

RECHERCHE EN PSYCHOSOMATIQUE

*H*andicap, *traumatisme et impasse*

Sous la direction de
Pierre Boquel

Pierre Boquel
Danielle Froment
Marie-Claude Granget
Laurence Goldschmidt
Adèle Bucalo Triglia



Extrait de la publication

RECHERCHE
EN PSYCHOSOMATIQUE

Impasse, handicap et traumatisme

*Pratique de la thérapie
relationnelle du traumatisme
et du syndrome de répétition*

Vj ku' r ci g'kpvgpvkqpc m{ 'ighv'dnc pm

**RECHERCHE
EN PSYCHOSOMATIQUE**

Impasse, handicap et traumatisme

*Pratique de la thérapie
relationnelle
du traumatisme et du
syndrome de répétition*

**Sous la direction de
Pierre Boquel**

Pierre Boquel
Danielle Froment
Marie-Claude Granget
Laurence Goldschmidt
Adèle Bucalo Triglia



Extrait de la publication

Centre International de Psychosomatique
Collection *Recherche en psychosomatique*
dirigée par Sylvie Cady

Dans la même collection

Le cancer – novembre 2000

La dépression – février 2001

La dermatologie – mars 2001

La clinique de l'impasse – octobre 2002

Identité et psychosomatique – octobre 2003

Rythme et pathologie organique – février 2004

Psychosomatique : nouvelles perspectives – avril 2004

Médecine et psychosomatique – septembre 2005

Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel – février 2007

Soigner l'enfant psychosomatique – février 2008

Affect refoulé, affect libéré - mars 2008

Entre l'âme et le corps, les pathologies humaines - octobre 2008

Éditions EDK

2, rue Troyon

92316 Sèvres Cedex, France

Tél. : 01 55 64 13 93

edk@edk.fr

www.edk.fr

© Éditions EDK, Sèvres, 2009

ISBN : 978-2-8425- 4128- 6

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Préface

Est-il vraiment besoin de présenter ce texte qui rend compte d'une recherche multiple effectuée par le Groupe de Montpellier sur le thème du traumatisme et ses séquelles immédiates et médiates ? Question qui signifie que, quand on parvient à une liberté de regard, dégagé du désir de tout expliquer en fonction d'un savoir déjà constitué et érigé en un système qui s'auto-confirme, même aux cas où il est franchement battu en brèche par des données irréductibles, alors, et alors seulement, on devient disponible pour voir ce qui est là, par-delà toute conceptualisation a priori. Aboutir finalement à ce point qui, paradoxalement, est le vrai point de départ, nécessite une conversion personnelle, qui passe par un long et persistant effort de réflexion, non sur un tel ou tel sujet particulier pour en devenir l'expert, mais sur l'ensemble du processus d'objectivation qui parfois mène à des impasses de la pensée. Pensée qui devient alors l'objet de la recherche, ce qui ne saurait s'opérer sans qu'on retrouve en soi l'origine même de toute pensée, avant qu'elle se fige en des concepts qui, à la limite, viennent se substituer à la réalité. Ce qu'on trouve désormais n'est rien d'autre que ce qu'on y a déjà projeté, les mots remplaçant les objets et l'enfermement devenant total : les serrures à ouvrir sont faites pour la clé ! Et c'est en accédant à ce plan où, par la pensée, tout retrouve sa fraîcheur, sa fluidité, son continuel renouvellement, que la lecture de ce texte, en dominant son sujet, se mue en quelque chose de rare, se confondant avec le plaisir de penser.

Recherche en psychosomatique

Un mot de Niffari le résume excellemment : « Une connaissance dans laquelle il y a de l'ignorance, est une connaissance dans laquelle il y a de la connaissance »¹.

Sami-Ali

Professeur Émérite de l'Université Paris VII,
Directeur Scientifique du Centre International
de Psychosomatique

1. Voir Niffari : *Les haltes*. Traduit de l'arabe, présenté et calligraphié par Sami-Ali. Paris : Sindbad-Actes Sud, 2007.

Avant propos

Cet ouvrage est composé de deux parties traitant du traumatisme et du handicap selon une perspective relationnelle.

La première partie théorico-clinique aborde la manière actuelle de penser le traumatisme et ses effets². Les concepts sont interrogés à partir de la clinique. Elle propose une autre modalité conceptuelle³ afin de définir une nouvelle méthodologie d'accompagnement des personnes en souffrance à la suite d'un traumatisme.

La deuxième partie explore, toujours sur la base d'observations cliniques, la dimension sociale du traumatisme et la question difficile de la réinsertion professionnelle.

Volontairement, nous n'avons pas différencié le concept de *traumatisme* de celui de *trauma*⁴ afin de ne pas réifier une fois de plus la dualité "psychique/somatique". D'autre part une des idées principales de ce travail est de montrer que le traumatisme et ses conséquences ne peuvent être pensés en dehors de la situation relationnelle (et de ses formes conflictuelles⁵) à l'intérieur de laquelle ils vont s'inscrire.

L'événement traumatique faisant effraction dans une organisation particulière d'un fonctionnement psychique (sollicitant les

2. En référence à deux principaux champs thérapeutiques : analytique et celui des thérapies comportementales et cognitives.

3. Celle préconisée par la théorie relationnelle du Prof. Sami-Ali. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, Dunod, Paris, 2003.

4. La psychanalyse utilise le terme de « Trauma » en transposant sur le plan psychique trois significations liées aux implications du traumatisme : celle d'un choc violent, celle d'une effraction, celles de conséquences sur l'ensemble de l'organisation. Voir J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1967, p. 500.

5. L'impact traumatique, l'intensité plus ou moins grande des bouleversements qu'il est susceptible de produire ne peuvent être compris indépendamment des formes prises par la relation, allant du simple conflit à la situation d'impasse.

capacités d'un appareil psychique) n'est plus alors ni le point central, ni le point de départ de l'intelligibilité des troubles cliniques retrouvés chez les patients. Dans les formes symptomatiques majeures, *le concept d'impasse* relègue en arrière plan *le concept de traumatisme*, il englobe ce dernier. Il en est de même pour une symptomatologie plus ou moins réversible, en rapport avec le corps imaginaire, résultant d'un événement traumatique survenant dans *une situation conflictuelle avec solution*.

Mettant la relation au premier plan, la perspective relationnelle propose un accompagnement global du sujet selon une méthodologie unitaire. Nul besoin alors du dualisme "traumatisme/trauma" car c'est le même sujet qui se trouve touché dans son corps et son âme et dont le handicap apparaît dans la relation en y imprimant dès le début sa marque. Le handicap est relationnel. Nous verrons aussi, la deuxième partie l'illustrera, que la personne entrant dans la catégorie du handicap se trouve devoir affronter d'autres situations conflictuelles plus ou moins fermées liées au contexte social et au parcours difficile d'une réinsertion professionnelle.

Par son approche irréductible tant à la psychanalyse qu'aux théories comportementales et cognitives, la théorie relationnelle apparaît comme une nouvelle démarche d'aide aux personnes handicapées souffrant des troubles liés au traumatisme.

Partie 1

Pierre Boquel

L'impasse des protistes

Les protistes sont des êtres unicellulaires, objets d'expérimentation de chercheurs de l'époque freudienne, ils portent la lourde responsabilité d'avoir été la source d'une des plus fabuleuses extrapolations du siècle dernier : une spéculation sur la vie et la mort à l'origine des pulsions de mort. De leur culture va naître une « culture de pulsions de mort », retrouvée encore actuellement par des psychanalystes lors de la cure de certains patients, une culture coïncidant avec la relation thérapeutique et dénommée « relation thérapeutique négative ».

Mon travail consiste en une réhabilitation de ce que Freud appela « les animalcules⁶ » et par voie de conséquence, un dédouanement de la « négativité relationnelle » attribuée abusivement à certains patients. D'une manière plus générale, il pose la question fondamentale du *travail de négatif*. Ceci afin que plus jamais personne ne puisse être pris pour un protiste...

6. Terme employé par Freud pour désigner les protozoaires.

*En souvenir de la journée du CRESMEP (Centre de Psychosomatique de Montpellier), le 13 mai 2006 à Montpellier
Au Professeur Sami-Ali qui a accepté d'y participer
Aux amis et proches qui m'ont aidé dans
l'élaboration de ce travail*

Chapitre 1

Introduction

Cet essai est constitué de trois exposés ayant fait l'objet de conférences à Paris et à Montpellier durant l'année 2005-2006, il regroupe les textes autour d'une question fondamentale : comment penser aujourd'hui le traumatisme et ses conséquences.

Peut-on aujourd'hui penser autrement les concepts liés au traumatisme : trauma, syndrome de répétition, handicap psychique, syndrome de stress post-traumatique, etc., sans les mettre en rapport avec une effraction d'un appareil psychique, une région originelle de l'âme ou avec quelques expériences premières que l'événement traumatique désorganiserait ?

Peut-on aussi renoncer à l'effort de compréhension des troubles apparus chez un individu ayant été soumis à une situation traumatique en substituant à cette compréhension des consignes d'apprentissage et des procédés de désensibilisation ?

Deux types de savoir s'opposent actuellement dans leurs tentatives thérapeutiques d'appréhender le sujet traumatisé. En premier lieu, le savoir analytique avec ses différentes grilles de lecture,

toutes renvoyant à un corpus de concepts centré par un *inconscient négatif* organisé autour de phénomènes originaires. Le deuxième type de savoir est à l'origine des thérapies comportementales et cognitives, il s'étaye sur les théories de l'apprentissage et du traitement de l'information. Ces dernières thérapies sont les plus en vogue actuellement, elles répondent à certains besoins d'adaptation sociale et d'évaluation des effets thérapeutiques visant à la gestion des symptômes sinon à leur disparition. De nombreuses techniques en dérivent, telles que l'hypnose, l'EMDR, etc., affichant toutes leurs résultats positifs et leur légitimité à prendre en charge le champ du traumatisme et de ses conséquences.

Sous les yeux des patients désorientés se déroule depuis quelques années la guerre des thérapies. Mon intention n'est absolument pas de me situer dans l'un ou dans l'autre camp, il me semble qu'il faut plutôt commencer à interroger le champ de bataille préexistant à cette guerre ainsi que le positionnement de chaque faction, leurs rapports stratégiques et leurs effets sur la clinique.

Ce dont il est question au-delà de ces pratiques différentes est le type d'individuation du sujet et la place prise par le processus de subjectivation.

Avant de situer la méthodologie relationnelle dans cet ensemble de thérapies, je vais exposer trois idées principales de la perspective relationnelle. Elles m'ont permis à la fois d'avoir constamment à l'esprit les quatre niveaux pour penser le traumatisme : les données cliniques, l'accompagnement méthodologique, le savoir théorique et l'inscription de celui-ci dans le champ épistémologique.

Trois idées directrices de la théorie relationnelle pour penser le traumatisme et ses troubles

La dimension anthropologique

La première idée est que la manière de considérer le traumatisme et ses conséquences ne peut être séparé du contexte socio-culturel dans lequel se trouve le sujet. Par exemple, un traumatisme touchant un habitant de l'Inde sera perçu et vécu différemment selon la caste à laquelle appartient l'individu et selon le cycle de réincarnation dans lequel il s'inscrit.

Par la position qu'il donne à l'imaginaire et au banal, le contexte socio-culturel détermine le fonctionnement du sujet. Ce fonctionnement dépend de la manière dont est investie culturellement la conscience onirique par rapport à la conscience vigile. Le traumatisme et ses conséquences doivent être mis en perspective avec ces deux types de consciences données à l'homme et qu'il affecte à des degrés plus ou moins forts. De sorte que les effets du traumatisme ne peuvent plus se diviser, se répartir dans les champs psychique et somatique car ils touchent un être dans l'unité de son fonctionnement pris dans une situation relationnelle bouleversée par l'événement traumatique.

Le primat relationnel

La deuxième idée est que le traumatisme est relationnel. Il s'inscrit d'emblée dans une relation préexistante à son avènement et qui en modifie ses répercussions. En considérant avant tout que son impact relationnel, le dualisme psychique – somatique n'est plus pertinent, son inscription dans les différents plans de l'âme et du corps est ramenée à la relation et permet d'avoir une compréhension globale des difficultés du sujet.

Ainsi, les conséquences du traumatisme varient avec la forme prise par la situation relationnelle que l'événement traumatique bouleverse, c'est la troisième idée directrice.

La situation conflictuelle avec ou sans issue

Les effets immédiats et les troubles post-traumatiques seront variables, plus ou moins réversibles, selon que le traumatisme survient dans une situation conflictuelle comprenant des solutions ou apparaît dans une situation insoluble prenant la forme d'une d'impasse.

Un autre cas de figure survient lorsqu'un événement traumatique referme une situation auparavant conflictuelle en impasse.

Nous aborderons tout le long de ce travail les différentes thérapies préconisées dans la prise en charge du sujet traumatisé. Il importe de positionner la thérapie relationnelle parmi ce vaste champ de pratiques, nous définirons ce positionnement par rapport à l'imaginaire.

Place de la thérapie relationnelle parmi les thérapies existantes

Thérapies et relations thérapeutiques

Il existe actuellement un grand nombre de thérapies et des formes multiples de relations thérapeutiques aménagées dans des espaces diversement codifiés. La plupart du temps, ces espaces sont sous-tendus par un savoir édifié en modèle qui ordonne, avec plus ou moins de souplesse, les places respectives du thérapeute et du patient, les attitudes permises, les jeux de la parole et du silence et les types de relation en œuvre. Ces relations prennent des noms différents selon le dispositif dans lequel elles s'inscrivent, ainsi : le transfert, l'alliance, la relation d'aide, le télé⁷ etc.

Tout dispositif relationnel est composé d'éléments hétérogènes comme les personnes qui s'y engagent (par exemple, pour les thérapies familiales : enfant, parents, thérapeute), le matériel réparti dans l'espace (divan, bureau, fauteuil, miroir, atelier de peinture etc.), certaines formes de conduites (prescription, conseils, neutralité bienveillante etc.). Mais surtout ce dispositif fabrique aussi des concepts que le savoir reprend ensuite comme objets *naturels* d'investigation.

Ainsi, le rêve⁸ n'est pas le même dans l'espace psychanalytique que dans l'espace de la thérapie relationnelle et devient inexistant dans la thérapie comportementale et cognitive ; de même, l'angoisse en tant qu'affect peut être respectivement, soit une quantité d'excitation en psychanalyse, soit une information pour les thérapies basées sur les théories de la communication, soit un prolongement de la conscience onirique dans la vie diurne pour la thérapie relationnelle.

Le réel de la thérapie, comme *combinaison d'objets de savoir et de pratiques*, se compose ainsi, prenant l'apparence d'une forme stable et évidente alors qu'il n'est qu'une *réalité construite et relative*⁹. De sorte que le savoir, par le découpage qu'il effectue dans le

7. Terme employé pour rendre compte de la relation dans le psychodrame de Moreno.

8. Plus précisément « le concept de rêve » afin d'éviter toute confusion entre le concept et le phénomène qu'il désigne.

9. D'où l'importance d'une confrontation au « non-savoir » proposé par la théorie relationnelle et à la « non-pratique », afin de tracer des lignes de fuite et libérer le patient des multiples objectivations et pratiques déterminées, technicisées.

champ thérapeutique, délimite des objets qu'il affuble *d'une nature* et sur lesquels il se porte ensuite comme s'ils étaient des objets réels de connaissance, les faisant entrer dans un système de pensée qui s'auto-confirme alors qu'ils ne sont que *des concepts fabriqués par l'imaginaire ; un imaginaire à l'origine du savoir*¹⁰. L'idée et l'objet sont alors fréquemment confondus et le caractère « en boucle » de ce processus est difficile à appréhender lorsque l'on se trouve à l'intérieur du modèle adopté auquel on croit fermement. Ainsi le « Moi-peau » n'est qu'une métaphore essayant de traduire un fonctionnement psychique très complexe et trop souvent confondu avec la perspective réaliste de l'enveloppe cutanée et ses fonctions¹¹ ; de même on confère souvent au « corps imaginaire » le statut de réalité.

Comment éviter cette confusion ? Existe-t-il un modèle permettant de ne pas être dupe de cette fabrication de l'autre et du monde à l'image que l'on construit d'eux ?

Il est difficile de répondre par l'affirmative car c'est le propre d'un modèle, d'un savoir érigé en système, de fonctionner ainsi.

Sami-Ali, en invitant à faire de la théorie relationnelle une méthodologie¹², évite le double écueil du modèle et de la vérité. Au lieu de prédire ce qu'il faut trouver, à l'instar de Freud à propos de l'origine homosexuelle du délire paranoïaque du président Schreber, c'est-à-dire au lieu de chercher ce qui est donné *a priori* comme objets à découvrir¹³, la thérapie relationnelle offre une autre démarche. Elle propose des pistes, des directions à prendre, sans présager de ce qui va résulter de ces explorations, cela en essayant de se déprendre d'un savoir constitué, qui, projeté, transformerait le sujet et déterminerait l'expérience qu'il fait de lui-même.¹⁴ Ainsi elle porte son interrogation aux sources du savoir, à *la racine de la projection*, sur un espace potentiel pré-conceptuel¹⁵.

10. Voir Sami-Ali, *Penser l'unité : la théorie relationnelle*, Août 2005.

11. Pour la séparation du concept de « Moi-peau » avec une perspective réaliste, voir Jean-Marie Gauthier, *L'enfant malade de sa peau*, Dunod, Paris, 1993, p. 165-166.

12. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, op. cit.

13. Voir Sami-Ali, *L'impasse dans la psychose et l'allergie*, Dunod, Paris, 2001

14. En se positionnant au niveau de la fabrication des objets, des concepts et des pratiques par l'activité projective, la méthodologie relationnelle ouvre un espace de relativité s'opposant aux multiples déterminations, un espace relationnel. Dans celui-ci il s'agit de comprendre la manière dont ces différents éléments s'entrelacent, interagissent de manière complexe entre eux surtout lorsqu'il existe des configurations relationnelles fermées telles que le conflit et à l'extrême l'impasse.

15. Qui ne correspond ni à une « expérience projective première » ni à un « espace primordial » interne au sujet mais rejoint plus l'idée d'*antériorité* en lien avec une matrice relationnelle marquée par le contexte socio-culturel.

À partir des 4 dimensions définies par Sami-Ali pour penser la relation : l'espace, le temps, l'affect et le rêve¹⁶, peut-on essayer de préciser ce que l'on entend par « relation thérapeutique » ?

Tout d'abord, considérons que l'agencement des éléments composant l'espace de la thérapie, est lui-même inséré dans une polarité contextuelle préexistante, pris dans la dialectique sociale de deux concepts opposés et indissociables : entre l'imaginaire et le banal.

Se forment ainsi des espaces thérapeutiques traversés ou non d'imaginaire, dans lesquels les quatre dimensions de la relation constituent autant de variables à l'origine de formes qui se modifient au gré de déterminants socioculturels, au gré de la pression des modèles. Comme je l'ai dit, le temps, l'espace, l'affect et le rêve ne sont pas les mêmes dans les différentes thérapies. Ils varient entre les pôles du réel et de l'imaginaire, composant *diverses figures relationnelles* dont l'action thérapeutique dépend de l'agencement de deux consciences ; la conscience onirique complétée par la conscience vigile.

C'est dire que la place du rêve dans ces espaces fait apparaître deux grands types de thérapies, un découpage par lequel se reproduit le dualisme corps et âme :

– Les thérapies faisant appel principalement à une seule conscience, la conscience vigile fondée sur la raison et la pensée logique : c'est le champ des thérapies cognitives ainsi que celles agissant sur le comportement ; ces thérapies comportementales et cognitives sont sous-tendues par l'apprentissage et le traitement de l'information.

– À une autre place de ce qui pourrait être un différentiel, les thérapies psychanalytiques qui utilisent, la plupart du temps mais pas toujours, le rêve. Encore faut-il, pour le rêve, se poser la question de la manière dont on le traite, le déforme, les intentions qu'on lui prête et la vérité qu'on lui donne ou qu'on lui retire. Qualifiée d'inconscient, la conscience onirique se réduit à une conscience défensive et se limite à des manifestations contraintes par l'interprétation. Qualifiée d'imaginaire, elle tend vers la créativité, vers la création d'un autre monde. Et ce monde onirique permet au sujet de s'objectiver tout en lui donnant accès à sa subjectivité, un mouvement indispensable pour tendre vers l'unité de l'être¹⁷.

16. Voir Id., *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, op. cit.

17. Il faut noter que seule la relation permet le passage de l'objectivation du sujet dans le rêve à un mode de subjectivation sinon tout pourrait en rester à l'état d'objectivation.

À la différence des autres thérapies, la méthodologie relationnelle fait appel aux deux types de conscience qu'elle replace dans un équilibre et une complémentarité. Cependant, elle ne se situe pas à l'intérieur d'un système de connaissances, elle invite à contourner les modèles, les savoirs constitués afin de découvrir un chemin par lequel la réalité de l'autre, du patient sera le moins déformée possible. Le concept de « réceptivité », recevoir sans déformer par la projection d'une grille de lecture, correspond à cette démarche. Il est possible d'associer l'attitude réceptive à un autre concept, le concept de « spontanéité », affecter l'autre au-delà de toute volonté d'objectivation par l'ouverture d'un espace subjectif de transformation.

L'imaginaire peut donc occuper différentes places, revêtir diverses formes, s'articuler d'une manière spécifique aux éléments hétérogènes du dispositif thérapeutique. Imaginaire à la fois constitutif, immanent et transcendant, mais dont l'être-même peut se figer, prendre certaines figures et participer à des situations d'impasse relationnelle. Cette place particulière de l'imaginaire à l'origine du savoir et des pratiques sera illustrée dans le chapitre III sur la « relation thérapeutique négative ».

Trois grands chapitres composent cet écrit

1. *Le premier chapitre* traite du rêve traumatique et du processus de répétition. Il se propose de penser ces phénomènes cliniques sous l'angle de l'impasse, c'est-à-dire en en se détachant d'un regard herméneutique gouvernant encore à l'heure actuelle un grand nombre des thérapies existantes. Dans ce chapitre le rêve traumatique va être considéré comme un phénomène relationnel, intersubjectif et variable dont il va falloir retrouver les conditions de fabrication. La relation thérapeutique conditionne non seulement la lecture du rêve traumatique mais aussi sa production.

La perspective relationnelle fait que ce que l'on croyait bloqué par essence retrouve une fluidité. Le concept même de « rêve traumatique » en se défaisant, se trouve relativisé par la possibilité d'inventer d'autres concepts tels que « rêve de sauvetage » ou « rêve de retour à la vie », etc. Cependant l'infinie production des concepts, l'étendue du champ de leur possibilité d'existence les fait apparaître comme des objectivations partielles déterminées par un type de savoir. Un savoir à l'origine du blocage, des formes de clôtures et d'enlisement retrouvées en clinique, car renvoyant à un système

conceptuel fermé. Face à cette fermeture s'oppose le concept relationnel de « réceptivité » en tant qu'attitude, c'est-à-dire responsable *d'un effet de libération* sur le thérapeute et sur le patient par une mise en tension du savoir avec un « non-savoir ».

La pensée relationnelle, ne pouvant se confiner au seul fonctionnement pour comprendre la pathologie du traumatisme, pose la situation relationnelle comme indispensable dans cette compréhension, notamment dans ses formes de conflit et d'impasse. Aussi le concept d'impasse apparaît comme un concept *englobant* et *précisant* celui assez mal défini de traumatisme.

2. *Le deuxième chapitre* ira plus loin dans la pertinence du concept d'impasse vis-à-vis de la notion de traumatisme en faisant des conséquences de ce dernier un dérivé des situations d'impasse de l'histoire du sujet. Il mettra en perspective quelques problèmes posés par le handicap dans notre société avant d'étudier l'impact et l'inscription de l'accident dans la vie du patient. À partir de la clinique, il interroge les différentes thérapies s'occupant à l'heure actuelle des patients atteints « d'état de stress post-traumatique » et étudie la validité de ce concept.

Dans sa conclusion, il propose, selon la méthodologie relationnelle, des éléments en vue d'une nouvelle démarche d'aide aux personnes ayant des troubles après exposition à un traumatisme.

3. *Le troisième chapitre* concerne aussi le rève traumatique et le syndrome de répétition à l'intérieur de la relation thérapeutique. Plus précisément, il essaie de cerner sur quelles hypothèses ces notions reposent dans le savoir analytique. Il se propose d'explorer le concept de pulsions de mort à travers ce qui est considéré comme *sa visibilité clinique* : « la relation thérapeutique négative ». Ce chapitre relate l'impasse analytique d'une patiente rendue responsable d'une relation thérapeutique négative. Après avoir exposé les tentatives de solutions proposées en vain par la psychanalyse pour juguler ce « phénomène négatif », notre étude montrera que ce blocage clinique résulte en fait de l'incapacité théorico-clinique d'une pensée ne pouvant se remettre en question.

Un tout autre abord réalisé par la méthodologie relationnelle sera en mesure de dissoudre la problématique rebelle, faisant d'elle un *objet construit et relatif* à un système de savoir donné, en définitive une forme résultant du codage analytique et ayant pris l'apparence d'une réalité.

Chapitre 2

Au-delà de la compulsion de répétition et du rêve traumatique *Traumatisme et impasse*

Ce chapitre porte sur le rêve traumatique et sur le processus de répétition qui souvent lui est associé. Il ne s'agit pas ici de développer cette notion dans le champ psychanalytique où elle a pris naissance. Le propos de cette étude est tout autre. S'appuyant sur la clinique, il fait apparaître une nouvelle manière de considérer ce problème, radicalement différente de celle produite par les concepts psychanalytiques. À un tel point que les notions de « rêve traumatique » et de « compulsion de répétition » se verront réinterrogées au niveau-même de leur découpage conceptuel.

Ainsi le titre de ce chapitre « au-delà de la compulsion de répétition et du rêve traumatique » interroge le domaine de validité de ces concepts. A l'opposé de Freud, nous ne voulons pas les préserver coûte que coûte malgré le problème posé par la clinique. Au contraire, nous voulons faire apparaître un autre point de vue irréductible à la perspective analytique. Cet autre positionnement est celui amené par la méthodologie de la théorie relationnelle¹⁸, élaborée par Sami-Ali, et dans laquelle tout phénomène est d'emblée

18. Voir Sami-Ali, *Corps et âme, Pratique de la théorie relationnelle*, op. cit.

Vj ku' r ci g' k p v g p v k p c m { ' i g h ' d r e p m

Table des matières

Préface	5
Avant-propos	7
 PARTIE 1 – L’impasse des protistes	
Chapitre 1. Introduction	11
Chapitre 2. Au-delà de la compulsion de répétition et du rêve traumatique, traumatisme et impasse	19
Chapitre 3. Du handicap à l’accident et au-delà, regard critique sur le syndrome d’État de Stress Post-Traumatique	45
Chapitre 4. L’impasse des protistes ou la relation thérapeutique négative	67
Chapitre 5. Conclusion	119
Chapitre 6. Annexe	123
 PARTIE 2 – Handicap relationnel et social	
Dimension sociale, le problème de la réinsertion professionnelle	
Chapitre 1. Handicap, nouvelles perspectives	131
Chapitre 2. Maladie, handicap et travail	143
Chapitre 3. La fonction tactile	157
Chapitre 4. Thérapie relationnelle et handicap	173
Chapitre 5. Impossibilité de l’espace imaginaire pour les patients affectés par la maladie de Crohn	189
Bibliographie	201