

CANAL PSY

N° 37 ♦ Janvier – Février 99

Bimestriel ♦ 15 F

Éditorial

Ainsi il est arrivé l'an qui, s'annonçant trois fois neuf, sera aussi le dernier d'un millénaire. Certes, le mode de constitution des nombres enlève tout mystère à ce constat mais ce dernier ne manquera pas de faire lever en chacun ce qui s'associe au passage des limites et des seuils. À chaque année finissante, nostalgie, crainte et espoir écrivent le bilan et on s'emploie, entre conscience à peu près réaliste et inquiétude presque oraculaire, à détecter des voies d'initiative pour le futur. Mais ce travail obscur de la mémoire et du désir va, cette fois embrayer sur une dimension collective très accentuée par les retentissements imaginaires et symboliques d'une fin de siècle approchante et cela dans un moment où le terme de mondialisation résonne de tous les côtés et où la réalité de la mondialisation impose comme

réalité un seul de ses possibles. Récemment, Paul Ricoeur s'interrogeait sur le sens à donner à ces nouvelles formes de pratiques collectives de mémoire qui ont choisi de se nommer « repentance », et sur les liens complexes, parfois ambigus, qui les relie à l'exigence de justice. Quoi qu'il en soit et en sera, ce retour sur le passé porte l'espérance — renouvelée ? réitérée ? — de limiter l'empire de l'oubli et de la répétition.

Sous ces auspices, je vous souhaite une année 1999 réceptive aux nouveautés et surprises fécondes au cœur et à l'esprit. Et, si vous vous reportez au précédent éditorial, vous aurez toutes les suggestions utiles pour faire fructifier ces inédits, par exemple en envoyant vos articles à *Canal Psy*.

Monique CHARLES

S O M M A I R E

Infos Pratiques

L'aide psychologique 2

Psychologie clinique : questions en travail

La transitionnalité : une coupure épistémologique « invisible »
René Roussillon 3

Le traumatisme psychique :
de l'affect au modèle
Bernard Duez 5

Psychanalyse et création :
approches actuelles
Bernard Chouvier 7

Transfert / Contre-transfert
Jean Guillaumin 9

Aperçu

Approche des risques suicidaires
et suites de tentatives de suicide
J.-P. Vignat 11

Évolution et perspectives
de la prise en charge hospitalière
de la tentative de suicide
Professeur Vedrinne 13

Agenda 15

Coq à l'âne 16

S O M M A I R E

L'aide psychologique

SERVICE INTER-UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

1 Université Lyon 2
 Bât L - Case 11 - Avenue Pierre Mendès
 France 69676 BRON Cedex
 Tél. 04.78.77.43.10 - Fax 04.78.77.43.20

1 Université Lyon 1
 Campus de la Doua entrée INSA
 43 Bd du 11 novembre 1918
 69622 Villeurbanne
 Téléphone 04.72.44.40.80

- Visites médicales, certificats médicaux
- Vaccination
- Diététique
- Dépistage dentaire
- Gynécologie (uniquement à la Doua)
- MST-SIDA (Dépistage anonyme et gratuit, uniquement à la Doua)
- Relaxation - Sophrologie
- Consultation médico-psychologique
- Service Social

CONSULTATIONS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Madame le Docteur CHARVET,
 Médecin psychiatre
 Mardi de 13 h à 17 h.

Madame le Docteur GILLOOTS,
 Médecin psychiatre
 Jeudi de 9 h à 12 h 45.

Monsieur VINE, Psychologue
 Lundi de 12 h 15 à 14 h
 Mercredi de 9 h 30 à 12 h
 Vendredi de 12 h à 13 h 30.

Prendre rendez-vous auprès de
 Madame Dominique VIGNON
 Assistante de Service Social

SERVICE SOCIAL

Ligne directe service social : 04.78.77.43.12
 Dominique VIGNON, Assistante de Service
 Social reçoit les étudiants sur rendez-vous.

Lundi	8 h 30 - 12 h et 14 h - 17 h (sur les quais, Bureau des Sports, 86 rue Pasteur Lyon 7ème)
Mardi	8 h 30 - 12 h et 12 h 30 - 17 h
Mercredi	8 h 30 - 12 h et 12 h 30 - 17 h
Jeudi	8 h 30 - 12 h et 12 h 30 - 17 h
Vendredi	8 h 30 - 11 h.

Les Associations d'entraide et d'écoute

S.O.S. Amitié
 écoute téléphonique 24/24 : 04.78.29.88.88

Centre Recherche et Rencontres
 accueil : 5 rue Pizay, 69001 Lyon
 Tél. 04.78.28.77.93

S.O.S. Suicide Phénix
 3 cours Lafayette, 69006 Lyon
 le mercredi de 18 h à 21 h 30
 le samedi de 16h à 21 h
 Tél. 04.78.52.55.26

Cap' Écoute
 Tél. 0800.33.34.35

**n° de téléphone
unique**
0 803 09 60 48
 n° indigo (1,09 F la minute)

**Centre d'Information et de Documentation des Femmes et
des Familles**, secteur personnel et santé, CIFF
 18 place Tolozan, 69001 Lyon. Tél. 04.78.39.32.25

Lyon Aide aux Victimes
 66 cours Lafayette, 69003 Lyon. Tél. 04.78.60.20.21

Les accueils en URGENCE 24h/24

Hôpital Édouard Herriot
 Service d'Urgence : Pavillon N
 5 place d'Arsonval, Lyon 3ème
 accueil : 04.72.11.69.53

**Centre hospitalier
Lyon-Sud**
 Service d'Urgence :
 chemin du Grand Revoyet,
 Pierre Bénite
 Tél. 04.78.86.16.36

SAMU
 Tél. 04.72.68.93.00

SOS Médecins
 Tél. 04.78.83.51.51

Centre anti-poisons
 Hôpital Édouard Herriot
 Tél. 04.72.11.69.11

Pompiers
 Tél. 18

Psychologie clinique : questions en travail

Ce dossier s'est initié à partir de l'idée qu'il pouvait être utile de repérer, dans le champ de la psychologie clinique, les questions qui ont fait l'objet de reprises théoriques modifiant sensiblement les conceptualisations pré-existantes. Ne pouvant prétendre à l'exhaustivité, nous avons choisi de concentrer l'effort de remise à jour sur des problèmes possédant une portée de transversalité ; dans le sens où leur compréhension est impliquée par les pratiques des cliniciens travaillant au sein de cadres professionnels très divers.

Quels sont les effets de l'introduction de la notion de transitionnalité dans le référentiel pré-existant de la psychanalyse ?

En quoi la pensée du trauma modifie la façon de concevoir la subjectivation de l'expérience ?

Dans quelle mesure l'approche psychanalytique de la création renouvelle la conception du travail psychique ?

Sur quel horizon, jusque là peu appréhendé, se déploie l'interaction transfert-contre-transfert ?

Ce sont là les quatre interrogations que ce dossier se propose d'explorer.

La transitionnalité : une coupure épistémologique « invisible »

L'introduction par D.W. Winnicott du concept de transitionnalité dans la métapsychologie psychanalytique a pu être considérée (J.L. Donnet) comme une « coupure épistémologique invisible » dans la théorie et la pratique psychanalytique. Invisible car elle s'est présentée dans un premier temps comme un simple complément au corpus théorique qui pourrait s'ajouter, sans autre forme de procès, aux acquis antérieurs. Une telle conception négligeait le fait que la métapsychologie se comporte en fait comme une théorie dans laquelle s'exerce une « solidarité théorique » forte qui a pour effet que l'introduction d'un nouveau concept — surtout lorsque celui-ci, comme c'est le cas avec la transitionnalité, s'articule aux points de vue métapsychologiques eux mêmes — modifie la répartition d'ensemble du corpus. De ce fait la

recherche en psychologie clinique est encore loin d'avoir tiré toutes les conséquences théorico-cliniques de l'introduction de la transitionnalité dans le champ clinique et en particulier dans celui de la question de la subjectivité et de l'appropriation subjective qui sont ses domaines d'impact les plus essentiels.

Je ne peux, dans les limites qui me sont ici proposées, déployer¹ l'intégralité des effets pratiques, théoriques et cliniques qui sont rendus possibles ou imposés par cette « coupure » épistémologique dans la psychanalyse, je me bornerais donc à l'extraction et au relevé de quelques effets majeurs de ceux-ci.

On a beaucoup insisté sur l'objet transitionnel, les circonstances de son émergence et celles de son évolution, moins sur ses enjeux intersubjectifs et intrapsychiques. L'objet transitionnel est le modèle

même des objets « pour » symboliser, qui ne doivent leur intérêt que du fait de leur place dans le processus de symbolisation et d'appropriation subjective qu'ils rendent possible. L'objet transitionnel « matérialise », dans les moments où celle-ci s'instaure ou est en difficulté de repérage, le symbole de l'activité symbolique elle-même. Ce n'est pas un symbole, mais un « méta-symbole », un symbole qui représente l'activité symbolique elle-même. Dans la petite enfance sa présence ou sa possession signifie que les processus qui habitent la psyché de l'enfant sont d'un ordre de réalité différent que celle de leur réalité perceptivo motrice. Sa réalité matérielle « encadre » l'activité représentative de la vie diurne, tel le cadre du rêve de la vie nocturne qui « signifie » que l'hallucination onirique n'est qu'un rêve, c'est à dire une représentation rendue perceptive, l'objet ou le processus transitionnel « signifie » que le processus en cours est et n'est pas semblable à lui-même, qu'il vaut pour la représentation « concrétisée » d'un pan de la vie psychique. C'est en ceci qu'il rend possible l'appropriation de la vie psychique en lui conférant une réalité perceptive sans néanmoins confondre celle-ci avec la réalité matérielle qui la supporte. Le registre du transitionnel traite le paradoxe qui préside à toute activité de symbolisation qui utilise dans son parcours la présence d'objets perceptifs et matériels. On conçoit, dès lors qu'il est le modèle même des objets intermédiaires ou « médiateurs »², qu'il ouvre par là même une autre théorie de la symbolisation en permettant de penser les temps « primaires » de celle-ci, ses temps premiers. Les conséquences en sont révolutionnaires pour tout ce qui concerne l'approche des temps précoces de la psyché comme pour ce qui concerne les modes de relance de la symbolisation des traumatismes psychiques ou de tous les fonctionnements psychiques non-névrotiques, autrement rejetés « hors symbole » et hors intelligibilité.

Mais la transitionnalité ne se soutient que si l'environnement est favorable, que si entre le sujet et son entourage s'organise une « convention muette » de respect du paradoxe qui le constitue. S'ouvre ainsi la possibilité de penser le fond « muet » de la relation intersubjective qui rend possible le dépassement des effets de la pulsion de mort, et celle de penser la violence comme réactionnelle à son échec et non plus comme « fondamentale ». Le transitionnel est ce qui permet d'éviter les pièges de l'alternative narcissique « moi ou l'autre », c'est ce qui permet à la subjectivité de se construire autrement que dans la haine, dont l'intensité n'apparaît dès lors que comme l'effet des formations réactionnelles à ses difficultés d'organisation. Mais du même coup la question de l'objet et de la qualité de l'environnement prend tout son sens en fonction de son aptitude à établir ou maintenir les conditions de possibilités intersubjectives de cette « convention muette », de ce « contrat narcissique » de base de la symbolisation et de la réalité psychique subjective.

L'objet ne peut plus être simplement considéré, dans la théorie mais aussi en pratique, comme le simple réceptacle passif des projections pulsionnelles du sujet, comme l'autre de la « relation d'objet » du sujet, il doit aussi être pris en compte dans la réalité de ses réponses concrètes aux mouvements pulsionnels et relationnels du sujet, pris en compte

dans sa spécificité ses qualités et ses failles et dans les effets de celles-ci sur le fonctionnement psychique du sujet, dans la manière dont il s'est rendu ou se rend « utilisable » pour le sujet. L'emprise, la « manipulation », les formes dites de la perversion reçoivent de ce fait un nouveau statut théorico-clinique; la perspective de « l'utilisation de l'objet » transforme la théorie de la relation d'objet en intégrant la question de la manière dont ont été pris en compte les « besoins du moi », c'est à dire tout ce qui est nécessaire à celui-ci pour faire le travail de transformation représentatif indispensable au processus d'appropriation subjective.

Pour finir ce parcours on s'en doute bien trop court, il faut évoquer aussi la question, directement dérivée de celle de la transitionnalité, du « potentiel ». Le concept d'espace potentiel désigne d'abord cette structuration particulière de la relation intersubjective qui donne place à la subjectivité et à l'activité de jeu et de symbolisation. Mais il désigne aussi ce qui chez le sujet est en souffrance de sens et d'assignation topique intrapsychique, il désigne cette souffrance psychique liée à un potentiel non advenu à la relation, non advenu au moi, d'un reste de la vie psychique qui n'a pu trouver place et s'accomplir dans la subjectivité parce qu'il n'a pas trouvé place dans la relation intersubjective. C'est ici le vaste champ clinique de l'exploration de la souffrance liée à ce qui n'a pas eu lieu, à ce qui ne s'est pas passé « là où il aurait pu utilement se passer quelque chose », le vaste champ du « manque à être ». La prise en compte de celui-ci infléchit notablement notre conception du transfert et de son utilisation « psychanalytique » qui s'ouvre alors à la prise en compte des modes de répétitions contraintes de ce qui n'a pas pu s'accomplir, de ce qui n'a pas eu lieu et qui hante la psyché, en quête d'un lieu potentiel pour advenir enfin, être mis au présent du moi et pouvoir ainsi être un jour endeuillé. Une telle conception renouvelle largement la question du négatif et des formes de la négativité, elle renouvelle aussi la question de la contrainte de répétition pour l'articuler avec les formes d'une contrainte à la symbolisation, d'une contrainte à l'intégration. Elle renouvelle donc aussi la conception psychanalytique du travail du deuil et de ses conditions de possibilités, on ne peut faire le deuil que de ce que l'on a pu accomplir en soi et symboliser, que de ce que l'on peut absenter au-dehors parce qu'on l'a construit au-dedans.

Dans la théorie comme dans la clinique ou la pratique, la transitionnalité a été le concept grâce auquel un certain nombre d'impasses de la psychanalyse ont pu être dépassées, grâce auquel le « Surmoi » psychanalytique a pu lever certains de ses verrous historiques pour se rendre plus adapté aux besoins d'un modèle du psychisme qui prendrait en compte le processus de la vie psychique et de la créativité qui devrait l'habiter.

René Roussillon

Professeur de Psychologie Clinique
à l'Université LUMIÈRE-Lyon2

1. Pour une approche plus développée cf l'introduction à la nouvelle édition du livre « *Le paradoxe de Winnicott* » in Press 1998-99 (à paraître).
2. Le « medium malléable » de M Milner, l'objet « transformationnel » de C Bollas n'en sont que des formes particulières, les objet autistiques n'en sont que des formes dégénérées etc.

Le traumatisme psychique : de l'affect au modèle

Aborder la problématique du traumatisme dans un espace aussi court relève certainement de la gageure aussi je vais délibérément limiter mon propos en partant de la question suivante : derrière les multitudes de théories du traumatisme, y a-t-il une forme traumatique qui, quelles que soient les figurations spécifiques traumatiques, serait relativement constante ? Nous savons que les théories du traumatisme ont suscité des débats passionnés dans le champ de la psychanalyse notamment entre S. Freud et S. Ferenczi.

S. Freud, confronté à l'énigme de l'hystérie d'un dysfonctionnement corporel sans origine biophysique, va postuler l'existence d'un appareil psychique conçu essentiellement dans un premier temps comme appareil de mémoire. On connaît la célèbre phrase de S. Freud (1895) : « C'est de réminiscences que souffrent les hystériques ». Le paradoxe de la réminiscence est qu'elle est tout à la fois intérieure et extérieure la question de l'interface entre intérieur et extérieur se pose dès cet instant. Nous entrons dans la dynamique de la représentation.

S. Freud, tout au long de ses variations sur la théorie du traumatisme, va maintenir cette importance prépondérante de la représentation, à la différence de Ferenczi pour qui le traumatisme est lié à la disparition de la représentation autrement que sous la forme de la répétition¹. On peut légitimement dire que l'opposition pour une large part semble être liée aux types de pathologies sur lesquelles s'appuie leur expérience. Ferenczi se confronte à des patients pour lesquels la forme traumatique à l'œuvre est une forme dénuée de représentations au sens strict du terme (psychotiques, psychosomatiques et états limites). Ces patients fonctionnent dans la construction traumatique répétitive, je dirais la figuration (*Darstellung*) traumatique. S. Freud travaille à partir des contenus représentationnels pendant que Ferenczi travaille la problématique traumatique autour du contenant de la représentation : une problématique de figuration.

La clinique nous montre que la figuration traumatique n'est pas la même en fonction de la construction traumatique que permet l'événement. C'est tout l'intérêt de la reprise par S. Freud de la théorie du traumatisme dans « Moïse et le monothéisme » car il intègre et la dimension sexuelle du traumatisme et la dimension narcissique du traumatisme : « Il s'agit d'impressions d'ordre sexuel ou agressif et de blessures précoces faites au moi (blessure narcissique) ». Pour ce qui concerne les impressions sexuelles précoces nous pouvons reconnaître ici la première théorie de la séduction précoce et du retour du refoulé après un temps de latence à l'occasion d'un événement qui entretient

avec le premier un lien de ressemblance imaginaire ou un lien de proximité réelle (l'hystérique souffre de réminiscences). Cet événement fait alors effet d'émergence d'une représentation qui avait pu jusqu'à ce jour être suffisamment refoulée. Le second événement, en produisant un effet de signifiante, vient attester la dimension d'intrusion sexuelle (Réelle ou Imaginaire) dont le sujet fut victime.

Ce type de traumatisme se constitue sur le verso de la fonction instituante du fantasme originaire de la séduction. L'autre n'y intervient pas comme donneur d'« amour suffisant » (P. Aulagnier, 1975) mais par l'excès pulsionnel qu'il induit, comme familier étranger, porteur de signifiants énigmatiques (J. Laplanche, 1987). La construction traumatique de la scène dans un second temps viendra du remaniement symbolique qu'impose la survenue, par exemple, des caractères sexuels secondaires : l'appropriation par le sujet de la sexualité comme sienne constitue après-coup la scène première comme intrusion (Réelle ou Imaginaire). Le contenu vient effracter le contenant. Chez l'hystérique par exemple, cette construction déclenche la figuration symptomatique de la conversion hystérique. La scène du corps supplée le moi dans sa fonction de contenance individuelle du sujet.

Pour ce qui concerne la clinique de l'agression au sens d'une menace sur le sujet c'est-à-dire celle qui menace l'autoconservation réelle du sujet, on peut s'apercevoir que le temps de latence est infiniment moins grand, parfois quasi nul. Nous sommes dans une situation d'effraction de la forme individuelle du sujet via sa consistance corporelle ou sa consistance imaginaire. Nous sommes dans le modèle de l'effraction de la vésicule. La dimension topique du traumatisme y est plus marquée. La figuration traumatique est plus actuelle plus immédiate, le défaut de représentation y apparaît et se limite à la répétition incessante d'une scène traumatique. La constitution du symptôme se fera en particulier par la répétition de scènes autotraumatiques (mise en danger, recherche de la mort comme fonction limite de la souffrance). L'agir vient suppléer la carence de contenu représentationnel pour le sujet. Cette construction traumatique existe dès la phase de latence mais est souvent banalisée en termes d'agitation, d'instabilité et de conduites à risques ou caractérielles. Toutes ces conduites mettent en scène comment le facteur léthal introduit une désappropriation radicale des contenus de représentation de la part du sujet se traduisant par exemple par l'impossibilité de jouer. Nous avons à faire à une défaillance radicale de la fonction imaginaire, une forclusion de l'imaginaire, qui entraîne l'impossibilité de constituer une quelconque

1. cf. le livre de Ginestet-Delheil : *La terreur de penser*, édition Diabase, 1997.

forme de transitionnalité suffisante. Toute constitution de représentation devient impossible si ce n'est sous la forme de figurations selon des configurations dégagées par Bion dans les pratiques groupales : dépendance et attaque-fuite. L'environnement est appelé à contenir la construction traumatique.

Pour ce qui concerne les ruptures narcissiques, menaces sur l'unité imaginaire du sujet le temps de latence est également moins important. La victime va retourner sans cesse l'intrusion sur toute autre personne, oscillant entre séduction narcissique de l'autre et tentative de destruction. Nous oscillerons cette fois-ci entre attaque-fuite et couplage (comme couplage narcissique). L'autre n'existe qu'en tant que danger potentiel sous la forme du double inquiétant ou de l'autre menaçant. Nous sommes typiquement dans une forme de la clinique antisociale. Nous sommes ici dans une forclusion non pas du champ de l'Imaginaire mais de la figure de l'autre. Les premières manifestations du retournement traumatique de l'attaque vers l'autre tombent sous le coup du déni ou de la dénégation d'un environnement trop impliqué pour reconnaître la lutte à mort dans laquelle il est contraint. Il ne faut pas confondre ici temps de latence et non reconnaissance de la manifestation d'une construction traumatique déjà présente.

L'intérêt de la dernière reprise dans « Moïse et le monothéisme » est de montrer comment, par delà les reconstructions successives de la théorie traumatique, S. Freud ne renonce pas à une synthèse théorique :

Les études sur l'hystérie : théorie du traumatisme en deux temps.

Introduction à la psychanalyse (1915/17) : théorie de la fragilité fantasmatique liée au dégagement de la notion de fantasme originaire qui sont l'avers d'une configuration dont le traumatisme est l'envers².

Au delà du principe de plaisir (1920) : fonction pare-excitation de la vésicule vivante

Notes sur le bloc magique (1925) : la théorie de la double inscription et développement de la théorie fonction filtre du pare-excitation.

Inhibition symptôme angoisse (1925/27) : l'angoisse est un indice qu'adresse le moi du débordement par l'excès pulsionnel

Analyse avec fin et analyse sans fin (1937) : réaffirmation de la fonction de la quantité dans le trauma

Constructions dans la psychanalyse (1937) : l'idée que l'événement traumatique est déqualifié de sa fonction traumatique et que le travail de l'analyse est de lui restituer sa réalité historique. On notera comment il s'agit d'un travail de restitution et de réattribution qui a défailli dans le temps traumatique.

Moïse et le monothéisme (1939) la reprise de la théorie en deux temps mais l'extension du facteur traumatique à la dimension de l'agressivité et du narcissisme.

Il y a entre chacune de ces théories une propriété formelle commune : le moi du sujet se trouve dans une situation telle que le sujet ne peut décider ce qui est lui-même, ce qui est soi et ce qui est non-soi ou

non moi, ce qui est réel ou ce qui est représenté. C. Janin parle de collapsus topique³. L'événement traumatique laisse croître la tension pulsionnelle en place de façon telle que le sujet se voit contraint soit de sacrifier, de s'amputer d'une partie du moi, modifier sa consistance, soit de décharger sur place cette tension. La situation paradigmatique du traumatisme, la situation de détresse (Hilglösigkeit), est une situation où, du fait de l'effraction du moi par le quantum d'affect pulsionnel, le sujet se trouve subverti dans sa capacité subjective à assigner un destin aux pulsions. Le vécu subjectif n'est pas un vécu d'intrusion mais un vécu d'indécidabilité fondamentale le contraignant à faire figurer une fonction contenante par un contenu représentationnel et réciproquement. Nous sommes souvent conduits à surdéterminer l'intrusion de la fonction contenance et d'unification imaginaire du moi (signal d'angoisse du moi) car elle vient masquer l'angoisse radicale à laquelle l'indécidabilité confronte le sujet. une urgence soit à refouler le contenu de représentation énigmatique, soit à dénier ou forclure la menace létale qui attaque l'autoconservation réelle ou imaginaire du moi.

La répétition traumatique apparaît alors comme une urgence à destiner la charge pulsionnelle à travers l'actualisation et la figuration symptomatique. Elle tente de mettre fin à la menace ineffable que constitue pour un sujet le vécu de l'indécidabilité radicale. La symbolisation par les formes du négatif nous dégage de l'urgence et de l'indécidabilité.

Comme S. Freud l'a très bien souligné (la dénégation, 1925) l'appropriation du signifiant originaire de la négation permet de fonder le jugement primitif d'attribution. Il a pour fonction de suturer la potentialité traumatique de l'indécidabilité⁴. Il dégage symboliquement le sujet de la situation de l'indécidabilité traumatique avec l'invention du non-moi et sa superposition au moi-déplaisir, superposition qui constitue la forme primitive d'un lien d'identité. La fonction anti-traumatique de l'autre est de permettre au sujet de superposer dans un premier temps le moi-déplaisir et le non-moi sous la figure de l'autre. Nous sommes dans la première fonction de dépôt, celle du pictogramme positif et négatif tout à la fois, de la fonction de dépôt chez J. Bleger. La deuxième fonction antitraumatique de l'autre est de permettre au sujet de destiner l'excitation pulsionnelle thanatique et érotique à travers la violence de l'interprétation originaire. Nous sommes là au cœur de l'inscription traumatique qui préside à la contrainte à s'inscrire dans l'ordre de la parole pour se dégage de l'indécidabilité traumatique.

Quelles que soient les théories freudiennes du traumatisme on s'apercevra que toutes s'inscrivent dans cette forme fondamentale de l'indécidabilité subjective qui constitue le paradigme de toute situation traumatique et toute construction traumatique.

Bernard DUEZ

Maître de conférences
à l'Institut de Psychologie
Université LUMIÈRE-Lyon2

2. N.B. chaque fois qu'un fantasme originaire s'actualise dans la psyché d'un sujet il a eu traumatisme ou il y a potentialité traumatique. La scène primitive qui est un organisateur psychique du lien intersubjectif tant qu'elle reste discrète mais se présente, par exemple, dans la imension traumatique des parents combinés lorsqu'elle se présente sous l'envers traumatique.
3. C. Janin, figures et destins du traumatisme, P.U.F.
4. L'indécidabilité me semble originaire liée à la carence instinctuelle chez le sujet humain.

Psychanalyse et création :

approches actuelles

J'ai souhaité interroger Bernard Chouvier, professeur de psychologie clinique à l'Université LUMIÈRE-Lyon2 pour cerner dans quelle mesure les approches actuelles de la création modifiaient sensiblement les perspectives en ce qui concerne les questionnements, les modalités méthodologiques des recherches, et aussi les positionnements réciproques de la psychanalyse et de la création.

Canal Psy : Sur quels objets portent les recherches sur la création s'effectuant au sein du C.R.P.P.C.

B. Chouvier : À Lyon, la problématique de la symbolisation fédère les recherches portant sur la création. Cette problématique a initié deux colloques, « L'intime et l'universel »¹ et « Matières à symbolisations ». Nos travaux portent de façon privilégiée sur la création littéraire, sans doute parce que parler de la création picturale est plus difficile à un clinicien. Certaines de nos recherches sont publiées au sein du C.R.P.P.C., comme par exemple « Clinique du style » dans lequel se trouvent les contributions de J. Ménéchal, R. Roussillon, J.M Talpin et de moi-même. Cet intérêt pour l'approche psychanalytique de la création ne date pas d'aujourd'hui. C'est J. Guillaumin qui a été à l'origine de notre centre de recherches et ses publications, comme « Le moi sublimé » récemment publié chez Dunod, montrent la permanence de sa préoccupation pour l'œuvre.

En relation directe avec la question de la symbolisation qui nous préoccupe, il existe un autre biais par lequel la question de la création s'impose à notre attention. De plus en plus, avec des patients états-limites, on a besoin de passer par des médiations et les médiations artistiques sont peut-être celles qui sont actuellement les plus développées et qui rencontrent le plus d'intérêt chez les soignants. Les cliniciens sont ainsi amenés à avoir un contact avec ces médiations artistiques comme mode d'approche du psychisme, tant en formation qu'en supervision. Nous avons ainsi beaucoup travaillé autour des ateliers d'art-thérapie à partir de l'écriture, de la peinture, du collage. Les travaux d'art-thérapie qui ont lieu au Vinatier ont été présentés lors du dernier colloque dans le cadre d'une exposition qui a suscité beaucoup d'intérêt chez les étudiants et les divers praticiens.

Pour donner leur portée aux recherches sur la création, il faut réaliser qu'elles impliquent les autres recherches cliniques. En effet, on a parfois mal compris l'intérêt que la psychanalyse portait à l'œuvre en y voyant une sorte d'application un peu impérialiste visant à renforcer la valeur de son système notionnel préalable. Je crois au contraire que la psychanalyse, depuis son origine, a toujours pris comme une sorte d'épreuve de vérité la référence au créateur. Comme si les œuvres contenaient une vérité clinique intrinsèque qui pouvait du coup servir de contre épreuve de ce que l'on peut appréhender directement dans le travail clinique.

Canal Psy : Repérez-vous des questions qui ont axé, dans le passé, les recherches sur la création et qui continuent à être actuellement travaillées ?

B. Chouvier : Certaines questions ont en effet une permanence. On cherche ainsi à clarifier le ressort du processus de création, la raison qui pousse à créer. On essaye aussi de rendre compte de l'investissement, souvent considérable de la création qui va monopoliser une part importante de l'énergie et de la vie du créateur. L'intensité de l'investissement qui lie le créateur à l'engendrement de son œuvre intrigue le clinicien d'autant que les effets ne sont pas uniquement élaboratifs mais possèdent un versant destructeur, soumettant le sujet à des risques parfois très importants. Ce type d'investissement relève-t-il de la passion ou bien l'intensité qui emporte parfois vers la création a-t-elle quelque chose de spécifique ? C'est là une question centrale. Une autre interrogation porte sur la nature de la transmission qui s'effectue dans certaines familles de créateurs. À quoi renvoient ces filiations dans lesquelles la création fait partie de l'héritage ? On tente aussi de savoir comment s'effectue le choix d'un domaine artistique particulier. Cela fonctionne-t-il sur le mode d'une monomanie ou bien le terrain d'expression choisi est-il celui qui permet au sujet d'approfondir un travail psychique dont il ressent le manque ?

Canal Psy : Dans les recherches actuelles, percevez-vous, sur ce fond d'invariant, des problématiques qui transformeraient assez radicalement l'approche de l'œuvre ou insisteriez-vous sur la continuité ?

B. Chouvier : J'ai l'impression que ce qui ne change pas, c'est l'intérêt pour les auteurs. On continue à s'investir dans des travaux portant sur son ou ses auteurs de prédilection.

Par contre, ce qui change, c'est la manière d'aborder l'œuvre, et la façon nouvelle dont on va concevoir les relations entre la psychanalyse et l'œuvre. Le Beckett de D. Anzieu a marqué un tournant dans la mesure où l'auteur n'est pas positionné comme l'objet d'étude du psychanalyste mais comme une médiation nécessaire par laquelle le psychanalyste dialogue avec la psyché, avec celle du créateur et avec la sienne. On pouvait autrefois concevoir l'interprétation d'une œuvre comme quelque chose d'assez monolithique alors qu'aujourd'hui on est beaucoup plus dans une interpénétration de la psychanalyse et de l'art. L'approche psychanalytique de l'œuvre relève, elle aussi, d'un style, celui de l'interprète, ce qui constitue un dispositif de mise en abîme. Une autre approche qui me tient aussi à cœur consiste à mettre en regard un thème traité par un auteur et la façon dont on le rencontre dans le champ clinique à travers l'étude de cas. Ce dispositif crée un dialogue qui enrichit à la fois la compréhension de la clinique et de l'œuvre.

Une autre polarité nouvelle des recherches est de viser à repérer la spécificité des processus en jeu dans

1. On peut renvoyer le lecteur à une publication récente issue de ce colloque. B. Chouvier et coll. « Symbolisation et Processus de Création », Dunod, 1998.

la création. À juste titre, R. Roussillon montre que la création peut correspondre à une contrainte à créer. Je distingue de cette contrainte la nécessité à créer. Elle renvoie au fait que le sujet va pouvoir réaliser un travail psychique sur le mode particulier de la création, travail qui a sa spécificité car il ne s'effectue pas dans l'intériorité mais dans le rapport à cet objet externe que devient son œuvre. Ainsi le créateur ne demeure pas toujours le même, sans que cela ne mette fin à la relance de son désir de poursuivre la création, d'entamer une nouvelle œuvre. Grâce à la mise au dehors d'une partie de lui-même, le créateur parvient à faire un cheminement psychique sans que cela soit pour autant une thérapie, le travail élaboratif s'effectuant dans la création par d'autres voies. Ce qui le montre c'est la comparaison avec les thérapies utilisant la création où l'activité artistique est toujours médiatisée par un thérapeute introduisant un tiers. L'objet artistique est placé comme un objet commun entre le patient et le thérapeute, dans un dispositif impliquant le déploiement du transfert. Dans la création, le sujet est d'une certaine façon seul avec son œuvre, même s'il va s'appuyer sur des maîtres, des groupes, des mouvements de pensée, pour effectuer son travail. On est là dans un cadre social, de reconnaissance, de publication et non pas de thérapie. Le cheminement personnel dans la création se fait à travers ces modalités là. Il peut donc y avoir transformation psychique sans dispositif thérapeutique, la question est alors de savoir comment cette transformation s'opère.

Mais la création n'est pas toujours élaborative. La grande question qui me préoccupe est de savoir pourquoi de grands créateurs, qui ont fait don d'œuvres puissantes, qui donnent à penser, qui ont le pouvoir inlassable de devenir significatives pour d'autres psychés, en sont venus, eux, à ne pas même pouvoir survivre. Les réponses apportées jusqu'à présent sont intéressantes mais ne sont pas suffisantes. Il y a là tout un champ de recherches nécessaires et utiles.

Canal Psy : C'est là sans doute un exemple de cette dimension du paradoxe en jeu dans la création et sur laquelle vous insistez.

B. Chouvier : Réussir son œuvre et rater sa vie serait une première figure de ce type de conflictualité. Une autre forme essentielle de paradoxe met en tension l'intime et l'universel. C'est en allant au plus près de son intimité la plus singulière que le créateur atteint l'universel. Le paradoxe central de la création, c'est la jeunesse étonnante des œuvres, qui peuvent nous parler en franchissant les frontières des cultures et de l'histoire. L'attrait pour la création, c'est peut-être l'attrait pour un fonctionnement psychique qui met des polarités en tension, c'est peut-être aimer la position du funambule cheminant sur son fil au prix d'une permanente rééquilibration risquée. La destruction dans la création proviendrait alors d'un dysfonctionnement de cette mise en tension, qui rendrait impossible la dimension du paradoxe qui est celle de l'aire transitionnelle et de la création. On a eu trop tendance, dans le passé, à vouloir résoudre les paradoxes en jeu dans la création et, du coup, peut-être passait-on parfois trop à côté de la richesse et de la spécificité de la création.

Quant à savoir à quels types de problématiques peut renvoyer cet attrait pour le régime du paradoxe, il me semble qu'il est nécessaire de remarquer que ce régime n'est pas également sollicité dans les différents genres littéraires. Ainsi il me semble que le roman renvoie assez souvent à une position de triangulation. Il reprend et retrace, sur un mode œdipien, le scénario de l'origine. C'est pour cela que le roman continue à intéresser malgré les pronostics répétés de sa mort. Le lecteur désire qu'on lui raconte une histoire car il désire qu'on lui raconte son histoire. Alors que d'autres auteurs comme Borges, Michaux, Pessoa, n'ont pas écrit de roman. Ce sont des auteurs qui se situent avant l'histoire. Ils se posent la question de ce qui est requis pour pouvoir écrire une histoire et qui manque. La question de la paradoxalité, son sur-investissement, se situe dans un monde psychique où dominent les éléments paranoïdes et la schizoïdie, un monde dans l'en deçà du roman familial et du roman.

Canal Psy : R. Kaës, dans une publication récente, soulignait que la disparition des formations symboliques à portée collective, fragilisant le préconscient, serait une des causes de la souffrance dans nos sociétés. L'œuvre peut-elle aider à l'élaboration des négativités travaillant le socius ?

B. Chouvier : Je suis pleinement d'accord avec cette conception. On peut prendre comme exemple des œuvres qui ont actuellement un grand impact, comme « Titanic ». Il devient une référence partageable et permet de mettre en représentation ce que la fin du millénaire mobilise comme problématiques inconscientes trouvant à se dire à travers le thème du naufrage. Dans le travail avec un « enfant prè-psychotique, je peux percevoir la portée d'un film comme « Alien ». Il est à la fois une figure centrale de son monde intérieur et un élément commun qui renvoie à un point que l'on retrouve chez les enfants vers la fin de la latence. Ces repères communs me semblent être des reprises de mythes traditionnels qui, du coup, sont réactualisés. La psyché individuelle, par le biais de l'œuvre, se nourrit des élaborations effectuées par les créateurs. L'œuvre n'est pas un objet comme les autres, qui serait dans une pure extériorité mais c'est un objet qui a été pré-élaboré par un autre. Ce n'est pas un objet de la nature mais un objet qui a déjà été subjectivé et c'est cet objet qui est partagé dans l'intersubjectivité. Par le biais de l'œuvre nous sommes à la fois en lien avec l'autre et en même temps avec ce qui dans l'autre nous parle et qui va nous aider à saisir ce qui en nous était dans l'ombre ou en panne d'élaboration. La création nous donne ainsi une nouvelle vision du travail psychique, qui n'est plus vu comme s'effectuant de manière purement endogène mais passe par des étayages. La psyché n'est plus perçue comme une monade. Elle a des portes et des fenêtres et elle est en lien avec les autres psychés. L'art est bien un médiateur culturel et collectif de cette mise en lien intra et intersubjective.

Propos recueillis par Monique Charles.

Bernard CHOUVIER,
Professeur de psychologie clinique
à l'Université LumiÈre-Lyon2

Transfert / Contre-transfert

Jean Guillaumin, psychanalyste, professeur émérite de Psychologie clinique à l'Université LUMIÈRE-Lyon 2 vient de publier « Transfert / Contre-transfert ». Les études réunies dans cet ouvrage interrogent, par des voies multiples, une co-action qui est au cœur du travail et de la réflexion analytiques.

Canal Psy : Les recherches rassemblées dans votre ouvrage couvrent une longue période de temps. Percevez-vous une évolution dans la façon dont vous avez abordé les liens unissant le transfert et le contre-transfert ?

J. Guillaumin : l'évolution existe et elle est surtout sensible dans les derniers chapitres de mon livre où je prends en compte dans le travail du transfert et du contre-transfert, au-delà de l'interaction individuelle, la présence de tiers multiples qui entourent la situation analytique, qui restent souvent obscurément à l'arrière-plan mais qui nourrissent l'interaction. On est obligé d'en tenir compte, même si on doit renoncer à contrôler tous ces facteurs. Ces tiers multiples constituent un arrière-fond, un arrière-pays, pour emprunter la métaphore au poète Yves Bonnefoy, arrière-pays peuplé de présences qui ne pourront sans doute jamais recevoir une totale mise en représentation interprétative. Mon dernier chapitre intitulé « Les contrebandiers du transfert », analysant l'inévitable part des liens transférentiels et contre-transférentiels formant des alliances inconnues qui fuient hors des frontières du cadre manifeste, comporte une pointe polémique. Elle est dirigée en direction d'une conception du transfert et du contre-transfert qui isole la psychanalyse et la situation analytique de certaines de ses provinces actuelles nouvelles. La psychanalyse des groupes d'une part, sous l'impulsion de chercheurs comme D. Anzieu, R. Kaës et des sud-américains ; d'autre part, la psychanalyse appliquée à la psychose, et les nouvelles formes que prend, après la mort de Marty, la psychosomatique : tous ces aspects représentent un enrichissement par rapport à un modèle métapsychologique, qui devient un peu sclérosé, celui de la sacro sainte situation duelle.

Canal Psy : Pourrait-on dire que ce qui a pu apparaître comme des recherches appliquées, transportant hasardeusement la psychanalyse hors la cure, a permis de révéler dans la cure la présence active de ces tiers dont vous parlez ?

J. Guillaumin : Cela me paraît assez juste, à condition qu'on précise que ce qui est ainsi révélé demande ensuite à être replacé et réintégré dans le cadre de la cure comme une absence avec laquelle on travaille. La situation duelle reste le référent et l'opérateur de la psychanalyse et rien du transfert et du contre-transfert ne peut être défini en dehors de sa contrainte. Mais encore faut-il percevoir que la situation duelle n'existe pas seule et qu'elle fonctionne dans un milieu de résonances qui la nourrit secrètement.

Canal Psy : Vous proposez l'idée d'un contre-transfert à fond perdu. Pouvez-vous préciser ses liens avec le registre anaclitique de la cure dont vous avez souvent souligné l'importance ?

J. Guillaumin : J'ai avancé l'idée d'un tel contre-transfert il y a maintenant de nombreuses années et je l'ai remise au travail dans certains textes. À fond perdu indique qu'il y aurait une part du contre-transfert qui aurait pour vocation, contrairement à ce que pensait Freud tout au début, de ne pouvoir être contrôlée. Elle

tendrait en quelque sorte à servir de soutien et de support aux échanges transféro-contre-transférentiels sans que l'analyste puisse parvenir à en récupérer entièrement les arrérages sur le plan interprétatif.

Concernant les liens que le contre-transfert à fond perdu aurait avec le registre anaclitique de la cure, je n'ai qu'une réponse partielle. Dans ces deux ou trois décennies, j'ai suivi deux voies. J'ai emprunté un moment la voie ouverte par Winnicott en avançant la notion d'anaclitose de transfert selon laquelle le transfert ne peut se développer que sur le fond d'une sorte d'étaillage organisant un espace transitionnel entre deux identités un peu mêlées. L'idée du transfert à fond perdu est plutôt du côté de ce qu'on peut en faire, de l'usage méthodologique final qu'on peut faire de cette situation dans laquelle il existe de l'entre-deux pas complètement dé mêlé et fonctionnant comme un étaillage nécessaire du transfert sur le contre-transfert et réciproquement. L'idée d'un contre-transfert à fond perdu répond à une interrogation plus poussée sur ce qu'il reste au final de nature anaclitique des étaillages réciproques du transfert et du contre-transfert au terme de la cure, sur ce qui doit, d'une certaine façon en être toléré et doit entrer en compte dans le dispatching final de la séparation sans pouvoir être complètement interprété.

Canal Psy : N'est-ce pas là critiquer une attitude contre-transférentielle qui relèverait de ce que vous appelez une doctrine de la méfiance ?

J. Guillaumin : Ce que j'ai nommé doctrine de la méfiance renvoie à toute une ligne de pensée selon laquelle l'analyste devrait par définition ne pas se laisser prendre par le transfert, devrait rester vigilant pour ne pas être l'objet d'un coup de contre-transfert, pour ne pas se laisser avoir. C'est cette pensée qui a été à l'origine de la position de Freud et il l'a difficilement dépassée, si même il l'a réellement dépassée. En tout cas, l'évolution de la psychanalyse et de la pensée freudienne ont conduit maintenant à admettre, plus généralement je crois, qu'il existe une compromission du contre-transfert par le transfert et, qui plus est, que cette compromission est nécessaire à la compréhension du patient et du transfert. C'est dans la mesure seulement où l'analyste, d'une certaine façon, se laisse partiellement piéger par le transfert du patient, mais en s'en défendant un peu grâce à ses apprentissages, c'est dans cette mesure seulement qu'il peut retrouver le sens des scènes inconnues qui, du plus profond passé du patient, reviennent se présenter entre eux. Le contre-transfert à fond perdu prend acte d'une nécessaire concession faite à quelque chose qu'on accepte de ne pas maîtriser.

Canal Psy : À partir de la compréhension que vous avez de l'étroite coaction du transfert et du contre-transfert, la notion de pulsion de mort garde-t-elle une nécessité ou peut-on en faire l'économie ?

J. Guillaumin : C'est une question à un prix élevé et à laquelle je réfléchis encore. Il y a pourtant quelque chose à dire à ce sujet. Dans un article qui sortira sans doute dans quelque temps, je m'étais interrogé sur la

fonction du transfert dans la lutte de la pulsion de vie contre la pulsion de mort. J'arrivais à la conclusion que, si Freud s'était encore occupé de la question du transfert après 1920, ce qu'il n'a pas fait car il n'existe pas d'article de Freud sur le transfert et le contre-transfert après 1918, il aurait été obligé de se poser le problème de savoir si le transfert était autre chose qu'une simple répétition et si le dispositif analytique n'organisait pas une alliance et presque un mixage, le mot *mischung* de l'article de 1924 sur le masochisme pourrait être repris-entre l'action du transfert et du contre-transfert. S'il n'y avait pas un certain mélange entre l'action du transfert et du contre-transfert, peut-être que la pulsion de vie, que le psychanalyste essaye de réveiller chez le patient menacé par la destructivité, ne pourrait l'emporter. On pourrait concevoir l'action conjointe du transfert et du contre-transfert comme le moyen par excellence pour détourner la pulsion de mort de sa finalité, temporairement bien entendu puisque la mort triomphe toujours, et pour donner plus de temps à la vie. En ce sens, la co-action du transfert et du contre-transfert est le piège à pulsion de mort que Freud a inventé.

Cela même si la notion de pulsion de mort suscite des réserves importantes d'ordre épistémologique. J'ai déjà développé, dans un article paru dans la *Revue française de Psychanalyse*, l'idée qu'on pouvait expliquer la construction de la notion de pulsion de mort à partir des expériences intimes, cliniques et personnelles, de Freud et que la construction théorique de la pulsion de mort n'était pas inscrite sur un mode nécessaire dans la théorie analytique. La pulsion de mort est une hypothèse à la limite, qui relève d'une position transcendantale par rapport à l'expérience clinique. Cette dernière nous contraint à demeurer plongé dans une pratique qui ne connaît rien d'autre que ce qui lui vient de la cure. Nous ne touchons jamais la pulsion de mort, nous ne pouvons tout au plus qu'en faire la supposition pour tenter de donner un nom et de déposer, peut-être dans une manière de poubelle de la théorie, ce qui demeure inexplicable et intraitable dans nos modèles métapsychologiques. Cet intraitable a peut-être quelque chose en commun avec ce que la psychanalyse est bien contrainte de traiter comme contre-transfert à fond perdu.

Canal Psy : Une ligne de force de votre pensée cerne, par des biais multiples, une zone de la psyché qui relèverait du négatif dont vous donnez une nouvelle compréhension. Pourrait-on dire que ce négatif renvoie à ce qui, dans la psyché, serait inassigné et qui fonderait la possibilité de son ouverture et des liens intersubjectifs ?

J. Guillaumin : Je pense en effet que, pour moi, le négatif est moins défini par la mise en représentation de la non-représentation, comme A. Green le propose, est moins défini comme une hallucination négative, que comme précisément une zone d'incertitude qui est en même temps l'espace d'inquiétude dans lequel se fait la différence, s'engendre la frontière, se crée la limite, se fonde l'identité. C'est sur ce fond que s'appuient, finalement, les mises en ordre dont la vie est faite pour qu'elle continue. On trouverait sans doute une analogie entre cette conception des choses et mon orientation épistémologique. La zone d'inconnu étant ce que notre condition humaine ne nous permet pas de saisir et de contrôler parce que c'est ce qui nous organise et non ce que nous organisons. L'inconnu est derrière nous et c'est lui qui nous porte. Cette idée n'est pas inconciliable avec la notion de « réserve de l'incrédible » proposée par A. Green. Et l'idée

greenienne elle-même d'hallucination négative n'est évidemment pas inconciliable avec mon point de vue.

Canal Psy : Pourrait-on dire, en introduisant les nuances nécessaires, que ce qui vient en contrebande constitue le fondement de l'ouverture psychique, l'origine du fond élaboratif de la psyché ?

J. Guillaumin : En effet, ce qui est latéral, vu de profil, incomplètement saisi, est probablement d'une certaine façon le centre même. Freud disait « la périphérie, c'est le centre ». Je reprendrais volontiers cette formule en disant que cet environnement d'incertitude est probablement ce qui est au centre de notre être et l'anime à se rendre plus certain et à s'organiser. C'est pourquoi j'ai une sympathie pour une représentation de l'analyse selon laquelle l'essentiel serait d'apprendre à tolérer l'indétermination, à contenir l'incontenable. Ceci renvoie peut-être au titre d'un chapitre du livre que j'ai publié sur l'objet il y a deux ans : je terminais ce livre sur la capacité de non-représentation.

Canal Psy : Ce qui ne peut pas se représenter ne trouve-t-il pas un passage par l'affect ?

J. Guillaumin : En spéculant dans un sens philosophique, on pourrait dire que l'affect met en contact avec la transcendance. C'est d'ailleurs une idée que l'on retrouve chez certains philosophes. D'une certaine façon Kant, dont on réduit trop souvent la pensée à une sorte d'intellectualisme savant, avait parfaitement perçu cet aspect quand il parlait de la perception de l'altérité comme une sorte d'affect.

Canal Psy : Vous insistez sur une certaine carence des modèles dans l'approche métapsychologique des relations unissant le transfert et le contre-transfert. D'après vous quelle métapsychologie serait-requise pour exprimer cette co-action ?

J. Guillaumin : Cela ne pourrait être qu'une métapsychologie elle-même inachevée inscrivant une sorte de trou de pensée dans lequel se joue justement, entre le patient et l'analyste, l'interstitiel, l'entre-deux de l'affect et de l'irreprésentable. Si on voulait parler en terme de systématique, il faudrait parler de système ouvert, ouvert sans doute en direction des profondeurs du corps, du monde extérieur et vers une altérité. Le modèle métapsychologique devrait aussi inscrire l'impossibilité définitive de se placer dans une méta position qui donnerait une vision de l'ensemble du système. Le mode de connaissance propre à la psychanalyse étant celui d'une connaissance immergée, la métapsychologie capable d'exprimer cette spécificité passe forcément par une représentation, qu'elle soit graphique ou descriptive, figurant une ouverture. Ce que Freud a anticipé dans le schéma, présenté en 1932-33 dans les Nouvelles conférences, par lequel il figure l'appareil psychique. L'appareil psychique est représenté sous la forme d'une sorte de vaste globule ouvert par en bas. Je dirais volontiers, ouverte par en bas, par en haut, afin que quelque chose reste en travail dans la mesure où même la représentation que nous pouvons en donner laisse place à une blessure.

Propos recueillis par Monique Charles.

Jean Guillaumin, Psychanalyste est professeur émérite de psychologie clinique à l'Université LUMIÈRE-Lyon2
Transfert / Contre- transfert,
L'esprit du temps, 1998, 267p.

L'action prévention suicide de l'Enseignement Supérieur de Lyon

Le pôle Universitaire Lyonnais a été alerté par une association d'écoute sur l'élévation anormale du taux des appels d'étudiants en détresse. Avec l'aide de la Médecine Préventive interuniversitaire, des associations d'écoute, des différentes associations qui touchent de près ou de loin des étudiants, il a été



une action de prévention. *Canal Psy* a voulu à cette entreprise en publiant les conférences qui ont été données lors de la journée d'information qui s'est tenue le 27 janvier à l'Université LUMIÈRE-Lyon2. Le 5 février se au Grand Amphithéâtre quai Claude Bernard, un « Comment comprendre, Comment aider ? ». *Canal Psy* en donnera prochainement un aperçu.

Approche des risques suicidaires et suites de tentatives de suicide

Il n'est peut-être pas inutile de partir de certaines questions qui sont communes à toute la population ou, plus précisément qui concernent tous et chacun dans la mesure où elles caractérisent la condition humaine. Pour les désigner sommairement, il s'agit de l'inscription dans le temps, avec l'irréversibilité de la succession des générations, mais aussi du sentiment de finitude avec la mort au bout, de la question du libre arbitre, du rapport de l'esprit et du corps, etc. Ces questions, le plus souvent masquées, font retour à certains moments. En effet, dans la vie quotidienne, on est assez souvent pris dans des processus psychiques de type opératoire, centrés en quelque sorte sur la partie ordinateur du psychisme. Pendant ce temps-là, évidemment, le reste de l'appareil psychique continue de fonctionner et, à certains moments, la prise en compte de ces grandes questions s'impose d'une façon tout à fait brutale et inattendue, et les étudiants n'y font pas exception.

Le suicide, tel que l'on peut l'observer, est toujours une interaction entre un individu, c'est-à-

dire un sujet avec son histoire, et un environnement. On est alors tenté soit de tout mettre sur le compte de l'environnement, soit de tout porter au débit de l'histoire de l'individu. Bien entendu, la transplantation d'un sujet jeune dans le milieu nouveau qu'est l'université ou sa proche transplantation à la fin du cursus universitaire dans la vie dite « active », même si elle n'est pas toujours aussi rapidement active qu'il serait souhaitable, donne une importance parfois trop grande à l'environnement. Il faut donc évaluer les deux facteurs, ce qui n'est pas toujours facile.

Il faut souligner que le milieu universitaire, n'est pas homogène : il est fait de grandes écoles, d'I.U.T., d'universités, etc., dont la physionomie est différente, dont la motivation des étudiants pour y entrer est différente aussi. De plus, à l'intérieur de ces institutions, il y a des orientations différentes, des départements, des spécialités. Il est très différent d'être dans une école d'ingénieur avec un campus, en y vivant de manière relativement close et d'être

dans le milieu plus diffluent voire effiloché de l'université classique, encore différent d'être engagé dans un cycle court tel que le propose un I.U.T. ou engagé dans un cycle long, voire interminable.

Ceci pose d'emblée le problème du rôle, du statut et de la fonction de l'étudiant. Depuis longtemps, un statut est réclamé et demandé, ce qui est sans doute l'indice que l'étudiant ne se sent pas jusqu'à présent dans un statut très fiable et très solide. Il en est de même pour sa fonction, également pour son rôle, pas seulement à l'université, mais également dans sa famille, où il est parfois porteur de délégations redoutables, qu'il lui faut assumer ou auxquelles il lui faudra renoncer moyennant des conflits de loyauté et des difficultés importantes, intrapersonnelles, mais aussi interpersonnelles.

Ceci amène à dire que dans le malaise étudiant que l'on peut percevoir, hormis le cas des maladies mentales comme on les rencontre dans la population générale, on constate qu'une idée suicidaire ou un projet suicidaire est toujours en relation avec autrui, lequel peut être représenté par plusieurs personnes ou bien peut même être absent, c'est à dire figuré...

Il faut souligner qu'il y a deux plans : une avant scène faite des problèmes constatés ou allégués par l'étudiant, par ses proches, par sa famille et faite aussi de cet environnement. Les événements évoqués sont tout à fait valables et importants et leur rôle dans la détresse est incontestable. On peut voir là une espèce de causalité mécanique. Lorsqu'on a subi un événement important ou un échec ou qu'on craint de le subir, on n'arrive plus à travailler, on ne peut plus s'inscrire dans le cursus habituel et prévu. C'est là quelque chose de très déterminant et qui peut induire une réaction de désespoir capable de déborder ce qui est habituellement supportable.

On peut se demander pourquoi cela déborde, sans qu'il y ait un contenant ou un réceptacle qui permette de faire diminuer la pression. Cela conduit immédiatement au fait que derrière ces raisons, qui sont tout à fait respectables et qu'on ne doit ni minimiser ni disqualifier, il y a toujours un arrière plan représenté par une attaque ou un sentiment d'attaque du lien à autrui, un ressenti de réduction extrême ou de volatilisation du lien relationnel, du lien social.

C'est ce que l'on observe chez les étudiants qui se trouvent d'un coup extrêmement seuls, sans plus guère d'identification, alors qu'ils sont au milieu d'un groupe, voire d'une foule. Et, c'est ce qui va amener souvent la bascule vers l'envahissement par des idées suicidaires qui peuvent aller jusqu'à la mise en acte, avec tout ce que cela veut dire d'appel, mais aussi de reproches à autrui, et de tentative de retrouver une place dans le cercle relationnel.

Et dans le fond, que peut on faire ? On peut penser qu'il y a bien sûr des consultations spécialisées sur les campus avec des psychiatres et des psychologues qui connaissent bien le milieu universitaire. Cela a fait effectivement trente ans en 1997 qu'a ouvert la consultation médico-psychologique de l'Université de Lyon. Elle s'est dédoublée par la suite pour desservir deux des

campus. Mais, cela, c'est pour après, lorsqu'il y a eu tentative ou pour les proches qui ont été très ébranlés lorsqu'il y a eu un acte suicidaire qui a abouti au décès.

Avant, cela veut dire que la prévention ne peut porter que sur le lien et sur le renforcement du lien, de l'appartenance groupale et du sentiment d'appartenance groupale. On voit combien ce lien est fragile : soudainement, on ne fait plus partie de la maison (ainsi, les employés de banques, ou de bus à la suite d'une agression, avant que des dispositifs d'intervention psychologique aient été mis en place, notamment pour traiter cette rupture du sentiment d'appartenance). Les étudiants, indépendamment de toute agression et de toute catastrophe, peuvent à un certain moment, se trouver dans ce processus de rupture d'appartenance. C'est là ce qui nécessite que tout un chacun soit véritablement extrêmement attentif à cette constitution du lien et à son maintien dès l'origine, depuis le moment où l'étudiant va se faire inscrire (on pourrait analyser toutes les procédures d'accueil... etc.) jusqu'au moment où il va recevoir son diplôme et se lancer hors de l'université. Ce lien doit pouvoir être travaillé, même dans des circonstances difficiles, comme par exemple le renoncement à un projet d'étude, soit parce que l'étudiant se rend compte qu'il ne l'habite plus, soit parce qu'il n'est plus en mesure de le continuer du fait d'un échec récurrent.

On voit combien le suicide intervient au terme d'un malaise durable, du fait de la superposition, de la sommation de facteurs toujours très nombreux et inscrits dans la durée. C'est ce qui fait qu'on peut toujours se dire qu'on aurait pu faire quelque chose avant et se demander comment, tout au long de cet enchaînement, il n'a pas été possible de trouver le moyen de raccrocher le contact et de redonner une chaleur et un investissement humain à ce lien.

La mesure préventive la plus importante des gestes suicidaires, au plan institutionnel mais aussi à celui de la rencontre interpersonnelle, nous paraît cette possibilité de retrouver ou d'acquérir un sentiment d'appartenance, un sentiment de lien. C'est ce qui a été évoqué sous le terme de « mutualité ». En tout cas, c'est véritablement cette capacité de s'identifier à l'autre et de maintenir ce lien qui constitue, à mon sens, l'appui sur lequel l'individu peut compter pour se développer, éventuellement renoncer et se séparer, et sur lequel il peut également s'étayer dans les moments très difficiles où la vie ne lui paraît plus la peine d'être vécue, alors que dans le fond, cette vie ne fait tout juste que commencer et que toutes les potentialités en restent ouvertes.

C'est véritablement là, que chaque professionnel, administratif, technicien, agent de maintenance, enseignant, etc., peut jouer, de sa place et dans l'exercice de son métier, un rôle préventif important au sein des institutions universitaires.

Docteur J.-P. VIGNAT

Évolution et perspectives de la prise en charge hospitalière de la tentative de suicide

Puisqu'on a parlé beaucoup de la place du suicidant, dans sa famille, dans la société, on peut à juste titre également s'interroger sur la place du suicidant au sein du corps soignant, toutes catégories et échelons confondus, depuis le médecin généraliste, en passant par le spécialiste psychiatre, les institutions d'accueil des urgences concernées au premier chef, et ensuite les dispositifs en aval de soutien, d'aide à ces tentatives de suicide, sans oublier les structures d'aide bénévoles et puis le groupe d'appartenance, au sein duquel le sujet doit, s'il n'a pas réalisé un geste suicidaire, tenter de se maintenir ou de quitter après que cela ait été le fruit d'une véritable élaboration, ou si il a réalisé un geste suicidaire, que son retour puisse se faire dans les meilleures conditions, ce qui n'est pas du tout évident.

En effet, **la découverte d'une geste suicidaire provoque toujours une perturbation** face à laquelle il n'est guère aisé de garder son calme, compte tenu des relations affectives qui existent entre les personnes concernées. Il est fréquent que les personnes qui découvrent le geste ou le corps, soient choisies par le suicidant ou le suicidé. Les sentiments éprouvés à cette occasion vont aller de la peine à la franche agressivité, lorsque la responsabilité de l'acte est clairement imputée à telle ou telle personne de l'entourage, parfois avec une annexe épistolaire et lorsque la responsabilité n'est qu'implicite, ce peut être un sentiment de malaise qui affecte l'entourage.

En dehors de situations relationnelles particulièrement détériorées où le suicidant est délibérément ignoré ou laissé sans assistance dans son état, positions ayant pu être défendues au nom du libre arbitre il n'y a pas si longtemps, des secours d'urgence sont heureusement sollicités.

Il est en effet impératif dans cette situation de faire appel à un tiers qui puisse évaluer l'urgence et prendre les dispositions qu'elle nécessite.

On peut relever l'attitude de certains parents, conjoints amis, tentés parfois de limiter l'intervention des secours au minimum qu'exige la sécurité vitale et **on observe encore trop souvent des gestes suicidaires qui restent à domicile**, avec une simple visite du médecin de famille, qui permettra de maintenir dans un cercle clos toute la souffrance et tous les enjeux qui s'y rapportent dans ce groupe, est exprimé là une crainte que l'intervention d'une autre personne n'aggrave ces conflits, d'une publicité dont ils se passeraient volontiers, ce qui renvoie au problème du tabou dont j'ai déjà parlé dans la conférence nationale intitulée « du tabou au Tabou ».

Cette tentation là n'est pas dépourvue de dangers. Il peut y avoir un risque somatique, toxicologique, mais surtout le danger réside dans le fait qu'**il ne se produit pas de véritable coupure par rapport au groupe au sein duquel s'est effectué ce geste**. Cette coupure ne veut pas dire séparation radicale, maintien nécessaire d'une rupture de liens, mais un déplacement du sujet

souffrant pour qu'il puisse dans un lieu d'accueil, de soin, trouver des gens, des écoutants soignants, ou bénévoles, qui puissent l'aider à se retrouver, à retrouver cette place, à redonner à une parole un sens qu'ils n'avaient pas pu lui donner jusque-là, tant il est vrai que cette parole avait subi des distorsions considérables depuis souvent très longtemps et qu'elle avait perdu l'essentiel de sa substance.

Fort opportunément, un grand nombre de gestes suicidaires font l'objet d'une hospitalisation. On a alors beaucoup critiqué le « tout urgence », le « tout hôpital » — il est vrai que nous vivons dans une civilisation de recours à ces instances de prise en charge dans l'urgence — mais il n'en reste pas moins que l'expérience de nombreux centres, et en particulier à Lyon, depuis une trentaine d'années de prise en charge hospitalière dans les unités d'accueil d'urgence pendant des séjours relativement brefs (en moyenne deux à trois jours), permettent, en dehors des soins somatiques toujours vigilants, **de faciliter l'émergence de la parole, de donner la possibilité à tous ces sujets de pouvoir être entendus** et de retrouver une place en l'expérimentant au sein même de cette structure de soins.

Cette description est en fait assez idéale. La réalité malheureusement est toute autre, car une enquête récente de l'Observatoire Régional de Santé Rhône-Alpes, dans le cadre de ce très grand travail de la Conférence Régionale de Santé ayant pour thèmes deux aspects de la souffrance du jeune (l'alcoolisation excessive, la souffrance psychique et les conduites suicidaires), a montré qu'en Rhône-Alpes, entre un tiers et **la moitié des unités d'urgence ne disposaient pas d'équipe de soins Psychologiques** qui puisse être présente en permanence, en garde ou en astreinte.

Donc, il y a encore un travail considérable à réaliser dans ce domaine des structures, et si je dis cela, c'est que sont présents ici des responsables qui ont en charge précisément les orientations sanitaires dans ce domaine.

Cette présence psychologique est aussi importante pour aider les soignants, car il est quand même difficile pour ceux dont la vocation est de lutter contre la maladie et la mort d'accueillir sans agressivité des patients qui prennent délibérément le risque de mourir.

Cela peut paraître évident, mais dans beaucoup de structures de soins, il y a encore peu, cela ne l'était pas du tout et il fallait faire face à des contre-attitudes très méfiantes, très agressives même au travers de gestes techniques comme le lavage d'estomac, mais parfois beaucoup plus au travers d'un délaissement du sujet, certaines infirmières disant qu'elles n'osaient pas aller leur parler, comme si le suicidant était porteur d'un pouvoir tellement mortifère, étrange, que c'était un personnage tellement à part, que si on allait lui parler on risquait d'être contaminé ou qu'au contraire, **on**

risquait de lui dire des choses qui ne pouvait qu'aggraver son problème.

Ces remarques doivent faire donc l'objet d'un travail institutionnel continu entre tous les soignants concernés et nous n'en aurons jamais fini de réfléchir à notre façon d'accueillir et à nos méthodes travail, d'une part parce que les soignants des services d'urgence ont un taux de rotation assez important et qu'il faut sans cesse recommencer ce travail et d'autre part parce que, pour ceux qui restent plus longtemps, les procédures élaborées peuvent devenir des habitudes alors incompatibles avec un travail plus singulier.

Le plateau technique de ces structures d'urgence évoque surtout un aspect matériel d'appareillage plus ou moins sophistiqué.

J'ai introduit il y a quelques années la notion de « plateau technique relationnel », idée qui semble avoir fait son chemin et qui, au travers de décrets, de circulaires, impose la présence d'équipes psychologiques d'aide auprès des jeunes suicidants plus spécialement.

Mais, entre le voeu des instances sanitaires et les réalisations pratiques, il y a encore malheureusement un fossé relativement important.

À l'origine de la plupart des gestes suicidaires, les patients évoquent l'impossibilité à sortir de leur conflit et un besoin de ne plus y penser. Ils se mettent alors, par le biais d'une intoxication médicamenteuse ou d'un autre geste, hors jeu ou hors d'état de continuer à penser et à vivre sur le même mode douloureux.

Au sein des équipes soignantes, il y a sans cesse des discussions « A-t-il vraiment voulu mourir ? Est-ce que c'est vrai ? Est-ce que ce n'est pas un faux suicide ? Est-ce que ce n'est pas du chantage, de la comédie ? » même au sein des cercles suicidologiques, à côté du terme suicide, on a inventé d'autres termes comme « parasuicide, ou « pseudo suicide », comme s'il fallait véritablement mettre à part ceux qui voulaient vraiment mourir et les autres, comme si on savait véritablement pour tout un chacun comment il se représentait sa propre mort, comme si c'était la référence unique. C'est évidemment la référence importante dans ce domaine, mais elle est toujours comme un « Janus bifrons », associée avec la notion de la vie et le désir d'exister.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier à ce propos que la tentative de suicide la plus bénigne physiquement est déjà un élément de risque ultérieur. Dans le nombre des gens qui meurent par suicide, les trois quart au moins ont déjà réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide dans leur existence, parfois peu de temps avant, parfois plusieurs années voire très longtemps auparavant. Donc, il faut éviter de vouloir cliver entre ceux qui veulent mourir et ceux qui ne se manifesteront qu'au travers d'un geste d'appel, d'appel au secours. Il y a une profonde continuité entre ces conduites, et l'on prendrait de gros risques au niveau des stratégies soignantes en méconnaissant cette continuité.

Le geste suicidaire signifie souvent une détresse que le sujet concerné ne peut pas dire et que ce qu'il dira, c'est peut être le plus facile, le plus banal, ou ce qu'il suppose être le plus à la portée, admissible par l'interlocuteur qui vient l'interroger.

Le principal objectif est donc de proposer à un autre en difficulté l'occasion de se dire. Il convient de se garder de la tentation de prendre partie ou de se faire juge, voire même de vouloir comprendre avant le sujet lui-même parce que ce serait différer cette compréhension. L'important, c'est que des paroles,

qui n'avaient pas pu jusque là, puissent se dire, et les suicidants sont parfois étonnés par ce qu'ils ont pu dire.

Tout cela nécessite qu'il faut disposer d'un certain temps, de l'ordre de quelques jours. Il faut ce temps pour dépasser l'aspect dramatique du geste, en ouvrir les diverses significations, entendre aussi les réponses de l'entourage au message qui a été émis — les rencontres avec l'entourage font partie du travail au niveau de l'urgence, en évitant que la parole des proches prenne le pas et recouvre la parole du sujet suicidant. Mais il convient en cas de décès de prendre en compte la souffrance des « survivants », « c'est à dire ceux qui restent » car nombre de familles de suicidés restent avec ce grave, tragique, douloureux problème dans leur esprit et s'il n'y a pas la possibilité pour elles d'être écoutées, entendues, de faire un certain travail de deuil, il existe un risque de survenue de dépressions voire de gestes suicidaires (« familles à suicide »).

Pour en revenir au suicidant, il y a un moment important à relever. C'est celui de la sortie du service, et du retour dans sa communauté d'origine. Ce retour peut se faire par un détour, par une autre institution (clinique, maison de repos), mais dans la majorité des cas, ce retour se fait par « sortie simple », et il y a là souvent une angoisse considérable : « Ne va-t-il pas recommencer ? Ne va-t-il pas y avoir une récurrence », comme si la répétition ne faisait pas aussi partie de la dynamique du comportement suicidaire et que cela n'était pas un facteur à prendre en considération.

L'objectif est bien sûr d'éviter la récurrence, mais en se gardant de toute attitude qui se rapproche d'un militantisme actif et qui trop souvent ne pourrait que précipiter encore plus le sujet dans sa souffrance et dans une véritable répétition qui pourrait aboutir à un geste irréversible.

La sortie aussi de l'hôpital représente un enjeu clinique important. Et, si la possibilité de nouer une alliance thérapeutique pendant cette crise suicidaire demeure un objectif majeur, elle renvoie à une sémiologie intersubjective complexe. Il est important pour le suicidant de percevoir dans l'attitude du soignant non seulement une absence de jugement mais un respect vis à vis de son acte présent et aussi le cas échéant à venir.

Car, c'est cette prise d'un certain risque qui est nécessaire, et pour maintenir l'ouverture laissée par le souvenir constructif d'une rencontre, encore faut-il que ce souvenir soit constructif, et c'est là que tout l'effort doit être porté de la part des structures soignantes qui donnent envie de poursuivre le travail entrepris.

La confiance du clinicien dans les capacités à vivre de son patient, est pour lui un appui de premier ordre. Mais, une telle démarche ne va pas forcément de soi et requiert un effort particulier pour accepter de se démettre de sa maîtrise pour s'en remettre à un autre et à sa part d'imprévisibilité (gardons-nous de toute position de toute-puissance en regard de ce que l'on appelle parfois aussi « la toute puissance du suicidant »).

C'est dans de telles situations que le praticien est confronté à son éthique, qui représente certes ses contre-attitudes mais surtout le risque qu'il accepte de partager avec un autre.

Professeur VEDRINNE

Chef des services des urgences à Lyon Sud
et Vice-Président du CNDT.

A G E N D A

LYON ET REGION

L'invention de la pulsion de mort, des théories à la clinique, samedi 6 et dimanche 7 février, colloque organisé par le Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C.), Institut de Psychologie, Université LUMIÈRE-Lyon 2, 5 av Pierre Mendès France, CP

11, 69676 BRON Cedex. Lieu : Amphithéâtre Culturel, Campus de Bron-Parilly. Tarifs : 500 F, étu. 250 F. *Rens* : C.R.P.P.C., Gabriela Comte, Tél. et Fax 04.78.77.24.90

Pierre Fédida : le primitif. Les formes élémentaires de la vie psychique, du samedi 6 au dimanche 7 mars, organisé par le Centre Thomas More, La Tourette, Éveux, BP 105, 69210 L'ARBRESLE. Lieu : même adr. Tarifs :

selon les revenus, étu. 70F, F.C. 2200F. *Rens*. 04.74.26.79.71. - Fax 04.74.26.79.99. E-mail <http://perso.club-internet.fr/muchmore>

Conférence d'introduction à la psychanalyse.

La Dépression, jeudi 18 mars, organisé par la Société Psychanalytique de Paris, Groupe Lyonnais de Psychanalyse, 25 rue Sala, 69002 LYON. Lieu : Palais de la mutualité, Salle Édouard Herriot, 1 bis place Antonin Jutard, 69003 LYON. Tarifs : 100F, étu. 80F, *Rens*. 04.78.38.78.01. - Fax 04.78.38.78.09.

Habiter les établissements médico-sociaux. Secret, intimité, espace personnel, le vendredi 19 mars, organisé par le Centre Thomas More, La Tourette, Éveux, BP 105, 69210 L'ARBRESLE. Lieu : même adr. Tarifs : selon les revenus, étu. 70F, F.C. 2200F.

Rens. 04.74.26.79.71. - Fax 04.74.26.79.99. <http://perso.club-internet.fr/muchmore>

Jouer pour vivre, jouer pour grandir, mercredi 28 avril, organisé par La Maison Cerise, 3 rue du Collovrier, 69130 ECULLY. Lieu : L'Espace Ecully, 7 rue du Stade, ECULLY. Tarif : 60F étu, chô 50F *Rens*.

réanimation, samedi 20 et dimanche 21 mars, organisé par le R.E.I.R.P.R. (Réseau Européen Interdisciplinaire de Recherche sur Psychologie et Réanimation), 12 rue Goethe, Université Louis Pasteur, 67000 STRASBOURG. Lieu : Faculté de Médecine, 4 rue Kirschleger, STRASBOURG. *Rens*. (tél/fax) 03.88.35.82.03

Le groupe : pratiques professionnelles et formation personnelle, samedi 29 mai, organisé par l'Institut Français d'Analyse de Groupe et de Psychodrame, 12 rue Émile Deutsch de la Meurthe, 75014 PARIS. *Rens*. 01.45.88.23.22. - Fax 01.45.89.32.42.

Destins de la sexualité dans les groupes, du vendredi 11 au dimanche 13 juin, organisé par le C.I.R.P.P.A. (Centre d'Information et de Recherches en Psychologie et Psychanalyse Appliquées), 15 av. du Gal Rollet, 89000 AUXERRE. Lieu : AUXERRE. *Rens*. 03.86.48.23.08

AUTRES REGION

04.78.33.23.60.

Deuils d'amour et fantômes de l'âme, du samedi 20 et dimanche 21 mars, organisé par l'Institut de Gestalt-thérapie, 8 rue Paul-Louis Lande, 33000 BORDEAUX. Lieu : PARIS. Tarifs : 1300F, F.C. 2000F. *Rens*. 05.56.92.01.69. - Fax 05.56.91.80.15

Parler, écrire, communiquer en

Journées d'études

Samedi 20 mars 1999
La recherche de parcours relationnels : violences, psychose, anorexie, toxicomanie
Stefano CIRILLO

Samedi 5 juin 1999
L'usage des métaphores en thérapie familiale
Edith TILMANS-OSTYN

Samedi 18 septembre 1999
Émotions, pulsions et défenses en thérapie familiale
Jean Paul GAILLARD

Samedi 16 octobre 1999
Secrets et aveuglement
Michèl NEUBURGER

Tarifs une journée : 500F

C.E.F.A.
Centre d'Étude de la Famille - Association
95 Bd St Michel, 75005 PARIS
Tél. 01 43 54 98 84 — Fax 01 43 54 30 28

CANAL PSY

Institut de Psychologie
Université LUMIÈRE-Lyon 2
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex

Je m'abonne à Canal Psy

pour un an (6 numéros) à partir du mois de 19..... et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

- 90 F étudiant Lyon 2
- 150 F professionnel

libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université LUMIÈRE-Lyon 2 .

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Tél :

Qualité (étudiant en / profession)

D
U



C
O
Q

Appel à communications

1 *Métacognition, Processus, Fonction et Outil de Recherche*, Clermont-Ferrand, les 6,7 et 8 septembre 1999.

Organisé par Le Laboratoire de Psychologie Sociale de la COgnition (L.A.P.S.CO., directeur : Mr FAYOL).

Conférenciers invités : Z. DIENES, A. KORiat, O. NELSON, G. PARIS, M. REDER.

METACOG Comité de Programme, L.A.P.S.CO. Université Blaise Pascal, 34 Av Carnot, 63037 Clermont-Ferrand Cedex. e-mail : metacog@lapsco.univ-bpclermont.fr Tél. : 04.73.40.62.87 — Fax : 04.73.40.61.14

Publications

1 *Rosine Debray et coll. L'intelligence d'un enfant Méthodes et techniques d'évaluation*, Dunod, 1998, 160p.

Quels sont les modèles régissant la construction des définitions de l'intelligence ? Quels sont les enjeux et les limites des instruments d'évaluation ? Comment situer l'incidence de l'intelligence et de ses diverses modalités sur le fonctionnement mental d'un sujet ? Cet ouvrage se propose de faire le point sur ces questions, réitératives, qui pose l'intelligence.

Une première partie est consacrée à l'analyse d'un bilan psychologique par quatre cliniciens travaillant chacun sur une partie du bilan global à leur disposition. C'est l'occasion de montrer l'intérêt d'une démarche clinique et ses apports. Ils se situent dans des registres variés et concernent l'approche critique des techniques d'évaluation comme l'exploration de l'articulation entre appareil cognitif et appareil psychique.

La seconde partie donne lieu à des approches contrastées de l'intelligence. Les différentes contributions dessinent les liens complexes que l'intelligence a, respectivement, avec la répétition, avec l'activité fondatrice qu'est la transformation et avec, enfin, la

psychopathologie.

R. Debray, psychanalyste et professeur de psychologie à Paris V, a réuni pour ce livre, les spécialistes du sujet.

1 *Penser avec les bébés, parcours, réflexions à partir de l'observation du bébé selon Esther Bick*, Rosella SANDRI, 130 pages, 120 F, érès, 1998.

« Depuis des années, les bébés sont entrés dans ma vie : bébés de l'observation, avec lesquels je fais connaissance au cours des séminaires que j'anime, ou bébés que je rencontre en consultation avec leurs parents. En même temps ces bébés restent pour moi mystérieux, chaque fois à découvrir, avec eux, chaque fois, une nouvelle aventure com-mence. » À partir de l'observation du nourrisson, Rosella Sandri nous entraîne dans le monde des premières formes de vie psychique et relationnelle du bébé.

La méthode d'observation qu'elle pratique, est celle introduite par Esther Bick, psychanalyste d'origine polonaise, ayant travaillé notamment en Grande Bretagne. Dans la première partie du livre, à travers une réflexion méthodologique, l'auteur s'interroge sur les fondements de l'observation, la capacité d'attention et de rêverie qui la caractérisent, et la dynamique du groupe-séminaire qui lui donne l'espace nécessaire à son élaboration. Dans la deuxième partie du livre, le thème central est représenté par la construction de l'espace psychique avec, en toile de fond, le lien entre l'observation du bébé et la psychanalyste.

Dans les derniers chapitres, Rosella Sandri retrace d'une part une « géographie » de l'espace psychique interne à partir de l'observation du bébé, et d'autre part ouvre de nouvelles pistes de réflexion pour le travail psychanalytique avec des adultes. La « matière première » de ce travail est constituée principalement par des rêves, dans lesquels on retrouve des « parties bébé » du patient qui étaient en attente de pouvoir se développer, ou, parfois, de

pouvoir s'exprimer pour la première fois au sein de la relation thérapeutique.

L'observation du nourrisson apparaît ainsi une des voies pour comprendre le monde du bébé et, dans la clinique, pour s'approcher de la « partie bébé » de chaque patient.

Rosella Sandri est docteur en psychologie, psychothérapeute à Bruxelles. Ses expériences de psychothérapies psychanalytiques d'enfants et d'adultes et son rôle de formation dans de nombreux séminaires d'observation du bébé selon la méthode d'Esther Bick l'ont amenée à s'interroger sur les origines de la vie psychique et les troubles précoces du développement. Elle s'est notamment intéressée à la clinique de l'autisme et à l'utilisation de l'observation dans l'approche des enfants autistes et psychotiques (cette recherche a été publiée dans son livre *La maman et son bébé: un regard*). Elle fait partie du comité de rédaction de la revue *Spirale*.

Action Prévention suicide de l'Enseignement Supérieur de Lyon

1 *Mieux comprendre, Comment aider ?* Vendredi 5 février 1999 à 9 h.

Lieu : Université LUMIÈRE-Lyon2, Grand amphithéâtre, 16-18 quai Claude Bernard, 69007 Lyon.

Inscription : Pôle universitaire Lyonnais, 7 Passage du Vercors, 69367 Lyon Cedex 07. Tél. 04.72.72.26.04. — Fax 04.72.76.90.50. — pul@ibcp.fr

Une présentation des Associations qui participent à la prévention du suicide se tiendra dans le hall, devant l'amphithéâtre.

L'organisation est prévue en ateliers pour permettre aux participants de s'exprimer et de réfléchir à la meilleure façon d'aider un étudiant en détresse. Les ateliers seront encadrés par des professionnels qui assureront la restitution des discussions.



CANAL PSY

Institut de Psychologie
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex
Tél. 04.78.77.24.54.
Fax 04.78.77.43.46.

Directeur de la publication : Bruno GELAS, Président de l'Université – Directeur délégué : Albert CICCONE
Rédaction : Monique CHARLES – Conception et réalisation : Fabien NOËL

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle
Imprimé par l'imprimerie Caussanel (Bron)
ISSN 1253-9392 – Commission paritaire n° 3088 ADEP

Le journal est en vente

dans les secrétariats de psychologie – à Bron : 3ème cycle (salle 126 K), C.F.P. (salle 35 K), C.R.P.P.C. (salle 134 K)
– en centre ville : F.P.P. (salle 116 D, 16 quai C. Bernard, Lyon 7ème)
et à la Librairie Berthezène, Campus de Bron, bâtiment K