

Oui, la psychanalyse guérit ! de Jean Daniel Nasio

Deux qualités que l'analyste doit développer:

- Une fine sensibilité qui lui fait parvenir les mouvements cachés de l'inconscient d'autrui
- L'art de laisser parler son propre inconscient

L'accompagnement:

'L'accompagner (le patient) non pas en le prenant par la main, mais, nous le verrons, en liant étroitement nos deux inconscients' p16

Le meilleur instrument du psychanalyste: son INCONSCIENT INSTRUMENTAL

Instrument destiné à écouter les patients et les accompagner jusqu'au soulagement de leur souffrance.

'Je suis convaincu qu'un psychanalyste guérit son patient grâce, non seulement à ce qu'il sait, à ce qu'il dit ou à ce qu'il fait, mais grâce surtout à ce qu'il est et, j'ajoute, à ce qu'il est inconsciemment »

L'inconscient est cette part cachée de nous même qui détermine ce que nous sommes et, quand nous agissons comme thérapeute, détermine ce que nous sommes devant chaque patient, avec son ***Inconscient Instrumental***, qu'un psychanalyste travaille et guérit ses patients. p17

L'inconscient avec lequel travaille le psychanalyste n'est pas son inconscient personnel à l'état ordinaire, mais son inconscient personnel sublimé. p17

un inconscient raffiné, pétri et repétri par plusieurs années d'analyses personnelles par de longues années d'exercice et d'écoute pour apprendre à mieux nous connaître intérieurement et à dialoguer avec nous mêmes

un inconscient modelé par les échanges réguliers avec un superviseur qui nous aide à résoudre les inévitables difficultés rencontrées dans notre pratique et à affiner notre sensibilité de thérapeute p17

Comment travaillons-nous avec notre Inconscient Instrumental ?

L'idée: Quand un psychanalyste **écoute** son patient en mobilisant son Inconscient Instrumental et en lui adressant ensuite une parole prégnante, une interprétation, quand cela arrive, le patient abandonne sa mauvaise perception de lui-même et, partant, son état s'améliore. p19

Que signifie écouter ?

Ecouter c'est rester très concentré sur les manifestations verbales et non verbales du patient.

Ecouter, c'est tout à l'opposé de l'attention flottante considérée à tort comme un état d'inattention du thérapeute.

Ecouter celui qui nous parle, c'est nous concentré activement sur ce qu'il nous dit, essayé d'aller au-delà des mots qu'il prononce et surtout, surtout, sentir en nous son émotion consciente et, si possible, son émotion douloureuse et inconsciente. P20

Ecouter l'autre, c'est aller vers le dedans, c'est descendre à l'intérieur de nous même pour y rencontrer une scène venant de l'autre. p39

Lorsque nous écoutons, nous n'entendons plus rien

nous sommes au-delà des sons et du sens, nous restons sourds aux bruits qui dérangent et indifférent aux pensées qui distraient.

Nous entendons les mots, mais nous écoutons l'inconscient. p21

L'écoute est un processus en 5 étapes: p26

'L'écoute du psychanalyste est cette plongée lumineuse en lui-même; la psychanalyse est cet élan porteur du changement.' p60

Le psychanalyste **observe**,
il essaie de **comprendre**,
il **écoute pleinement**,
il **s'identifie** et, finalement,
il **communique son interprétation**.

1-Observation (comportement et allure du patient)

2-Compréhension (du sens latent des paroles et des attitudes)

3-Ecoute (fusion intime, interpénétration des 2 inconscients et condition de la guérison)

4-Identification (ressentir l'ancienne émotion traumatique que le patient ne ressent plus aujourd'hui)

5-Interprétation (traduction au patient avec des mots simples et suggestifs le vécu émotionnel que le thérapeute a éprouvé en s'identifiant à l'enfant refoulé du patient)

En 4 variantes:

L'interprétation narrative

La Prosopopée interprétative

L'interprétation gestuelle

La rectification subjective

Les deux prémisses qui conditionnent le processus de l'écoute: p27

- Vouloir entrer dans le monde intérieur et silencieux du patient qui souffre: avoir envie de le connaître du dedans, tel qu'il se perçoit lui même
- l'expérience de l'écoute: idéal qui n'est pas toujours acquis et disponibilité qui se développe dans une sensibilité de plus en plus accrues à la présence intime de l'autre.

1- L'observation p29

Observer la démarche du patient, le timbre de sa voix, ses mimiques, ses expressions distraites du visage, l'expression de son regard, des messages subtils de ses yeux, la manière de se tenir, de bouger, d'utiliser ses mains

Toute la sensibilité du thérapeute doit être en éveil: visuelle, auditive, olfactive, voire tactile.

Etre attentif aux sacs et aux paquets que le patient peut apporter avec lui, et éventuellement lui demander: « qu'est ce que vous avez là ? »

S'ouvrir à tout autre expression liée indirectement au patient et considérée comme une extension de son psychisme (l'accompagnant, l'enfant qui reste dans la salle d'attente, le chien, l'album photos, la musique qu'il écoute)

Etre sensible à tous les signes à travers lesquels un être communique sa vie)

Freud: les expressions affectives d'un être humain sont des prolongements de son psychisme. notre réalité extérieure est constituée avant tout par les êtres et les choses qui comptent affectivement pour nous; Ainsi, nos liens affectifs sont une mise en scène au - dehors de notre psychisme.

Le thérapeute doit savoir s'observer lui même en train d'agir: **faire, s'observer faire et théoriser ce que l'on fait.**

2- La compréhension p34

Essayer de déduire les conflits larvés qui tourmentent le patient, l'image négative qu'il s'est forgé de lui même, et le fantasme enfoui inconscient et pervers, source de sa souffrance.

Le thérapeute et la personne refont intellectuellement le chemin inverse de la genèse des symptômes et opèrent ainsi ce que Freud appelle un 'travail de reconstruction'

3- L'écoute p36

De l'obscurité jaillit la lumière

Il se peut que l'analyste ne sache pas quelle piste suivre dans le **travail de reconstruction du fantasme pathogène** du patient. Il y a des hypothèses mais pas de conviction.

Il hésite et tâtonne dans une obscurité qui précède et prépare l'instant le plus décisif de la relation, celui de *l'écoute proprement dite*.

Il arrive qu'à un moment de la séance, le thérapeute soit attiré par un mot, une expression du visage, un mouvement corporel.

A ce moment là, piqué comme par un aiguillon, l'analyste est alors entraîné dans une **concentration intense**.

Il rentre alors en lui et s'isole mentalement pour parvenir à atteindre **le silence fécond en soi, la forclusion volontaire** c'est à dire à faire taire en lui ses propres préoccupations et

même les échos des considérations théoriques qu'il a établies lors de la phase précédente de reconstruction.

Qu'est ce que la concentration ?

Une force volontaire qui inhibe, rejette et annule les pensées inutiles et parasites tout en canalisant l'énergie disponible pour **l'écoute**.

Quelle est ce que la forclusion volontaire ?

C'est annulation et l'inhibition de tout sens produit par le moi de l'analyste afin d'installer en lui la plus perméable réceptivité. **La concentration pure est pure réceptivité.**

L'état d'écoute:

L'analyste perçoit en lui , au sein de son silence intérieur, ce qui s'impose dans son esprit. Il capte en lui l'inconscient de l'autre. Ayant quitté son propre moi, oublié le temps et l'espace immédiat, il rencontre ce que l'autre a fait brusquement jaillir en lui: **une scène imagée chargée d'émotion.**

L'expérience de la pleine écoute: l'écoute thérapeutique

Diversément nommée aussi: écoute endopsychique, captation ou plongée.

Ce n'est qu'au dedans de soi que l'on rencontre l'autre.

L'analyste commence par observer l'autre de l'extérieur mais c'est à l'intérieur de lui qu'il rencontre l'autre dans son être le plus intime.

La scène imagée qu'il perçoit en lui provenant de l'inconscient de l'autre est une vision mentale floue, une perception d'images plus tensionnelles que visuelles.

Il se dissocie entre le sentiment d'être tout entier happé par la scène qui s'impose à lui et la conscience lucide de ce qu'il éprouve.

Récapitulatif:

1- J'observe,
2- J'essaie de comprendre et d'établir des hypothèses, mais j'hésite
3- Je suis surpris par un détail qui m'attire, aiguillonné, je rentre en forclusion volontaire, je perçois une scène en mouvement, où l'action est franche et les détails absents.
Je me dissocie: je suis en présence de mon patient que je vois et que j'entend devant moi, et tout en étant au contact de la réalité, je suis absorbé par la scène qui a surgit à l'intérieur de moi.

L'état de dissociation:

Mélange de vide et d'acuité, d'hallucinations volontaire et de lucidité, d'un soi empli de l'autre, sous le contrôle d'une conscience lucide.

Freud:

'La psychanalyse se comporte de la manière la plus adéquate s'il s'abandonne à lui même, s'il s'abandonne à sa propre activité mentale inconsciente, évite de pensée

et d'élaborer des idées conscientes et capte de la sorte l'inconscient du patient avec son propre inconscient'

L'analyste s'abandonne à lui-même, à sa propre activité mentale. Il écoute et toutes ses forces sont concentrées en un mouvement intérieur, comme pour éviter son moi, faire silence en lui et rencontrer l'inconscient de l'autre.

Concentré et éveillé, il voit surgir en lui la fiction d'un personnage qui représente le patient dans un état fantasmatique.

L'analyste capte avec son inconscient le fantasme inconscient de son patient.

La scène fantasmatique:

le plus souvent composée de deux protagonistes en conflit- scène que le patient a oubliée - et qui est à l'origine de ses troubles actuels par son action nocive.

Cette scène inconsciente chez le patient est le souvenir fébrile d'un ancien traumatisme infantile ou pubertaire réellement survenu ou imaginativement vécu par le patient.

L'acteur principal, le personnage fictif de la scène perçue par l'analyste représente le patient, qui est alors très différent de la personne présente lors de la séance; car ce personnage adopte souvent la figure d'un petit enfant abandonné, abusé sexuellement, humilié ou battu, ou encore la figure d'un adolescent égaré, enfermé dans son monde. Si le patient est un enfant, l'être fantasmatique qui vient à l'esprit de l'analyste revêt souvent l'aspect d'un nouveau-né désemparé, qui cherche en vain l'achaleur des bras enveloppants d'une mère.

Comment s'assurer que le fantasme perçu n'est pas de la pure invention fantasmatique de l'analyste ? p45

3 indicateurs permettent d'attester que le praticien travaille non pas avec son moi mais avec son Inconscient Instrumental, et que le fantasme qui germe en lui n'est de lui mais de l'autre:

- La surprise: l'analyste est étonné de se voir entraîné par des fictions qui s'imposent à lui.
- Une sensation de dépersonnalisation: il a la sensation de vivre une légère dépersonnalisation provoquée par la dissociation inhérente à une écoute aussi intense.
- Le silence dense du patient: lorsque l'analyste communique la fiction perçue au patient, ce dernier réagit avec un silence d'acquiescement saturé d'émotion, ponctuée souvent d'une exclamation émue.
« C'est vrai, je n'y avait pas pensé ! »

4- L'identification:

Pendant que l'analyste écoute, un détail le surprend, il voit surgir en lui la scène fantasmatique et éprouve l'émotion qu'éprouverait le personnage principal en action.

C'est à dire qu'il s'identifie, en silence, avec l'émotion que vit l'être imaginaire du fantasme perçu.

Il ressent à la fois ce que ressent le patient présent dans la séance et ce que ressent le personnage du fantasme qui défile dans son esprit.

Il ne s'identifie pas avec ce que son patient vit, sent ou éprouve, mais avec ce que vit, sent ou éprouve, l'être fantasmatique qui apparaît dans son esprit.

Il assume donc deux positions distinctes et simultanées:

- Une présence active dans la réalité concrète de la séance: il observe, comprend et intervient.
- Une présence active dans sa propre réalité intérieure.

Dissocié, il est tout à la fois un interlocuteur tourné vers l'extérieur, attentif aux manifestations de son patient, et un récepteur inconscient qui vibre à l'unisson avec l'émotion ressentie par la personne fantasmatique qui apparaît dans sa tête.

5- L'interprétation:

« Voici ce que j'ai trouvé de vous au fond de moi ! »

C'est le moment où le praticien met en mots le fantasme chargé d'émotion qu'il perçoit et qu'il communique au patient.

'J'écoute en moi ce qu'il se passe en lui et je lui relate. Je me fais ainsi l'interprète d'une partition que j'ai sous les yeux, en espérant que l'auditeur, ouvert à ma musique, se dise: « Voilà ma mélodie profonde ! »' P49

Parler avec des mots simples, suggestifs ou allégoriques, jamais théoriques ou techniques. Ces mots jaillissent de l'expérience de l'écoute endopsychique, ils touchent le patient et l'incitent à rentrer en lui-même et à changer sa manière de percevoir.

L'analyste a néanmoins le choix de se taire ou de parler. S'il décide de se taire, il s'agit d'un silence délibéré dicté par le sens de l'opportunité.

Cela peut être difficile de se taire alors qu'il brûle d'impatience de parler, mais cela peut être trop tôt ou trop tard pour intervenir, ou que le patient n'est pas prêt à recevoir telle parole. Il faut parfois du temps pour laisser mûrir l'idée que l'analyste a en tête, et parfois l'analyste peut aussi ne rien avoir à dire.

Wittgenstein: 'Ce dont on ne peut parler, il faut le taire.'

L'authenticité avec laquelle le thérapeute parle est décisive pour que son patient lui fasse confiance et se sente incité à être tout aussi authentique, présent à sa propre parole.

« Une fois obtenu le silence intérieur, je capte l'inconscient de mon patient qui s'impose à mon esprit sous la forme d'une scène fantasmatique; ensuite, je me glisse dans la peau du personnage principal et j'entre dans le feu de l'action, je ravive le fantasme, le dramatise, et finalement le traduis en mots que je communique au patient. »

**Interpréter,
c'est rendre au patient la part inconsciente de lui-même**

p61

L'interprétation est le moyen le plus sûr pour déclencher les effets qui conduiront le patient à la guérison: révéler à l'analysant sa part inconsciente, l'émouvoir, l'amener à tenter en soi, à découvrir l'image fautive qu'il s'est forgée de lui-même, corriger cette image et modifier ainsi la mauvaise relation qu'il entretient avec lui-même et avec les autres.

1- Qu'est-ce qu'une interprétation ?

C'est une parole ou un geste de l'analyste qui fait comprendre qui fait prendre conscience au patient de ce qu'il ignore et que nous supposons être la cause de sa souffrance.

Interpréter, c'est rendre conscient l'inconscient.

L'interprétation fait prendre conscience au patient de ce qu'il ignore, mais aussi de **la peur qui le fait rester dans l'ignorance.**

L'acte interprétatif à deux buts immédiats:

- but cognitif: faire savoir
- but affectif: la peur de savoir

Faire prendre **conscience de la peur de savoir= interpréter les résistances**

2- Qu'est ce que la résistance ?

C'est la peur, la peur de devenir conscient et d'en souffrir, la peur de changer et de ne pas maîtriser ce qui advient; la peur de guérir et de devenir autre que celui que je suis. C'est un moi infantile, tout effarouché, qui craint le danger imaginaire de savoir et de changer.

Peur de vivre la douleur de savoir et de grandir, ce qui explique chez certains leur cramponnement désespéré à leur souffrance.

L'acte d'interpréter engagé et congruent de l'analyste suscitera souvent une prise de conscience émue accompagnée d'un assentiment spontané du patient

L'important n'est pas que le patient comprenne ce que l'analyste lui révèle, mais qu'il soit ému par ce qu'il a compris.

Pourquoi le fait de devenir conscient de ce que nous ne voulions pas savoir favorise-t-il la levée de nos symptômes ?

Parce que **la prise de conscience du refoulé donne un nom et un sens au refoulé.**

Ce qui compte, ce n'est pas tant que ce que je refoule et refuse de savoir monte à ma conscience. **C'est que je prenne conscience une conscience émue et réfléchie (qui donne sens à ce qui est) du refoulé qui fermente à l'intérieur de moi.**

3- Qu'est ce que donner un sens au refoulé?

Si le refoulé est, par exemple, une ancienne émotion violente vécue par un enfant lors d'un traumatisme (abandon, séduction abusive, maltraitance...) cette émotion s'empare de l'enfant sans qu'il puisse l'identifier, elle reste enfermée dans l'inconscient et se

manifestera plus tard sous la forme de divers symptômes ou de comportements conflictuels.

Cette vieille douleur traumatique **erre dans l'inconscient sans aucune attache qui la relie à la conscience ni aucune représentation consciente qui la nomme.**

C'est l'absence d'un nom, que l'enfant n'a pas pu lui donner lors du traumatisme, qui fait de cette émotion une émotion nocive.

Elle cesse d'être nocive quand, en la reliant à d'autres émotions, à d'autres pensées ou à d'autres événements, on lui trouve enfin le nom qui la nomme et le rôle qu'elle joue dans l'univers du sujet: dans quelle circonstance elle a surgi, et combien la vie du névrosé s'était organisée autour de cette émotion pathogène et refoulée.

C'est alors que ladite émotion prend un sens. Ce rattachement d'une émotion isolée à d'autres unités psychiques.

Lacan: « Un signifiant, S1, représente le sujet pour d'autres signifiants, S2 »

Si la douleur du traumatisme infantile d'un patient est reliée, par exemple, à la dépression de la mère, au repli qui a marqué son adolescence, ou encore à tel souvenir raconté par son frère; si la douleur traumatique innommée est reliée aux signifiants de son histoire, elle sera alors intégrée dans sa vie, et par là même, relativisée.

Elle aura ainsi perdue sa charge pathogène. Ici s'applique **l'esprit antiségrégationniste** de la psychanalyse.

Le principe de l'esprit antiségrégationniste: p69

Toute chose séparée d'un ensemble, isolée et mise au ban de la communauté, devient inmanquablement une boule d'énergie corrosive et malsaine.

Si, en revanche, je réussis à réintégrer l'être exclu, il perd sa puissance délétère (nuisible, pernicieuse).

Une émotion traumatique est virulente si elle reste isolée dans l'inconscient, et elle perd de sa virulence si on lui ouvre les portes de la conscience.

La prise de conscience du refoulé, c'est à dire sa nomination et son intégration dans l'ensemble des représentations conscientes, donne du sens.

En intégrant le refoulé sauvage, la pulsion de vie s'anime, force tendant à tout unir, s'opposant ainsi à la pulsion de mort, force tendant à tout séparer.

4- L'analyse:

Nommer le refoulé

Retrouver l'évènement traumatique qui est en cause

montrer au patient combien sa vie s'était organisée jusqu'alors autour du traumatisme.

Exemple: «Enfant, vous vous êtes senti plus qu'abandonné, rejeté par une mère qui ne voulait pas de vous tant elle était dépressive. Du coup, toute votre personnalité s'est construite sur la base d'un rejet douloureux qui ne cesse de vous faire souffrir. » p71

Le patient prend conscience de l'impact néfaste du traumatisme dans sa vie et peut ainsi le relativiser.

La refoulé perd alors de sa virulence.

Le patient n'a plus besoin d'ignorer l'émotion traumatique qui le menaçait.

L'intensité des symptômes s'atténue sensiblement parce que l'émotion traumatique d'hier ne se cristallise plus dans un symptôme, mais se dilue dans la pensée et dans le langage.

5- Autres figures du refoulé:

Le refoulé est toujours inconscient et pathogène.

Inconscient parce qu'il est, plus qu'un oubli, une volonté acharnée et inconsciente d'oubli, tant a été douloureux le vécu passé.

C'est un acharnement à vouloir enterrer le passé douloureux qui le rend pathogène.

Pour **Freud**, la névrose est une **maladie de la défense**, c'est-à-dire que la cause de la maladie est cette volonté acharnée d'oublier l'ancienne douleur et d'empêcher qu'elle ne revienne.

C'est parce que le passé est empêché de revenir qu'il devient pathogène.

Victor Hugo: « Avec quelle furie cette mer des passions humaines fermente et bouillonne lorsqu'on lui refuse toute issue. »

L'inconscient pathogène est le passé, un passé jalonné par les événements cruciaux de la vie qui ont façonné l'être d'aujourd'hui.

- Quels sont ces événements cruciaux d'hier qui décident de mes opinions, de mes sentiments et de mes choix actuels ?

Je pense essentiellement à tous les moments importants de ma vie **où je me suis attaché aux êtres aimés, aux choses aimées ou aux idéaux aimés**; et à tous les autres moments également importants **où je me suis séparé des objets aimés**.

Mon passé toujours agissant (traumatique et effrayant dont ne ne voulons rien savoir parce qu'il menace de l'intérieur notre équilibre actuel) est essentiellement structuré par des événements que **l'amour inspire ou que l'amour foment**.

C'est précisément ce passé qui doit être révélé lors de l'interprétation.

Les 4 figures du refoulé pathogène:

1- Un événement traumatique ou une série de micro-événements traumatiques:

Survenus dans l'enfance ou à la puberté.

Impact brutal d'une excitation massive chez un être incapable de l'assimiler, incapable de régir, de fuir, de s'angoisser ou de mettre en mots la forte émotion provoquée par l'agression= **trop d'excitation chez un être incapable de l'intégrer**.

Exemple de micro-événement:

L'excès d'excitation provoquée quotidiennement par une tendresse nocive d'un mère trop caressante à son fils. à l'âge adulte, les mêmes symptômes névrotiques qu'un enfant victime d'abus sexuel.

L'évènement doit être recherché, sans jamais oublier qu'il a pu aussi être vécu imaginairement par l'enfant en dehors de toute réalité objective.

L'évènement traumatique refoulé, survenu chez un patient **phobique est l'abandon**, chez un patient **hystérique est la surexcitation sensuelle ou sexuelle**, chez un patient **obsessionnel est la maltraitance ou l'humiliation**.

2- L'émotion traumatique:

C'est l'émotion vécue par l'enfant au moment même du traumatisme.

Dans la **phobie**, l'évènement traumatique est l'**abandon**, l'émotion intense vécue est la **douleur d'être privé brutalement de l'amour sécurisant** de l'adulte protecteur.

Dans l'**hystérie**, l'évènement traumatique est la **brutale et précoce surexcitation sensuelle ou sexuelle**, l'émotion intense vécue est la **douleur d'une excitation violente, d'un plaisir insupportable**.

Dans l'**obsession**, l'évènement traumatique est la **maltraitance ou l'humiliation**, l'émotion intense vécue est la **douleur physique d'être atteint dans son corps ou la douleur morale d'être atteint dans son amour-propre**.

3- Le désir (l'élan vers l'autre) traumatique: p78

C'est le désir du « corps » de l'autre, d'un autre que nous aimons ou haïssons et qui compte affectivement pour nous.

Le désir est l'envie d'empoigner le corps de l'autre pour s'y satisfaire fantasmatiquement et physiquement.

Le désir refoulé n'est pas un désir ordinaire mais un désir maladif, affolé, suractivité par le traumatisme infantile.

Etant sain, je suis animé par deux élans contradictoires envers l'autre: l'autre est tour à tour une personne aimée et protectrice (que j'aime et à qui je tiens) et à l'opposé, un objet sexuel et sensuel consommable (désir pervers).

Le désir sain est-il un élan pervers intrinsèque à toute relation amoureuse, y compris à la relation d'un bébé avec sa maman ?

Lorsqu'un enfant subit un choc traumatique, il se défend en exacerbant son désir sain et pervers de traiter l'autre comme un objet consommable. L'enfant traumatisé ne veut plus être agressé par l'autre et veut le neutraliser en le soumettant à lui, **se protéger d'une nouvelle agression devient une priorité absolue**.

Le désir de l'enfant traumatisé se transforme en un désir pervers, de victime il devient bourreau. C'est une perversion post-traumatique.

En grandissant, l'enfant jadis victime à des comportements cruels, sadiques ou exhibitionnistes.

Lors d'un traumatisme, le Surmoi a été si atteint, voire détruit, que la conscience morale s'est affaiblie.

Exemple: une enfant victime d'une maltraitance médicale inévitable après 6 opérations pour un bec de lièvre avait développer pour se défendre un comportement pervers exhibitionniste.

Le désir défensif pervers chez l'enfant traumatisé est aussi une **menace interne que le sujet doit refouler**.

L'analyste doit débusquer chez son patient névrosé le désir refoulé pervers.

Traumatisme infantile d'abandon: futur phobique

Désir défensif : garder éternellement l'autre en soi pour l'immobiliser et se préserver d'un nouvel abandon: **désir pervers (refoulé) de dévoration**.

Traumatisme infantile de surexitation sexuelle ou sensuelle: futur hystérique

Désir défensif: exiger l'autre, le frustrer et le tenir ainsi dans un état d'insatisfaction et d'attentes permanentes, pour le dominer et se préserver d'une nouvelle agression: **désir pervers (refoulé) de rendre l'autre insatisfait**.

Traumatisme infantile de maltraitance physique ou morale: futur obsessionnel

Désir défensif: contrôler et tyranniser l'autre jusqu'à l'avoir à sa merci: **désir pervers (refoulé) de soumettre l'autre jusqu'à l'annihiler** (Rendre de nul effet)

4- Le fantasme traumatique: p83

Le fantasme est une scène, une situation dramatique, une action esquissée dont l'image n'est jamais très nette. Le sujet ne perçoit que les intensités des mouvements et des gestes qui définissent l'action.

Cette scène satisfait imaginativement le désir pervers et surexcité.

Le fantasme inconscient et refoulé est:

Dans la phobie: fantasme sadique de **dévoration de l'aimé pour l'empêcher de partir**.

Dans l'hystérie: fantasme sadique d'**excitation et de frustration de l'aimée pour l'empêcher de séduire**.

Dans l'obsession: fantasme sadique d'**asservissement de l'aimé pour l'empêcher de faire mal**.

Pour l'analyse:

Devant un symptôme, pensons toujours à l'enfant traumatisé et à l'enfant pervers que notre patient recèle. Comme si dans son inconscient, notre patient jouait deux rôles antagonistes: celui d'enfant victime et celui d'un enfant monstre pour se défendre.

Comment faire:

- Repérer dans une perspective chronologique, les événements et les émotions bouleversantes de l'enfant
- Dans une perspective actuelle, repérer le désir et le fantasme pervers.

nous comprendrons mieux la personnalité de notre patient si nous trouvons son fantasme pervers inconscient qui synthétisent l'ensemble des refoulés inconscients: traumatisme, émotion et désir.

Le fantasme inconscient est une fiction morbide, née du traumatisme, qui gouverne la personne depuis son enfance troublée.

Le fantasme inconscient dans lequel le sujet joue tour à tour les deux rôles de victime et d'agresseur, définit la stratégie personnelle qui marque toute l'existence du patient dans sa tension vers la toute puissance perverse ou, au contraire, vers l'impuissance victimaire. P85

Chemin mental de l'analyste dans l'interprétation:

1- La donnée immédiate:

Ce que, depuis le patient, s'offre objectivement au thérapeute. parmi les manifestations vivantes du patient, celle que nous isolons intuitivement et sur laquelle nous ancrons notre interprétation.

Cette donnée comporte 3 particularités:

1- **C'est une manifestation involontaire** qui surprend le sujet et dont il ne comprend pas la cause, qui dépasse son vouloir et son savoir.

exemple: scène troublante d'un rêve qui perturbe et interroge le patient;

2- **C'est une manifestation pathologique** qui fait souffrir et se répète souvent dans la vie du patient.

Exemple: symptôme douloureux et répétitif qui conduit le patient à consulter.

3- **C'est une manifestation transférentielle** puisqu'elle agit dans le cadre de la cure, au sein d'une relation de confiance, de respect, de tendresse ou de haine envers le thérapeute.

2- Interprétation du symptôme:

Interpréter le symptôme veut dire communiquer au patient ce que nous pensons être sa signification consciente.

Exemple: une mère pleure car elle se sent coupable d'avoir tapé son fils de manière brutale et injuste:

1- Donnée immédiate: une mère qui souffre d'avoir fait mal à celui qu'elle aime

2- Cerner les détails:

Cerner le symptôme au cours de la discussion (l'amener avec du tact à s'expliquer sur ce qui s'est passé) les moindres détails de ce qu'il s'est produit: quand ? comment , dans

quelles circonstances ? où ? Etaient-ils seuls , quelle a été la réaction de l'enfant ? Quelle fréquence ?

3-Saisir l'essentiel: la signification inconsciente du comportement de la mère.

Quel est le fantasme pervers qui a animé sa colère et sa culpabilité ?

Quel est le désir pervers dont le fantasme est la mise en scène ?

Quel est le traumatisme qui a fait naître le désir ?

Derrière le symptôme, se trouve le fantasme,
derrière le fantasme, se trouve le désir,
derrière le désir, se trouve le traumatisme.

Derrière la colère et la culpabilité, se trouve probablement un fantasme pervers

d'agression dans lequel elle joue le rôle de son propre père qui la bat

Derrière le fantasme pervers d'agression se trouve le désir sadique (satisfait par le fantasme) de faire mal à l'aimé.

Derrière le désir sadique se trouve le traumatisme: un père qui bat.

le thérapeute va proposer, au moment opportun, par petites touches, la **reconstitution** des motifs inconscients qui expliquent ses accès compulsifs.

L'interprétation explicative: p89

Reconstitution théorique qui va du symptôme - donnée immédiate- au traumatisme- événement originaire: raisonnement logique.

Exemple de la mère qui bat son enfant.

Interprétation rationnelle, obtenue par déduction, dans laquelle l'analyste est extérieur à l'inconscient qu'il interprète.

L'analyste parle avec sa tête, l'interprétation est le fruit de la réflexion.

Il explique l'inconscient;

L'interprétation créatrice:

Plongée endopsychique du thérapeute dans le propre inconscient instrumental.

Interprétation émotionnelle, obtenue par une plongée endopsychique, dans laquelle l'analyste contient en lui l'inconscient qu'il interprète.

Parole ou geste du thérapeute qui prend la forme d'une fulgurance, l'analyste parle avec son inconscient instrumental, l'interprétation est le fruit de la plongée endopsychique; il recrée l'inconscient.

l'interprétation explicative est la condition de l'avènement de l'interprétation créatrice,. sans la reconstitution théorique du fantasme inconscient du patient- établie avec papier et crayon- l'analyste ne serait pas en condition d'opérer la plongée endopsychique et de laisser parler son inconscient instrumental créateur.

Effet thérapeutique: p 91

Le patient apprend à cerner l'image négative qu'il a de lui même, la corriger et se réconcilier ainsi avec lui même.

L'effet majeur d'une interprétation doit atteindre et assouplir le Surmoi jusqu'à le rendre conciliant avec le Moi.

Nous devons nous adresser à la conscience du patient pour qu'il comprenne, mais surtout à son inconscient pour qu'il apprenne à se parler et à se traiter comme nous lui parlons et le traitons. Peu à peu, le patient parviendra à se traiter lui-même comme l'analyste le traite, et j'ajouterai, comme l'analyste **se** traite.

Il ne s'agit pas pour le patient d'imiter son analyste, mais d'introjecter une manière non conflictuelle de se parler et de s'aimer soi-même.

L'interprétation est le plus souvent fragmentaire et progressive, rarement unique et massive.

Le patient sait déjà , sans savoir qu'il le sait, ce que son analyste lui révèle.

Interpréter, c'est dire clairement au patient ce qu'il sait déjà, confusément.

C'est dire clairement la signification inconsciente qui, ayant muri, est devenu préconsciente et saisissable, bien que confuse.

Le préconscient n'est rien d'autre que l'inconscient qui n'a pas encore trouvé les mots pour nommer l'émotion du fantasme.

C'est à l'analyste de trouver ces mots, c'est ainsi que nous dirons qu'interpréter, c'est toujours cueillir le fruit mûr de l'inconscient.

La guérison, fruit de l'interprétation

p94

« Aujourd'hui je ne rêve plus
D'une autre vie ni d'absolu
Aujourd'hui je ne souffre plus
D'une aiguë souffrance inconnue

Aujourd'hui je suis réconcilié
Avec mes envies oubliées
Aujourd'hui je suis libéré
Et je peux me réinventer »

(Poème d'un patient en fin d'analyse)

La boucle:

P95

La boucle symbolise le geste essentiel que doit accomplir l'analyste avant que le patient ne l'accomplisse à son tour.

Notre boucle est l'icône le plus éloquent du mouvement de la plongée à l'intérieur de soi opérée par le praticien quand il capte le fantasme inconscient de son patient.

La boucle représente aussi le retour du patient sur lui-même, retour qu'il doit renouveler tout au long du travail pour arriver à bien cerner l'image négative de lui-même, la corriger, modifier la relation conflictuelle qu'il entretient avec lui-même et avec ses proches. C'est alors qu'il a toutes ses chances de voir ses symptômes disparaître.

L'analyste apprend à son patient à rentrer en soi, le patient acquiert le geste de l'auto-perception.

L'analyse est une transmission, où le praticien transmet à son patient la faculté de descendre au plus intime de soi-même.

Marguerite Yourcenar: « Le véritable courage consiste moins à sa dépasser qu'à s'atteindre »

Les deux boucles de l'auto-perception:

L'analyste plonge dans son Inconscient Instrumental pour y capter le fantasme inconscient de son patient et remonte à la surface chargé d'une parole interprétative baptisée Interprétation créatrice.

Le patient plonge dans son préconscient pour y trouver l'image exagérément négative de lui-même, en prendre conscience et la modifier grâce à l'interprétation de son analyste.

L'image négative de soi:

dans les 3 névroses

Chez le phobique: l'image préconsciente négative de soi est d'être **fragile et vulnérable**, qui s'angoisse à la moindre menace **d'abandon**.

C'est ce sentiment intime de vulnérabilité qui pousse le phobique à se comporter de manière insupportable avec son partenaire: parfois il se montre **étouffant**, parfois il affiche une **arrogante autonomie**.

' Tu n'es jamais là pour moi ! '(je me sens si fragile et vulnérable !)

Le phobique demande à son partenaire qu'il le rassure en l'aimant d'un **amour protecteur**, éternel, absolu et total.

L'analyste doit lui montrer que l'image négative de lui est l'expression préconsciente d'un fantasme inconscient dans lequel il joue le rôle d'un **enfant victime d'un monstre pervers qui l'abandonne**.

Chez l'hystérique, l'image préconsciente négative de soi est d'être **insatisfait et mal-aimé** qui s'angoisse au moindre signe de **trahison amoureuse**.

C'est ce sentiment intime d'inaptitude à l'amour qui pousse la femme hystérique à se comporter de manière insupportable avec son compagnon: parfois elle se montre **aguicheuse et frustrante**, parfois elle affiche une **fausse tendresse**.

' Je ne suis jamais assez belle pour toi !'(je me sens tellement insatisfaite et mal-aimée!)
L'hystérique demande à son compagnon qu'il la rassure en l'aimant d'un **amour sensuel**, éternel, absolu et total.

L'analyste doit lui montrer que l'image négative de lui est l'expression préconsciente d'un fantasme inconscient dans lequel il joue le rôle d'un **enfant victime d'un monstre pervers qui ne l'aime pas**.

Chez l'obsessionnel, l'image préconsciente négative de soi est de **se sentir nul**, il s'angoisse à la **moindre exigence venant de l'autre**.(angoisse de l'échec)

C'est ce sentiment intime de **défaillance** qui pousse l'obsessionnel à se comporter de manière insupportable avec son partenaire: parfois il est **tyrannique et agressif**, parfois il affiche une **doucereuse gentillesse**.

'Je ne suis jamais assez valable pour toi !'(je me sens si nul ! si incapable !)

L'obsessionnel demande à son partenaire qu'il le rassure en lui **vouant une admiration sans bornes et une reconnaissance éternelle**, absolue et totale.

L'analyste doit lui montrer que l'image négative de lui est l'expression préconsciente d'un fantasme inconscient dans lequel il joue le rôle d'un **enfant victime d'un monstre pervers qui l'humilie**.

Le vrai coupable du mal-être d'un névrosé n'est pas l'image préconsciente négative de soi mais le fantasme pervers inconscient qui fomenté cette image. c'est lui le véritable instigateur de la névrose !

Si le patient prend conscience, peu à peu, qu'il est la proie d'un fantasme inconscient pervers qui gouverne son existence et de son rêve flou, alors ledit fantasme perd de sa virulence et la guérison est en route.

Le fantasme ainsi dévitalisé reste présent et modèle toujours les traits de son caractère, mais il a cessé d'être nuisible.

Le patient, délivré de l'entrave de son fantasme, peut alors adopter une attitude sereine et apaisée envers lui-même, les autres et la vie.

Quatres variantes inédites de l'interprétation créatrice psychanalytique

Mise à part la rectification subjective, aucune d'elles ne prend la forme d'un énoncé adressé directement au patient; il s'agit plutôt d'interventions transversales, latérales qui obtienne t la prise de conscience sans pour autant soulever de résistances; elles ne provoquent pas de résistance, elles ne suscitent ni la peur, ni l'opposition du patient.

Elles amènent le patient à prendre conscience du refoulé, en douceur; l'analyste avance son interprétation sans la lui imposer.

Elles sont toujours imprévisibles, composées de mots et de gestes qui s'inventent au fur et à mesure qu'ils sont exprimés par le thérapeute.

Elles ne sont ni conçues ni programmées à l'avance.

Pour que l'analyste ai le courage de laissé parler son inconscient instrumental, il faut qu'il ai eu le courage de beaucoup travailler à fertiliser sa pensée avec le limon de la théorie.

La Rectification subjective:

L'analyste rectifie, lors du premier entretien, le sens que le patient donne aux symptômes qui l'ont amené à consulter.

Sa parole clôt le premier entretien et ouvre l'espace de la cure.

Ce sont les mots du thérapeute qui concluent le premier entretien et fixe d'emblée l'axe générateur de la cure.

Le thérapeute, s'adressant à son patient encore inconnu, synthétise ce qu'il a compris tout au long de l'entretien- et surtout il modifie- c'est la que l'on peut parler de rectification- il rectifie la vision erronée que le patient avait conçue de la cause de ses troubles.

Il est important que le thérapeute, dès la fin de la 1ère rencontre, intervienne pour corriger d'ors et déjà la fausse interprétation que le patient s'est forgé de son mal-être.

Lire exemples p 127- p130: le bébé qui veillait sur sa mère.

La Proposée interprétative:

L'analyste donne la parole à un être absent qui n'est autre que le personnage secondaire du fantasme inconscient du patient, personne avec lequel l'analyste s'est identifié.

Sa parole prend la forme d'un dialogue.

Proposée vient du grec *prosôpon*, personne, et *poëein*, faire. La proposée est une figure rhétorique (la rhétorique est à la fois la science et l'art de l'action du discours sur les esprits- art oratoire- art de la persuasion- art de l'éloquence- art de bien dire - théorie de l'argumentation) qui consiste à faire parler un être absent ou inanimé, un mort, un animal, une chose personnifiée, voire une abstraction.

la proposée est une fiction qui fait exister, par la parole, un personnage mort, vivant, mais toujours absent lors de l'énonciation.

Dans l'analyse, la proposée est l'intervention du thérapeute qui donne voix au personnage secondaire de la scène du fantasme inconscient sous-jacent à la souffrance du patient.

souvenons nous que l'analyste s'identifie avec ce que ressent le patient et aussi avec ce que ressentait l'enfant , personnage principal du fantasme inconscient. Il y a double identification (double empathie): avec l'émotion que ressent le patient qui se trouve devant lui et avec l'émotion ressentie et refoulée par l'enfant.

il y a une 3ème empathie: celle avec le personnage secondaire de la scène fantasmatique.

Un fantasme est toujours une scène mettant en action deux personnages, celui qui représente le patient, personnage principal (enfant abandonné, mal-aimé ou maltraité) et celui qui représente un proche, personnage secondaire (adulte, presque toujours la mère)

La proposée est une interprétation que l'analyste adresse à son patient, en lui parlant comme s'il était le protagoniste secondaire du fantasme inconscient ou en faisant

dialoguer les deux protagonistes du fantasme, voire un des protagonistes avec l'analyste lui-même.

Lire exemple p 113 -le refoulé remonte en surface attiré par l'aimant de la parole du thérapeute, par l'interprétation prosopopeïque.

Condition à la proposée:

- Bien connaître les symptômes et l'histoire du patient.
- Observer les détails qui caractérisent le patient (gestes, expressions, regard...)
- Imaginer à une scène dans laquelle le patient est au prise avec un proche à partir de la perception d'un détail saillant; (l'aiguillon)
- Plonger et percevoir la scène inconsciente tout en gardant le contact avec le patient.
- Jouer le rôle de la personne proche de l'analysant en l'imaginant;
- Ressentir ce que cette personne aurait ressenti face au patient.
- Donner voix à l'émotion de cette personne en s'adressant au patient.

L'Interprétation narrative:

C'est une narration métaphorique qui prend la forme d'un récit que l'analyste, identifié au personnage principal du fantasme inconscient, raconte à son patient. Sa parole prend la forme d'un récit.

(Héros d'une histoire, personnage principal du fantasme inconscient du patient)

En racontant l'histoire, l'analyste amène son patient à vivre ce que vit le petit enfant traumatisé, à vivre ce qu'il aurait dû vivre s'il avait pu vivre la circonstance autrement. L'évènement saisi l'enfant d'effroi, mais il trouve aujourd'hui la force de la dépasser, il n'est plus 'stoppé ' dans le traumatisme infantile depuis tant d'année.

L'Interprétation gestuelle:

L'analyste met en scène, en la mimant, l'action qui est au coeur du fantasme inconscient.

Sa parole et son corps mettent en scène ladite action.

L'analyste parle et mime l'action dramatique qui caractérise la scène fantasmatique inconsciente- ou mime l'attitude que le patient adopte au moment de vivre son symptôme. comme une restitution de scène, l'analyste mime les gestes que le patient lui transmet lors de l'apparition du symptôme; Le patient peut le corriger en lui faisant remarquer que ce n'est pas comme ça, mais comme ci qu'il s'y prend. Si le geste corrigé étonne l'analyste dans sa logique, il peut alors questionner et de précieuses précisions peuvent alors être partagées par le patient.

En mimant le symptôme, l'analyste a fait surgir, sans le vouloir, le fantasme inconscient sous-jacent au symptôme.

La création et les changements

**Créer, c'est produire une combinaison nouvelle avec des éléments anciens.
L'action de l'analyste consiste à produire une combinaison nouvelle avec tout ce que son patient porte déjà en lui, sans rien n'y ajouter ni supprimer, mais en l'amenant à actualiser toutes ses ressources potentielles d'hommes ou de femme.**

Comment savoir si le patient est réellement guérit ?

P141

La guérison n'est jamais complète ni définitive. Il reste toujours une part de souffrance, inhérente et nécessaire à la vie. Ce n'est pas vivre que vivre sans souffrance.

L'esprit de l'ancien patient a changé:

- Il reconnaît ses défauts et valorise ses qualités.
- Il s'aime tel qu'il est et devient plus tolérant
- Il a appris que perdre n'est jamais tout perdre, ce qui lui permet de traverser les inévitables épreuves de l'existence.
- Il n'a plus honte de jouer comme un enfant
- **Guérir, c'est aimé l'enfant que nous avons été et qui vit toujours en nous.**
- Il n'est plus gêné de se sentir dépendant, il ne se sent plus soumis ou humilié.
- **Etre guérit, c'est vivre sans crainte de jouer comme un enfant et sans honte de se sentir dépendant**
- Il a conquis l'aptitude à gérer les conflits relationnels
- Il peut faire des compromis, prendre soin de l'aimé et de l'amour qui les unis, et à prendre soin de ses semblables.
- Il se sent intérieurement unifié, même s'il est encore dépassé par des bouffées d'angoisse, des crises de colère ou de jalousie.
- Il peut faire co-exister en lui des élans contradictoires (amour/haine, courage/lâcheté, générosité/égoïsme, humilité/orgueil...)
- **Il a compris que le problème n'est pas l'évènement qui arrive, mais la manière de vivre l'évènement.**
- Il est moins perturbé par les évènements bouleversant et plus prompt à s'en remettre.
- **Etre guérit, c'est savoir s'adapter à l'inattendu, fût-il le plus tragique et retrouver la capacité d'agir.**

Le protocole thérapeutique de la névrose d'un patient à la guérison:

1- L'observation

2- La compréhension rationnelle

des causes du mal-être, que nous avons élaborées avec le patient.

3- **Le retour sur soi** que le patient a su entreprendre au cours des séances, retour bénéfique déclenché le plus souvent par notre **plongée endopsychique**

4- En rentrant à l'intérieur de nous, nous avons frayé le passage pour qu'à son tour il rentre en lui-même.

5- Nous lui avons **communiqué la teneur des émotions refoulées**, qui à provoqué en lui **la levée de la perception négative de soi**, et la consécutive **réduction de ses symptômes**.

6-Le voir **s'impliquer activement et positivement** dans son existence.

Ambroise Paré: ' Je le pansai, Dieu le guérit'

J'écoute mon patient avec toute la force de mon inconscient d'analyste, mais c'est l'inconnu qui le guérit !

Quelques données intéressantes:

La différence entre angoisse et tristesse: p128

- L'angoisse est la crainte de perdre l'amour, la tristesse est le sentiment de l'avoir perdu.

Sur la dépression et la tristesse acrimonieuse: p25

(hargneuse, agressive, amère, acariâtre)

La haine est un élément essentiel dans la dépression. Pour la traiter, il faut amener le patient à reconnaître sa haine de soi ou d'autrui, sous jacente au désespoir.

A propos de l'alcoolisme: p35

Un alcoolique boit souvent soit par angoisse, soit par tristesse. Si c'est un homme, il boit le plus souvent pour noyer son angoisse liée à son impuissance sexuelle ou à son sentiment de ne pas être reconnu socialement.

Si c'est une femme, elle boit le plus souvent pour noyer le chagrin d'une cruelle solitude; elle ne compte affectivement pour personne et personne ne compte pour elle. Qu'il s'agisse de l'angoisse ou de la tristesse, elles prennent toujours le visage de la lassitude, l'ennui cache toujours l'angoisse ou la tristesse.

C'est à nous, thérapeute et patient, de reconstituer rationnellement les différentes strates psychiques qui expriment l'angoisse ou la tristesse qui l'ont conduit à remplacer l'amour par la dépendance à l'alcool.

Deuil: p55

'J'avais le sentiment de me trouver devant un être malade d'un deuil inaccompli, d'un deuil enclavé dans sa vie psychique comme un obscur noyau de lave pétrifié.'