

Les patients-limites

DU MÊME AUTEUR :

- 2007, « L'approche intégrative de la supervision », dans A. Delourme, E. Marc et coll., *La supervision en psychanalyse et en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- 2007, avec Vincent Lenhardt, *Les bio-scénarios, clés énergétiques du corps et de l'esprit*, Paris, InterÉditions.
- 1999, « Un modèle heuristique pour comprendre les différences entre psychologies, psychanalyses et psychothérapies », *Actua-Psy*, n° 100.
- 1997, *Les patients-limites*, Paris, Desclée de Brouwer.
- 1997, « Modernité et psychothérapies : la fin du monothéisme », dans N. Aubert, V de Gaulejac, K. Navridis, *L'aventure psychosociologique*, Paris, Desclée de Brouwer.
- 1984, « Le travail néo-reichien en piscine », *Pratiques corporelles* (juillet).
- 1982, La régression, *Bulletin de l'Association française de psychologie humaniste*, n° 19.
- 1982, « La bioénergie », *Perspectives psychiatriques*, 11, n° 86.
- 1981, avec V. Lenhardt, *Bioénergie et analyse transactionnelle*, Jean-Pierre Delarge, Paris, Éditions Universitaires.
- 1981, « La psychologie humaniste et le mouvement du potentiel humain en France », *La Documentation française* n° 390.
- 1981, « Le potentiel humain », *Soins* (septembre).
- 1981, « Présentation brève de la bioénergie », *Soins* (octobre).
- 1979, « Aquaénergétique », *SEXPOL* n° 31.
- 1976, *Les managers français*, Centre d'enseignement supérieur des affaires CESA, Jouy-en-Josas
- 1976, avec B. Wilpert, *Dynamique de groupe et gestion d'une équipe de recherche internationale de recherche interdisciplinaire*, Institute of Management of Science Center of Berlin.
- 1975, « Le développement du potentiel humain, pourquoi ? », *POUR* n° 4.
- 1974, avec B. Jacquillat, H. Jousset, G. Trepo, P. Rassat, *Propositions pour la réforme des entreprises*, Centre d'enseignement supérieur des affaires CESA, Jouy-en-Josas.
- 1973, « Quand la formation est une thérapie pour normaux », *Éducation permanente* n° 29.
- 1971, « La formation des architectes, un système de contradictions non résolu », *Espaces&société* n° 2.
- 1971, avec F. Logerot et J.-M. Miège, *Les dépenses culturelles des administrations centrales et des ministères*, La Documentation française (novembre).
- Décembre 1969, *Le vote communiste dans le département des Landes de 1917 à 1958*. Mémoire pour le diplôme d'études supérieures de lettres sous la direction du P^r Raymond Aron, Sorbonne.
- 1968, avec J.-M. et R. Fichelet, « Mai 1968 aux Beaux-Arts », in *Esprit* (novembre).

Jean-Michel Fourcade

Les patients-limites

Psychanalyse intégrative et psychothérapie

 érès

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-1722-2

Première édition © Éditions érès 2007

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Table des matières

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION.....	12
1. LES PATIENTS-LIMITES : STRUCTURE OU ÉTAT ?.....	20
Luc.....	22
Lorraine.....	30
Les notions de structure de la personnalité, de défense et de caractère.....	32
2. ÉTIOLOGIE ET ORGANISATION.....	40
La lignée structurelle psychotique.....	40
La lignée structurelle névrotique.....	43
Les états-limites.....	44
Les instances psychiques de l'état-limite.....	47
Les mécanismes de défense.....	50
Les aménagements spontanés.....	50
Les personnalités narcissiques.....	52
Les caractères psychosomatiques.....	54
Les caractères pervers.....	56
La pathologie du caractère.....	56
Synthèse et problèmes : critique des théories de Bergeret.....	58
3. LES MÉCANISMES DE DÉFENSE ARCHAÏQUES.....	65

4. ANALYSES STRUCTURELLE, GÉNÉTIQUE ET DYNAMIQUE.....	71
Marie-Pierre.....	72
Les éléments diagnostiques de présomption.....	88
Différences avec les organisations voisines.....	89
Analyse structurelle.....	91
Analyse génétique et dynamique.....	97
5. PREMIÈRE ÉVOLUTION DU TRAITEMENT PSYCHANALYTIQUE.....	100
Modifications de la méthode psychanalytique.....	102
Critique des travaux de O. Kernberg.....	109
Le contre-transfert de l'analyste.....	112
6. À LA LIMITE DE L'ANALYSABLE ?.....	115
L'évolution de la psychanalyse et de son champ.....	116
Cadres et modèles pour l'approche des états-limites....	119
Un autre modèle théorique.....	122
La révision du modèle de la névrose conduit au modèle des états-limites.....	127
Quelques problèmes spécifiques posés par les patients-limites.....	130
Critique des travaux d'André Green sur les patients-limites.....	137
7. TROIS CONTRIBUTIONS : LACAN, ANZIEU, EIGUER.....	139
Lacan : proximité avec la psychose.....	139
D. Anzieu : les enveloppes psychiques.....	141
A. Eiguer et le narcissisme.....	142
8. LA PROBLÉMATIQUE DES PATIENTS-LIMITES.....	145
9. NAISSANCE ET ÉVOLUTION DU CONCEPT DE RÉGRESSION	150
10. LA TECHNIQUE ACTIVE.....	159
Problèmes posés par la théorie de Ferenczi.....	162

11. DÉSACCORD ENTRE FREUD ET FERENCZI.....	164
Le débat avec O. Rank.....	164
Le débat entre Ferenczi et Freud.....	166
Le bilan fait par Freud en 1937.....	170
12. ÉVOLUTION CONCEPTUELLE ET TECHNIQUE.....	181
Réinterprétation de Freud.....	188
13. LA RÉGRESSION COMME CONDITION DE LA GUÉRISON... ..	191
Théorie de la maturation et de la pathologie du nourrisson.....	191
Critique des travaux de Winnicott.....	199
14. LE RETOUR DE LA TECHNIQUE ACTIVE.....	202
15. LA TECHNIQUE ACTIVE... DU PATIENT.....	207
Critique des travaux de Searles.....	211
16. CORPS ET RÉGRESSION : QU'IMAGINEZ-VOUS DONC LÀ ?	213
17. DU SYSTÈME ÉMOTIONNEL À L'OBJET COMPLEXE.....	218
La démarche dialectique.....	219
Le travail émotionnel en psychothérapie.....	225
Critique des travaux de Max Pagès.....	236
18. LA CONTRACTURE MUSCULAIRE, DÉFENSE NÉVROTIQUE ?	246
L'analyse caractérielle.....	246
Critique des travaux de W. Reich.....	254
19. LA BIOÉNERGIE EN QUESTION.....	256
Le langage du corps et la théorie bioénergétique.....	256
Critique des travaux de A. Lowen.....	264
20. LE CAS MADELEINE.....	266
21. LA RÉGRESSION ET LA TECHNIQUE ACTIVE.....	290
La Régression est un mouvement, phénomène inverse de la fixation.....	292

La Régression est un retour : à quoi ?	294
La technique psychanalytique et la Régression	296
La Régression implique un changement de la technique thérapeutique	299
Le travail avec la Régression, la règle d'abstinence et le passage à l'acte : le concept de mise en acte	302
Les thérapies psychocorporelles et la Régression	304
22. LE DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE	309
23. LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL ET CORPOREL	316
24. LES FACTEURS SOCIAUX DE L'ÉTILOGIE DES PATIENTS-LIMITES	325
25. APPORTS NOUVEAUX	339
Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et les patients-limites ...	341
Pharmacologie et hospitalisation	346
Épidémiologie	347
Mesure de l'efficacité	348
Approches comportementales et cognitives des troubles de personnalités-limites : concepts et méthodes	349
La psychanalyse classique et ses développements récents sur les patients-limites	355
La théorie du processus de séparation-individuation ...	358
L'importance du contre-transfert dans la psychothérapie des patients-limites	360
La place du narcissisme dans la problématique des patients-limites	363
Le travail de groupe avec les patients-limites	368
Travail de groupe, travail en groupe	369
CONCLUSION	375
BIBLIOGRAPHIE	382
REMERCIEMENTS	402

Avant-propos

Cet ouvrage est une nouvelle édition de mon livre *Les patients-limites* paru en 1997.

Ce livre reprenait ma thèse soutenue un an plus tôt à l'université de Paris 7 sous la direction du professeur Max Pagès.

Contrairement à de nombreuses thèses qui sont l'aboutissement des années d'études universitaires pour de jeunes chercheurs, la mienne était celle d'un homme de 54 ans et dont l'expérience de psychothérapeute avait débuté vingt-cinq ans plus tôt. Est-ce cela qui lui a valu la plus haute appréciation possible de la part d'un jury universitaire ?

Elle était pour moi l'aboutissement d'un questionnement commencé lorsque, ayant eu des expériences alternées de psychanalyses individuelle ou de groupe en France et de psychothérapies émotionnelles et corporelles en Amérique du Nord, ayant éprouvé sur de longues durées les résultats positifs de ces diverses méthodes, je me suis donné comme but de comprendre en quoi les théories psychanalytiques et les théories psychocorporelles étaient non pas incompatibles ou opposées, ainsi qu'elles étaient présentées par leurs fondateurs, mais au contraire dans quelles continuité et complémentarité elles pouvaient être comprises et utilisées.

Vincent Lenhardt et moi avons travaillé dans ce sens en publiant en 1981 *Analyse transactionnelle et bioénergie*, premier

livre paru en France intégrant deux nouvelles thérapies. Après ma longue psychanalyse avec le D^r Lucien Kokh et la formation de psychanalyste que j'ai suivie, alors que je voyais de nombreux collègues développer une démarche empirique éclectique (quitte pour les psychanalystes à n'en jamais parler dans leur association professionnelle, qui s'y opposait), cet éclectisme ne m'est paru satisfaisant que comme première étape ; une compréhension intégrative était nécessaire, tant sur les plans théorique que technique.

Mon itinéraire intellectuel est allé de la diversité vers l'intégration.

Après avoir accompli une licence de sociologie à la Sorbonne où j'ai rencontré Max Pagès, suivi le cours de Didier Anzieu à HEC, j'ai conjointement écrit un mémoire de DES sur *Le vote communiste dans le département des Landes de 1917 à 1958*, sous la direction de Raymond Aron dans le cadre de l'EPHESS, et enseigné la psychosociologie à l'Unité d'architecture Paris 5. Puis, entré dans le département des sciences humaines du CESA (Centre d'enseignement supérieur des affaires) à Jouy-en-Josas où j'ai enseigné dix ans, j'ai eu la responsabilité pour la France d'une étude sur *Les comportements décisionnels des managers*. Pendant cette période, grâce à l'aimable soutien de la CCIP (Chambre de commerce et d'industrie de Paris), j'ai séjourné à Bethel (Maine, États-Unis), siège du NTL (National Training Laboratory) et haut lieu du *T-group*, puis à Esalen (Californie), vitrine de la psychologie humaniste et des nouvelles thérapies.

Cette dernière rencontre a été déterminante et le (bon ?) sort jeté : je serais psychothérapeute. La création du Centre de développement du potentiel humain (CDPH) en 1974 a permis de faire connaître les nouvelles thérapies en France et de former de nombreux professionnels. En 1991, la fermeture du CDPH mettait un terme au rôle d'institution regroupant des psychothérapeutes pour pratiquer la psychothérapie. La création de la Faculté libre de développement et de psychothérapie (FLDP) correspondait à la vocation de formation et de transmission dans la démarche intégrative des psychanalyses et des psychothérapies émotionnelles et corporelles qui s'était affirmée au cours des ans.

En 2002, la création de la Nouvelle faculté libre (NFL) répondait au positionnement épistémologique donnant parts égales à ces deux familles de psychothérapie (psychanalytique et psychocorporelle) dans leur intégration. Le Manifeste de 2007 rappelait que notre courant se situe à la fois dans la filiation psychanalytique et dans sa dissidence reichienne et néoreichienne, dans le droit-fil des travaux de recherche et d'enseignement de la FLDP et de la NFL, et des ouvrages publiés par ceux qui y ont enseigné : P^r Max Pagès, P^r Edmond Marc, P^r Vincent de Gaulejac, D^r Manuel Garcia-Barroso, D^r Jean-Pierre Klein, Alain Delourme, Vincent Lenhardt, François Paul-Cavallier, Suzanne Robert-Ouvray.

Ce livre se veut une défense et une illustration de ce qu'est la psychanalyse intégrative, l'une des branches de la psychothérapie intégrative. Ce courant est resté marginal dans le monde universitaire français (P^r Max Pagès à Paris 7, P^r Edmond Marc à Paris 10, P^r Michel Marie-Cardine à Lyon 2, mon cours en master de psychologie clinique à Paris 8, depuis cinq ans). Rien de comparable avec l'implantation des diverses écoles psychanalytiques. Alors que, grâce à leur développement nord-américain dans la seconde moitié du XX^e siècle, les nouvelles thérapies sont l'objet d'une reconnaissance universitaire importante en Amérique du Nord et du Sud ainsi qu'au Royaume-Uni.

L'ignorance et l'hostilité des organisations de psychanalystes, encore exacerbées par le processus de légalisation du titre professionnel de psychothérapeute (2004), pourraient s'atténuer avec la montée des psychologies expérimentales et des psychothérapies prescriptives qui en sont issues (TCC et thérapies systémiques) ainsi que des thérapies médicamenteuses fondées sur l'approche neurobiologique du psychisme. D'autre part, l'étude des bases épistémologiques des psychanalyses et des psychothérapies relationnelles permet de reconnaître leur proximité. Puisse cet ouvrage y contribuer.

La théorie que je propose peut être résumée en trois postulats : reconnaissance de l'inconscient, travail dans la relation de

transfert, technique adaptée à la personnalité du patient et à ses régressions dans la cure.

Le concept central est celui de Régression. Il a ses fondements cliniques – déjà perçus par Freud – et sa théorie s’est construite progressivement depuis Ferenczi en passant par Winnicott et Balint. Tous ces auteurs ont une théorie plus ou moins fine des stades de développement psychique. La théorie des stades est aussi présente dans les constructions théoriques et techniques de W. Reich – celui de *L’analyse caractérielle* – et des bio-énergéticiens. Mais ces derniers n’ont pas explicité la place de la Régression, tant sur le plan théorique que sur le plan technique.

Le phénomène clinique et la place de la Régression dans la psychothérapie (et son autre face, la Progression) permettent de percevoir et de comprendre la continuité théorique et l’articulation technique entre les thérapies psychanalytiques et les thérapies émotionnelles et corporelles dans lesquelles la Régression joue un rôle déterminant. Dans ces dernières, la Régression est gérée de façon seulement intuitive par la plupart des praticiens. Par ailleurs, l’importance de la Régression est encore ignorée par d’importants courants psychanalytiques, qui, pour cette raison, continuent de pratiquer une technique inadéquate avec les patients-limites.

J’affirme qu’aujourd’hui encore, la théorie de la Régression, à l’articulation entre les travaux de Jean Bergeret et ceux de Max Pagès, représente ce que la clinique offre de plus sûr. Bien que la tendance actuelle soit plutôt orientée vers les théories neurobiologiques et les psychothérapies prescriptives, je ne doute pas que la théorie de la Régression ne rencontre à l’avenir auprès des cliniciens plus d’écho qu’elle n’en a eu jusqu’à présent.

J’ai pris le parti de souligner l’importance de ce concept en écrivant « Régression » avec une majuscule, depuis ma première publication. Il serait légitime de ne l’écrire ainsi que lorsqu’il s’agit du concept et d’écrire « régression(s) » quand c’est le phénomène psychologique qui est indiqué.

Le nouveau titre « Les patients-limites. Psychanalyse intégrative et psychothérapie » correspond à l’évolution de ma com-

préhension de la place respective des diverses psychanalyses et des psychothérapies : contrairement à la plupart des théoriciens des psychanalyses, je pense que, ainsi que Freud l'avait écrit, la psychanalyse est une des formes de la psychothérapie. J'ai publié dans *Actua-Psy* (n° 100) un article, « Pour comprendre les différences entre psychiatrie, psychologies, psychanalyses et psychothérapies », d'analyse épistémologique dans lequel je décrivais les quatre modèles de construction du savoir dans les sciences humaines et montrait que, malgré leurs différences théoriques, les psychanalyses et de nombreuses autres psychothérapies (les psychothérapies relationnelles) relevaient du même modèle.

Cet ouvrage démontre le continuum théorique et technique entre psychanalyses et psychothérapies relationnelles et la légitimité de nommer ma pratique intégrative « psychanalyse ».

À l'occasion de cette réédition, j'ai pensé qu'il était utile d'ajouter deux chapitres à l'ouvrage publié en 1997. L'un montre l'importance des facteurs sociaux pour les patients-limites, présents dans le modèle théorique de construction du Sujet qui était le mien, mais pour lesquels je n'avais pas donné d'exemple d'application clinique. Ces facteurs sociaux ont été étudiés dans les travaux de Vincent de Gaulejac et de ses collègues en sociologie clinique. L'autre porte sur les développements des théories concernant les patients-limites depuis la première parution. Enfin, j'ai revu la conclusion d'origine qu'une erreur d'édition avait rendue difficilement compréhensible.

Introduction

Psychiatres, psychothérapeutes, psychanalystes s'accordent à le dire : les patients-limites sont de plus en plus nombreux alors que les cas de grande hystérie paraissent de plus en plus rares. J. Bergeret le rappelait aux XXI^e journées nationales de l'AFPEP consacrées aux « états-limites ».

L'augmentation du nombre de tels patients peut être attribuée en partie à une meilleure connaissance de leur problématique et donc à un meilleur diagnostic les concernant. Mais les déconvenues qui frappent les systèmes éducatifs nouveaux ainsi que l'évolution des structures et des rôles familiaux dans un changement global de la socioculture – faut-il rappeler la défaillance des grandes idéologies, les crises de société, politiques et économiques, la survalorisation du corps et de l'image – autant d'éléments qui accroissent les facteurs influant dans la construction des états-limites : insuffisance de la régulation pulsionnelle, difficulté d'identifications secondaires structurantes, faiblesse des liens affectifs, imaginaires et symboliques... absence de limite, absence de repères, absence d'interrelation !

Alors que de nombreux travaux sur les patients-limites avaient paru entre les années 1970 et 1980, après les années quatre-vingt l'ampleur prise par la biochimie de la dépression attirant les cliniciens par une thérapeutique simplificatrice a détourné en partie l'intérêt de ces problèmes. On assiste aujourd'hui à un

renouveau des travaux concernant ces problématiques liées à la prévention primaire de pathologies de l'adolescence et de l'adulte augmentées par les évolutions de nos sociétés telles que je l'ai évoqué ci-dessus : alcoolisme, toxicomanies, trouble des conduites alimentaires, violences, délinquances et suicides. Or toutes ces pathologies reposent le plus souvent sur une organisation limite de la personnalité.

Ce regain d'intérêt s'est aussi accompagné d'un élargissement des approches. Dans le champ de la psychiatrie-psychanalyse sous l'influence de Bergeret ; dans le champ de l'analyse classique sous celle de Green ; dans le champ de l'analyse lacanienne sous celle de Mazeran et de Nasio. Enfin les courants psychothérapeutiques issus de la psychologie humaniste et de nouvelles thérapies ont approché ces sujets avec des théories et des techniques nouvelles. Un des aspects de ce livre consiste à montrer que ces « nouveautés » étaient en gestation déjà dans les travaux de Ferenczi, Balint et Winnicott.

Les théoriciens ont souligné la difficulté de ne pas se tromper face à la diversité des aspects, quelquefois opposés, que présente ce type de patients. Quels sont donc les repères diagnostiques qu'il faut avoir suffisamment élaboré pour cela ? Il est aussi impératif d'apprendre à les distinguer des pathologies proches : narcissiques, psychosomatiques, pervers, pathologies de caractère.

La technique de travail avec ces patients est une question qui s'est posée à moi pour la première fois de façon dramatique lorsqu'il y a vingt-quatre ans j'ai vu se produire dans un groupe de bioénergie le basculement brutal d'une patiente-limite dans la psychose... Depuis j'ai connu des cas d'évolution semblable mais cette fois-ci liée à une pratique de la psychanalyse trop interprétante et d'une façon intellectuelle trop distante.

La réflexion théorique sur ces patients pose de passionnantes questions épistémologiques. Comme l'écrit André Green, ces patients ont entraîné les évolutions et les remises en question de la théorie et des pratiques psychanalytiques. Encore aujourd'hui les psychanalystes s'interrogent : ces patients sont-ils analysables et leur problématique est-elle hors psychanalyse ?

Contrairement aux patients de structure névrotique qui entrent de façon satisfaisante dans le cadre théorique et la technique psychanalytiques (qui ont été construits pour eux), les patients-limites nous obligent à articuler des cadres théoriques et des techniques thérapeutiques différents, opposés souvent et pourtant utiles.

Il faut donc penser cette multiréférentialité théorique et clinique et, sous peine d'éclectisme théorique insatisfaisant et d'égarements cliniques, trouver la cohérence des ces articulations. C'est un problème nouveau dans le champ de la psychologie et mal posé, en particulier dans celui de la psychologie clinique et de la psychanalyse. Les psychosociologues ont eu à l'affronter il y a une vingtaine d'années déjà.

Cet ouvrage ne manque pas de poser aussi des questions sur les rapports entre pratique et théorie dans le champ de la psychothérapie.

Tout d'abord j'illustrerai les questions théoriques concernant les patients-limites par des cas cliniques. Ensuite je montrerai comment progresse la réflexion dans ce domaine : la pensée créatrice utilise souvent le « forçage » scientifique ; un concept appartenant à un champ scientifique est utilisé dans un autre par le biais d'une double opération métaphoro-métonymique (G. Rosolato, 1964).

En voici un exemple : le concept de Régression¹ est pris par Freud dans le champ de l'électroneurophysiologie et transposé dans celui de la vie psychique. D'abord étroitement « topique » – de la topique neurophysiologique : un courant qui se déplace d'un point à un autre du circuit nerveux – il devient « topique » au plan des instances psychiques immatérielles. Décrivant d'abord une circulation spatiale il inclut, grâce à un élargissement paradigmatique, la dimension de la circulation temporelle.

Autant dire que cette opération tient plus, dans un premier temps, de l'intuition que du raisonnement hypothético-déductif.

1. Pour l'auteur, le concept de *régression* est central dans sa démarche. C'est pourquoi nous le signalons par une majuscule.

Un ensemble de faits jusqu'alors peu connus, sinon peu « perçus », trouvent soudain dans l'esprit du chercheur une cohérence d'ensemble grâce à l'utilisation d'un concept qui ne leur était préalablement pas destiné. Vient ensuite le travail de vérifier la portée du concept ainsi « déporté », ses dimensions nouvelles et aussi ce en quoi il diffère de son ancienne acception ; ce qui peut d'ailleurs conduire à la débaptiser : dans l'exemple de la Régression une lecture structuraliste parlera de « déplacement d'une position défensive à une autre ».

Il ne faut pas oublier non plus l'importance du cadre technique de l'expérience (en l'occurrence de la clinique) pour comprendre comment le passage entre des ensembles théoriques différents, s'appliquant à un même objet, peut permettre de réaliser ou au contraire d'empêcher ces opérations psychiques créatrices.

C'est en m'appuyant sur ces considérations que j'ai proposé d'éclairer par le concept de régression/progression, emprunté à la théorie psychanalytique, un ensemble de phénomènes tant psychiques qu'émotionnels dans le cadre des thérapies psychocorporelles.

Mon expérience de la psychanalyse et des nouvelles thérapies me fait penser que les différences techniques entre les nouvelles thérapies et la psychanalyse permettent de pousser plus loin la compréhension de ce qu'est la Régression et de son utilisation en psychothérapie. Cela me permet d'aller au-delà de la façon dont la psychanalyse l'a comprise et traitée jusqu'à une période récente mais qu'elle semble considérer différemment après Winnicott et Balint.

En retour, la façon dont la psychanalyse traite la régression-progression pourra être questionnée à partir de l'expérience qu'en apportent les thérapies corporelles et émotionnelles.

Mon expérience de la thérapie passe par les étapes suivantes : de 1963 à 1970, participation à des groupes ponctuels de dynamique de groupe (proches de D. Anzieu et de Max Pagès principalement) et à des groupes d'évolution de longue durée (M. Pagès, National Training Laboratory aux États-Unis) et formation à l'animation des « T-Groups ». De 1971 à 1984, psycho-

thérapie individuelle et en groupe dans la plupart des « nouvelles thérapies », principalement reichiennes (J. Pierrakos, P. Bindrim) et formation à ces techniques. De 1981 à 1991, psychanalyse lacanienne (L. Kokh) puis formation de psychanalyste.

Dès les années 1970 la question sur la relation entre le travail corporel/émotionnel et le travail psychique s'était posée. À cette époque le travail corporel, par exemple en groupe d'expression corporelle ou en relaxation, était ensuite « repris » dans un travail d'analyse et réduit à n'être qu'un matériau à inclure dans l'ensemble du discours inconscient, sans spécificité propre. Puis, à leur tour les « nouvelles thérapies » en proclamant la spécificité, sur le plan théorique et technique, du travail corporel et émotionnel, sont allées vers une réduction symétrique de celle opérée par la psychanalyse qui s'est détournée de la dimension somatique pour ne s'intéresser qu'à la dimension psychique du Sens inconscient. Le praticien que je suis ne pouvait accepter des appauvrissements aussi flagrants de la réalité clinique. Enfin, l'expérience du travail thérapeutique de/en groupe conduit à penser la dimension du relationnel/communicationnel dans la théorie et la pratique psychothérapeutiques.

On peut dire de façon très synthétique que les reichiens théorisent l'émotion – ce phénomène complexe dont on n'a que récemment tenté de cerner le contenu comme concept – comme une manifestation pulsionnelle privilégiant ce que la théorie freudienne appelle la dimension économique. Par contre, la psychanalyse la réduit à un élément du discours inconscient.

Un examen plus poussé de l'émotion (M. Pagès, 1986) conduit à l'analyser comme système complexe incluant les deux sous-systèmes indiqués ci-dessus (l'émotionnel au plan somatique et le discours inconscient) – chacun ayant ses mécanismes de fonctionnement spécifiques. D'autre part l'émotion a une fonction d'expression et de communication, ce que les analyses freudienne ou reichienne tendent à oublier, tant par leurs théories que leurs règles techniques, mais que redécouvre le courant rogérien dans les années 1950.

L'éthologie et la neurophysiologie amènent au constat que l'émotion est un système présent dès les premiers instants chez

l'enfant, plus ancien que l'activité conceptuelle et langagière. Nous pouvons observer que plus un problème travaillé par un patient est « archaïque » – et nous appelons ainsi ceux dont l'origine et la nature correspondent aux stades prégénitaux dans la théorie des stades –, plus le système émotionnel joue un rôle important dans la relation entre le patient et son problème ainsi que dans la relation entre le patient et le thérapeute. L'émotion n'est pas pour autant absente des problèmes moins archaïques pour lesquels elle joue un rôle de « moteur » dans l'exercice de la fonction imaginaire ainsi que dans le processus de symbolisation.

D'autre part l'émergence du « plus ou moins archaïque », au cours des psychothérapies, nous ramène à nouveau à cette question que j'évoquais plus haut : celle de la Régression-progression dans la vie inconsciente et dans la psychothérapie.

Contrairement à ce que formalise la théorie psychanalytique, la Régression ne se réduit pas à une dynamique interne du sujet. Elle s'inscrit dans une relation à l'Autre (individu ou groupe ou institution). Alors, ce qui pour certains théoriciens pouvait apparaître comme une « illusion groupale » (Anzieu, 1971*b*), rejoint pour moi cette communication dans la « relation fondamentale » (M. Pagès, 1968) tellement importante dans la clinique des psychotiques et des cas-limites, mais aussi des groupes et des institutions.

Peut-être que, là encore, les variations du cadre technique permettent ou non de saisir cette dimension de la Régression qui ne pouvait apparaître dans le dispositif des techniques de groupe pratiquées jusqu'aux années 1970. N'oublions pas que ces groupes étaient souvent ponctuels ou très limités dans le temps, chaque participant étant invité à gagner le divan lorsqu'il formulait le désir de poursuivre un travail analytique ou thérapeutique approfondi. Les expériences de groupes de thérapie et de thérapie en groupe, combinées ou non à un travail en séance individuelle, ayant pour objectifs de conduire à son terme le travail thérapeutique d'un patient se déroulant sur des périodes allant de deux à dix ans, sont en cela complètement différentes.

La question de la Régression est centrale pour comprendre une différence importante entre deux courants de psychologie qui se sont présentés en Europe à deux époques différentes :

– vers les années 1950, le courant « rogérien », l'approche existentielle et les travaux de Carl Rogers, Rollo May, Abraham Maslow très imprégnés par la philosophie existentielle européenne (Merleau-Ponty, Gabriel Marcel, Sartre, Heidegger, Kierkegaard, Biswanger...);

– vers les années 1960, le courant des « nouvelles thérapies » : Gestalt, psychosynthèse, analyse transactionnelle, bioénergie, primal, etc.

Les thérapies existentielles utilisent peu le travail de la Régression. Elles s'adressent surtout à la « personne » avec le souci de l'impliquer tout entière, depuis le corps jusqu'à la dimension spirituelle. Mais d'un point de vue psychanalytique, elles ne s'adressent qu'au Moi conscient, au mieux préconscient, et ignorent l'Inconscient.

Au contraire, les nouvelles thérapies font un usage plus ou moins important de la Régression, souvent sans le dire comme en Gestalt-thérapie, souvent sans concepts théoriques nouveaux par rapport à ceux que nous propose la psychanalyse, dans le cas de la bioénergie, ou avec une théorie fort pauvre dans le cas de la thérapie primale.

D'autre part, la question de la Régression est importante pour dépasser une opposition simpliste entre la psychanalyse et les nouvelles thérapies.

En effet, on ne rend pas compte de façon satisfaisante de ce qui se passe dans la clinique des nouvelles thérapies et on ne peut rien en théoriser, si on n'étudie pas les outils par lesquels elles traitent ce phénomène incontournable qu'est l'Inconscient individuel et/ou collectif et les éléments conséquemment présents dans toute thérapie : transfert et contre-transfert.

Le cadre intellectuel et théorique général de ma recherche doit beaucoup à la pensée de Max Pagès, à ses écrits et aux travaux du groupe de recherche sur l'émotion qu'il a créé dans le cadre du Laboratoire de psychologie clinique de l'université de Paris VII.