment souvent le composant "passionnel" de la relation, celui qui, dans le couple ou le groupe, constitue le centre apparent de sa souffrance. Cependant, ce sont les autres deux composants du lien qui ont, d'habitude, une plus grande efficacité, ceux qui le font peu croyable et plus chargé de nombres, de comptes, que de termes symboliques. Tandis que les deux premiers composants permettent de comprendre la colère qui introduit le plus grand bruit dans le lien, la deuxième combinaison (manque de crédibilité, spéculation) met en scène les états de dévitalisation (perte d'énergie) et de terreur. Dans les faits cliniques on remarque que le patient qui exprime ses récits se trouve prisonnier d'une nostalgie incurable. Être prisonnier est une expression du sentiment d'injustice; la nostalgie exprime l'expérience de détachement mais, en même temps, met en évidence l'attachement aux fausses situations, puisque la nostalgie est surtout le regret d'une expérience qui n'a jamais eu lieu (Freud, 1933a), et qui est aperçue comme l'ayant eu, ce qui est à la base des liens fictifs, de l'urgence pour trouver quelqu'un qui recommence à mentir au patient. L'exemple précité permet de signaler tant la nostalgie incurable du patient, le sentiment d'être attrapé dans les mensonges des autres et la défaillance économique (énergétique), qui est à la base de sa tentative de suicide et du passage postérieur à la manifestation de fureur.

En ce qui concerne les défenses développées dans ces liens, d'habitude une combinaison prédomine entre: 1) un démenti ou forclusion de la réalité et de l'instance paternelle et 2) une forclusion de l'affection. Ces défenses demandent un support dans le monde, elles ont besoin d'une intersubjectivité : l'autre devient le destinataire d'une vengeance, d'un sacrifice, de fausses expressions, de tentatives d'obtenir un gain de plaisir organique et/ou d'argent. Il est fréquent que le démenti se déploie dans l'un de deux acteurs, et la forclusion de l'affection, dans l'autre. Comme on le remarque, je fais allusion à une distribution intersubjective de deux ensembles de défenses. Pendant un temps cet échafaudage défensif relationnel va bien, mais il échoue finalement, et alors l'efficacité de la dévitalisation devient évidente avec la conséquence ultérieure d'angoisse automatique et de violence "tonifiante". On peut souligner que, du point de vue théorique, les défenses sont une expression de la pulsion de mort et de leur efficacité dans la vie psychique. Entre telles défenses, la plus puissante par son

caractère désorganisant est la forclusion de l'affection qui attaque les fondements de la subjectivité, le captage des qualités psychiques des liens. Cette défense est le témoin dans les processus psychiques de la façon dont la pulsion de mort interfère dans la complexité progressive de la tension vitale et conduit à la dévitalisation. En conséquence, la prévalence de la forclusion de l'affection constitue en même temps un indicateur de la prédominance des états de dévitalisation déjà mentionnés et il est, au fond, son représentant comme mécanisme défensif à l'intérieur du Moi. Pour être plus précis, l'état de la défense semble avoir une valeur décisive. Toute défense a trois états possibles: réussie, échouée, les deux états à la fois. Quand la forclusion de l'affect est réussie, la tonification déjà mentionnée prédomine; quand elle est échouée, l'angoisse automatique est prévalente; et quand il y a une combinaison entre défense réussie et échouée la dévitalisation devient relevante.

Il y a différentes perspectives à propos des défenses, comme celles de Kernberg (1996) et l'école kleinienne, qui met généralement l'accent dans les processus projectifs et introjectifs. D'autres auteurs, comme Green (1993), soulignent l'importance du déni. Quoique nous pouvons être d'accord avec plusieurs de ces propositions, nous considérons qu'il leur manque de la spécificité pour rendre compte des processus de base de défaut de liaison avec la propre vie pulsionnelle et affective, interférés, par exemple, par l'ingestion. À ce sujet, il nous paraît que le concept « forclusion de l'affect » s'avère plus pertinent. Ce mécanisme peut être combiné avec d'autres, très fréquemment avec le déni ou la forclusion psychotique. Il est fréquent que l'emploi systématique de ces défenses place le patient dans la position d'un écarté, c'est à dire, quelqu'un que les autres perdent l'espoir de pouvoir aider. La fin de la session permet de supposer que le patient a pu instaurer en quelque mesure cette attitude de expulsant dans le thérapeute, puisque celui-ci finit en lui disant qu'il lui souhaite « la meilleure des chances », ce qui se combine avec la phrase du patient (précitée) : avec un peu de chance il mourrait bientôt. L'hypothèse sur les mécanismes projectifs et introjectifs permet d'expliquer plutôt les effets qu'ils tendent à promouvoir dans les interlocuteurs, ainsi que la manière dans laquelle le patient a été touché par certaines scènes familiales qui ont promu certains processus intrapsychiques. Mais la caractéristique spécifique de tels processus intrapsychiques requiert une autre hypothèse, comme celle de la forclusion de l'affect.

Se centrer avec les patients sur les scènes décrites n'exclut pas nécessairement une référence aux liens symboliques mais, aussitôt, on remarque qu'il semble plus efficace de montrer une répétition de telles situations pendant la relation et pendant toute la vie de chaque intégrant, dans laquelle les différences sont données par l'apparition de circonstances qui peuvent tempérer ou accroître les états de dévitalisation qui se trouvent à la base.

Transmission, conscience, traces mnémiques

J'ai fait allusion à des processus de liens, de la même manière que d'autres auteurs qui étudient des liens de famille ou sociaux, y compris la transmission intergénérationnelle. Il s'agit de faits cliniques de plus en plus évidents, dont j'ai essayé de décrire les lois il y a environ quinze ans (voir mon livre *Procesos y estructuras vinculares*) à partir des idées de Freud. Dans cette occasion il m'intéresse surtout de considérer les mécanismes efficaces pour que cette transmission ait lieu. Ces mécanismes correspondent aux manières de communication et d'échange qui ne sont pas les propres du Moi "officiel" c'est-à-dire qu'ils n'impliquent pas nécessairement le discours parlé et, s'ils l'incluent, ils impliquent ses éléments les plus "organiques", comme peuvent l'être les composants paraverbaux, en particulier le timbre ou l'intensité languissante de la voix. On peut ajouter à cela la toux, des rots, des bâillements, combinés à quelques phrases entrecoupées, ou à des litanies toujours identiques, ou à un petit rire ironique ou moqueur que le patient profère pendant qu'il raconte des scènes douloureuses (un avortement, par exemple), et qui génère surprise chez l'interlocuteur. Bien entendu, ce premier abordage de la transmission efficace dans des situations dans lesquelles prédominent des économies pulsionnelles de liaison comme celle qui a été exposée au commencement a un caractère purement descriptif.

Du point de vue théorique, il y a un trait dans de tels échanges, qui consiste dans le manque de conscience, c'est-à-dire, le manque de qualification de la stimulation efficace, soit-elle motrice, visuelle, verbale, olfactive, etc. Ce qui se passe dans ces échanges c'est que les organes sensoriels ont une fonction adhésive et non diacritique. L'échange se réalise dans les situations dans lesquelles prédominent une combinaison entre désinvestitures et intrusion

organique, comme dans les situations de l'hypnose par terreur ou les perceptions au milieu d'une crise de somnolence ou dans les épisodes traumatiques.

À cela il est habituel d'ajouter un discours banal et inconsistant, avec une apparence entre histrionique et évasif. Ce discours banal met en évidence une identification avec un objet décevant, et il est le témoignage de la désinvestiture réalisée par rapport à l'interlocuteur, en qui il éveille un manque surprenant d'intérêt pour ce qu'il écoute. La désinvestiture cachée à laquelle je viens de faire allusion est une expression de l'état de dévitalisation, et dans l'échange il arrive alors une suppression de la fonction qualifiante de la conscience originaire. Dans telles circonstances ces échanges économiques dans les liens sont courants.

L'efficacité de ces affluxes sensoriels dans la vie psychique demande une considération quelque plus raffinée. Il est habituel de supposer que la perception accompagnée de conscience conduit à la création de traces mnémiques, mais quelque chose de similaire peut arriver quand la perception n'est pas accompagnée d'elle. Le sujet a été étudié récemment par les neurologues, qui soutiennent que la différence entre les deux types de mémoire réside dans la familiarité, qui manque quand la perception n'a pas été accompagnée d'une conscience. Peut-être cette description des neurologues peut s'associer avec une forme de l'abominable, du message de la pulsion de mort, mais, au-delà de ces considérations, il est convenable de faire attention à la façon dans laquelle ces inscriptions "non habituelles" retournent. Entre les manifestations cliniques plus fréquentes figurent l'apparition d'affections non éprouvées, les altérations corporelles et les hallucinations inconscientes. Les affections non éprouvées se présentent comme la non émergence de la nuance correspondante, ce qui s'accompagne souvent d'altérations corporelles. Les hallucinations inconscientes se présentent comme images floues et/ou fuyantes superposées sur la réalité sensorielle. Freud (1922b) fit allusion au délire non investi que le patient disqualifie. Quelque chose de similaire arrive avec ces hallucinations qui, quand elles reçoivent plus d'investissement par le patient, elles peuvent s'accompagner de crédit et de figurabilité plus nette. Une autre modalité de retour de ces traces mnémiques non familières se présente comme l'apparition permanente de scènes dans lesquelles d'autres surprennent le patient avec une conduite qui pour le thérapeute devient prévisible et qui semble toujours inespérée et insupportable au patient.

Comme achèvement de ce paragraphe je voudrais exposer l'évolution d'un traitement pendant lequel le thérapeute a été porté à modifier sa stratégie clinique. Il s'agit d'un patient qui a consulté par son conflit matrimonial, puisque son épouse lui disait qu'elle n'éprouvait pas d'affection pour lui et il ne se décidait pas à se séparer. Dans les récits du patient sa femme paraissait une personne exempte de vie affective, intéressée aux séminaires d'un ordre religieux qui lui absorbaient son temps et qui demandaient le soutien économique du mari. La situation n'était pas neuve, puisque l'état de l'épouse avait été pareil depuis le début de la relation, mais au début il avait répondu avec violence et rapprochements sexuels intrusifs, et depuis un temps cela ne se produisait plus. Le patient était abattu et ne savait pas quelle orientation prendre. Au cours du traitement le patient avait mis en évidence des ressources histrioniques et une richesse expressive frappante pour décrire ses problèmes. Les récits du patient oscillaient entre les conflits conjugaux et les problèmes de travail. À cela s'ajoutaient des ingestions alimentaires nocturnes et précordialgiques chaque fois qu'il se sentait débordé par l'expérience de ne pas avoir d'issue pour les situations où il se sentait attrapé. Le patient travaillait comme chef de salle dans une unité de thérapie intensive, et parlait parfois avec une forte angoisse à cause de l'impotence qu'il éprouvait en face de situations très graves. Au cours des sessions le thérapeute a pu noter qu'il ne réussissait pas à approfondir dans les scènes que le patient racontait, puisqu'il n'apportait pas d'associations révélatrices, qu'il remplaçait par de brusques changements de scènes et sujets. Ainsi, avec le temps son discours était devenu réitératif et évasif. Le patient disait en outre que de temps en temps il s'adressait à des voyants et à des conseillers spirituels et religieux à la recherche de conseils qu'ensuite il ne suivait pas. Souvent les conseils qu'il écoutait se résumaient dans la suggestion de se séparer de l'épouse. Le patient avait opté pour une solution intermédiaire : il s'était installé dans une chambre séparée et éloignée de la chambre matrimoniale, dans le même logement. C'était chambre exempte de fenêtre et avec un sofa qui lui servait de lit. Pendant cette période initiale du traitement le thérapeute essaya d'intervenir avec une combinaison de commandes d'association pour les scènes que le patient racontait et d'interprétations au sujet de sa valeur symbolique. Ces dernières visaient à souligner que le patient se réfugiait dans un monde embelli qui lui permettait de s'enfuir de sa réalité immédiate et le laissait paralysé. En principe le thérapeute avait privilégié mettre en valeur les désirs refoulés du patient et soulignait

l'angoisse de castration et le sentiment de culpabilité. Ensuite le thérapeute s'est disposé à souligner le fait que, avec son discours histrionique-évasif le patient prétendait dénier le manque d'amour de l'épouse et sa propre dépendance d'un personnage qui le désinvestissait et s'intéressait seulement à son argent. Le thérapeute a ajouté que la manière dont le patient s'exprimait dans les sessions indiquait qu'il essayait de paralyser le traitement et d'éviter que le thérapeute puisse promouvoir un changement, de sorte que dans les sessions se créait un lien comme celui que le patient entretenait avec les malades graves en thérapie intensive. Toutefois, ces interventions ne paraissaient pas contribuer au changement clinique du patient, qui insistait dans sa combinaison entre histrionisme et évasion. Le thérapeute a alors inféré que le discours du patient avait surtout une valeur cathartique, pour se libérer de ses états affectifs.

Ces vérifications ont finalement conduit le thérapeute à prendre une autre orientation clinique. Le thérapeute s'est mis à indiquer au patient que, quand il essayait seulement de se débarrasser de ses états affectifs en session, il témoignait de son identification avec des malades au stade terminal, expulsés, avec lesquels il était seulement possible d'effectuer une thérapie palliative. Dans ce contexte un souvenir infantile réitéré du patient a pris relief : il s'installait généralement dans un parc qui dans sa ville d'origine était proche du cimetière, et il voyait comment ils transféraient les cadavres pour les enterrer. Aussi il s'était mis à apporter des souvenirs réitérés de son père colérique et violent, qui le frappait souvent, et battait sa mère aussi. Ces souvenirs avaient permis que le thérapeute établisse une relation entre deux personnages, l'un d'eux défaillant, exempt de vitalité, et l'autre violent. Le thérapeute a interprété pour le patient qu'avec le discours histrionique et évasif du début du traitement, qui essayait de paralyser le traitement, il prétendait promouvoir dans la session une scène dans laquelle il recevait des interventions de plus en plus violentes, comme coups, tandis qu'il se livrait à l'inertie. Après des vacances de ses sessions, le patient avait fait allusion à sa tentation suicide, et le thérapeute a établi une connexion entre la perte d'objet (le thérapeute lui-même) et la tendance à l'abandon de soi. Le thérapeute a ajouté que, pendant la période initiale du traitement, dans laquelle le patient avait développé des ressources histrioniques et évasives pour paralyser le traitement, il avait montré et simultanément évité ces pensées suicides. Il a aussi pu relier cette tentation suicide avec les voyages que, dans l'enfance, faisait le père

du patient, et qui le laissaient dans un état de paralysie inerte et de terreur. Quelque temps après, sur les instances du thérapeute, le patient a raconté l'histoire de son père : quand il était âgé d'un peu plus d'un an, sa mère s'était suicidée en ingérant du poison pour blattes, et quelques mois plus tard le père (grand-père du patient) était disparu de la maison. L'enfant était alors resté aux soins d'une tante, soeur de la mère, dont il portait le nom ; nom qu'il avait reçu de son père en version masculine. Le thérapeute a signalé que le patient alors paraissait avoir pour le père une fonction apparemment protectrice, qui cachait une autre fonction, liée au destin tragique de la grand-mère paternelle. Dans les sessions il a été possible d'établir un lien entre les manifestations de violence du père et la nécessité que quelqu'un élabore des scènes insupportables pour lui, comme celle du suicide de sa propre mère. Ainsi, les pensées suicides du fils semblaient être une façon d'essayer de élaborer quelques scènes impensables pour son père. Le patient avait aussi raconté que, quand le père partait en voyage, il était terrifié par la vision de blattes énormes qui circulaient la nuit près des ordures. Ce souvenir a été considéré comme une manière de monter une scène à propos d'une pensée impensable du père, pour qui la mère, suicidée avec du poison pour blattes, réapparaissait et rôdait autour de la maison la nuit. Le résultat de ce travail clinique, qui a duré environ une année, a été que le patient avait cessé de développer en session un langage histrionique et évasif et s'était mis à se concentrer sur ses angoisses et sur la possibilité de séparer son logement de celui de son épouse.

On peut signaler que le thérapeute avait plusieurs fois varié sa stratégie clinique. Au début il avait supposé que dans le patient prédominait le refoulement, et par conséquent il sollicitait des associations et effectuait des interprétations sur la valeur symbolique des manifestations du patient. Il avait ensuite supposé que le déni était prévalent, et il avait conduit le patient à se concentrer sur la réalité matrimoniale conflictuelle qu'il évitait et à le faire cesser de paralyser le traitement. Enfin, le thérapeute avait changé d'hypothèse clinique et s'était engagé à donner importance centrale à la forclusion de l'affect, raison pour laquelle il avait souligné l'importance de la tendance cathartique du patient et la recherche d'une thérapie seulement palliative. Cette troisième orientation clinique a permis que le thérapeute se situe plutôt dans un autre terrain, dans lequel il était possible de trouver des redondances entre de nombreuses scènes centrées dans la combinaison dévitalisation-violence, qui incluaient

l'histoire du père, la relation père-fils, la relation de couple, l'activité de travail et l'échange dans les sessions. Ceci ne veut pas dire que le thérapeute avait cessé de considérer la valeur symbolique de quelques scènes, ni que l'hypothèse au sujet du déni n'avait pas une certaine valeur, mais elle ne saisissait pas l'ensemble de la situation. Il ne serait pas juste de dire non plus que les scènes que le patient avait finalement raconté (par rapport à l'histoire de son père, à la relation avec celui-ci et même à ses propres pensées suicides) étaient refoulées, ni que dans tout cet ensemble prédominait le déni. Tout ce matériel avait été toujours disponible dans le préconscient du patient, et celui-ci n'avait offert aucune résistance quand le thérapeute avait changé sa proposition clinique, mais au contraire il avait contribué avec des souvenirs, commentaires, etc. Nous inférons qu'il avait seulement été nécessaire que le thérapeute dispose d'une autre orientation clinique qui lui permette de donner cohérence à l'ensemble et d'avancer dans une autre perspective, qui incluait l'intersubjectivité et le traitement d'expériences insupportables entre des générations.

Liens interpulsionnels dans la séance

Cette perspective des faits cliniques ne tient pas seulement en compte l'économie pulsionnelle de liaison dans le couple et la famille, mais aussi celle qui se donne dans le sein même de la séance. Dans ce contexte, il est possible de remarquer une série de manifestations chez l'analyste: une somnolence face aux patients, une insomnie nocturne, tachycardie, des attaques subites d'allergie, ainsi que des états d'épuisement, du vertige, des crises de furie avec quelque intégrant de la famille, une surprenante indifférence incrédule quand l'un ou l'autre décrit des situations pénibles, des interventions banales qui impliquent abandonner l'un des patient comme un sujet expulsé, etc. Plusieurs de ces manifestations (tachycardie, somnolence, allergie, épuisement) mettent en évidence que même en séance l'état d'un patient ou de tout un groupe a franchi des frontières, s'est introduit sous la peau du thérapeute, immergé dans un état hypnotique.

D'autres manifestations, par contre, mettent en évidence l'angoisse du thérapeute une fois qu'il a capté sa propre dévitalisation, ainsi que d'autres montrent une tentative de tonifier pour restaurer. Il y a beaucoup d'autres alternatives qui, cependant, peuvent être réduites,

au fond, à un nombre réduit de catégories. Il est fréquent que le thérapeute essaie de comprendre ces manifestations dans le contexte de sa propre constellation névrotique, et peut-être par ce chemin il pourra obtenir une avance, mais il me semble plus pertinent, théorique et cliniquement, les placer dans le cadre du lien, dans lequel il occupe, sans le savoir, la position d'un personnage d'une scène traumatique du patient.

Le point demande d'être éclairci. Dans un livre récent écrit avec des collaborateurs (Maldivsky et al, 2006) j'ai enquêté sur la première séance de dix patients individuels avec leurs thérapeutes respectifs. J'ai tenu compte de trois niveaux d'analyse : 1) les récits du patient, par rapport à ses relations extra-séance, 2) les scènes déployées par le patient dans la séance, 3) les scènes déployées par patient et thérapeute. Il a été possible de constater que les scènes racontées par le patient offraient une perspective globale pour comprendre celles qu'il déployait dans la séance, lesquelles, à leur tour, mettaient en relief des aspects significatifs des premières. En ce qui concerne l'un de nos points d'intérêt regardant ce travail, chez les patients avec ces problèmes, il nous a été possible détecter des scènes liées avec les expériences d'injustice, de détachement, de fausseté et de spéculation comme celles que j'ai décrit au début. Mais en plus, après avoir enquêté les scènes déployées par patient et analyste, j'ai remarqué aussi que ces scènes s'imbriquaient avec celles que le patient avait raconté, par quoi il est possible d'inférer que, au-delà des composants névrotiques du thérapeute lui-même, le patient convoquait l'interlocuteur à se positionner comme un personnage de son monde interne et que le thérapeute était porté à harmoniser, de façon transitoire ou durable. Dans ces occasions patient et thérapeute subissaient un piège clinique qui avait un trait familier, puisque la scène coïncidait avec quelques épisodes que le patient racontait.

Mais par d'autres occasions, le thérapeute se trouvait convoqué à se placer, sans le savoir, dans la position d'un personnage qui le prenait lui aussi par surprise et qui ne s'encastrait pas nettement dans les scènes racontées par le patient, où il n'avait pas d'équivalents. Alors il est possible d'affirmer que le thérapeute se trouvait convoqué à contribuer à la mise en scène dans la séance d'un épisode inscrit dans l'animique du patient comme souvenirs pas familiers, qui passaient ainsi à acquérir un premier moulage énigmatique, à l'attente d'un travail analytique ultérieur. Dans telles scènes pas familières du patient avaient spécial importance celles concernant le fait d'avoir été

abandonné à la désinvestiture des parents, ou d'un thérapeute qui baissait les bras et l'expulsait, dépourvu d'énergie ou de recours, ou déguisait cette scène avec une présentation inconsistante et désorientée.

Dans ce dernier type de piège clinique de patient et de thérapeute il est possible de constater, donc, l'efficacité de traces mnémiques non familières du patient (et peut-être du thérapeute), dérivées de perceptions dans un état d'hypnose par terreur et dépourvues de conscience.

Dans un travail postérieur, écrit avec des collaborateurs (Maldavsky et al, 2007), je suis arrivé à des conclusions pareilles concernant ce qui arrive dans une séance de couple. J'ai pu percevoir alors que le thérapeute peut tomber dans un double piège clinique: d'une part occuper sans s'en apercevoir la position d'un personnage dans une scène traumatisante d'un des patients, souvent entraînée par le discours de l'autre, et à la fois rester plongé dans le réseau d'une alliance résistentielle des deux patients, piégé dans leurs liens fictifs et dans leurs spéculations économique-organiques.

Ces situations mettent en évidence la portée de la perspective de l'intersubjectivité qui conduit à la rencontre entre deux séries: 1) les processus psychiques de chacun des participants d'un épisode, et 2) les échanges entre les sujets, qui peuvent se déployer dans le sens de la complexisation ou de la décomplexisation croissante. Tandis que cette seconde série peut s'articuler avec les perspectives constructivistes, la première correspond aux contributions de chaque sujet au lien. Cette double perspective permet d'étudier les situations révélées au moment présent et en même temps les processus psychiques que les membres ont mis en évidence dans d'autres situations aussi.

La dévitalisation dans des patients aux trames relationnelles complexes

Souvent la dynamique animique et de liens que j'ai décrit correspond au noyau des processus qui se donnent chez l'un ou l'autre membre du couple. Ces processus souvent impliquent le thérapeute, raison pour laquelle celui-ci peut se trouver épuisé à la fin de la séance, souffrir des moments de somnolence ou d'angoisse, se

trouver englouti dans des hallucinations à peine perceptibles, etc. Mais il arrive plus souvent que ces processus ne se rapportent qu'à un secteur de la dynamique psychique et relationnelle pendant la séance et que, par ailleurs, chez l'un des participants, prédomine un courant psychique différent, comme celui des pathologies narcissiques non psychotiques (patients schizoids, transgresseurs, etc.), ou un courant psychique comme celui des névroses de transférence (hystérie, névroses obsessionnelles) ou même un courant psychique dans lequel prédominent des mécanismes fonctionnels, non pathogènes. C'est fréquent, aussi, qu'il y ait une coexistence entre plusieurs de ces courants psychiques, et que dans l'un des intégrants du couple les composants dévitalisés se manifestent surtout dans les composants paraverbaux (timbriques, mélodiques, rythmiques) tandis que le discours s'exprime plutôt par des composants histrioniques, séducteurs. D'autre part, le thérapeute peut alterner entre des crises subites de toux et interventions pertinentes. Ce que je veux dire par là c'est qu'il n'est pas convenable de réduire toujours tout le fonctionnement psychique et relationnel à un seul secteur (comme, par exemple, le dévitalisé) mais qu'il est préférable d'être préparé pour affronter une trame plus complexe entre les différents courants psychiques de chacun des patients, qui atteint des résonances chez l'autre et chez le thérapeute dans plusieurs secteurs à la fois, avec la prévalence transitoire de l'un d'eux.

L'exemple déjà énoncé met en évidence clairement la coexistence de trois secteurs qui se combinaient dans le patient, avec la prédominance d'un d'eux. Dans un secteur prédominaient des caractéristiques caractérologiques histrioniques-évasives, dans un autre prédominait une tendance au déni de la réalité (le manque d'amour de l'épouse) et dans un troisième la forclusion de l'affect, la catharsis, les états de dévitalisation et la tendance à se placer comme un patient expulsé avec lequel seulement un traitement palliatif est possible. Les deux premiers secteurs ont apporté un contour à l'ensemble, mais le troisième se révéla comme le dominant.

Bibliografía

Freud, S. (1922b) Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad, en SE, vol. 18.

- Freud, S. (1923b) *El yo y el ello*, en SE, vol. 19.
- Freud, S. (1933a) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en SE, vol. 22.
- Green, A., (1993) *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu Editores. Bs. As. 1993
- Kernberg, O., (1996) A psychoanalytic theory of personality disorders, en J.F. Clarking y M. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*, pp. 160-137, New York, Guilford Press.
- Maldavsky, D. (1986) *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.
- Maldavsky, D. (1990) *Procesos y estructuras vinculares*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.
- Maldavsky, D. (1995a) *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996; *Névrose toxique et traumatique*, París, L'Harmattan, 1999.
- Maldavsky, D. (1995b) *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós; 1996, *Lignages abouliques: Processus toxiques et traumatiques dans des structures intersubjectives*, L'Harmattan, Paris, 2000.
- Maldavsky, D. (2003) A contribution to the development of a psychoanalytical methodology for research into language. A systematic study of narration as an expression of sexuality, *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 2003, 607-636.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A.M., Buceta, C., Bustamante, B., Cantis, J., Cusien, I., de Durán, R., Follmann, A., García Grigera, H., Garzoli, E., Goldberg, J., Iusim, M., Kazez, R., Legaspi, L., Manson, M., Miceli, G., Neves, N., Rembado, J.M., Rodríguez Calo, M., Roitman, C.R., Romano, E., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Widder, F. (2005) *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*, UCES ed. Buenos Aires.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. Ma., Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., García, K., García Grigera, H., Garzoli, E., Iusim, M., Jarast, G., Kazmierski, J., Lacher, G., Manson, M., Neves, N., Plut, S.,

Rodríguez Calo, M., Roitman, C., Romanisio, O., Scilleta, D., Slein de Berenstein, R., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Varela, R. (2006) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Editorial Lugar, Buenos Aires, en prensa.

Maldavsky, D. , Bodni, O., Cusien, I., Lambersky de Widder, F., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C. y Truscello de

Manson, M. (2001) Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: *secuencias narrativas*, Nueva Visión.

Maldavsky, D., Britti, A. M., Alvarez, L., Neves, N., Roitman, C. R. y Tate de Stanley, C. (2007) Exigencias de amor, presiones y chasquidos de lengua en una sesión de pareja, estudiada con el algoritmo David Liberman, *Actualidad psicológica*, año 32, N° 352, 10-16.