

# AVANT-PROPOS

## Cliniques de l'extrême *The psychoanalyst at the border*

Jean-Yves CHAGNON\*, François MARTY\*\*

\*Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, membre de l'UTRPP, Université Paris XIII-Nord ; ancien maître de conférences et responsable adjoint de l'équipe 2 du LPCP ; membre associé du LPCP, Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Paris, France.

[jean-yves.chagnon@libertysurf.fr](mailto:jean-yves.chagnon@libertysurf.fr)

\*\*Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, directeur du LPCP et de l'Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Paris, France.

Créé en 1993 à l'Institut de psychologie de l'université Paris Descartes, berceau de la psychologie expérimentale mais aussi de la psychologie clinique à orientation psychanalytique en France (C. Chiland, B. Brusset, R. Debray, C. Chabert, etc.), le Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie (LPCP, EA 4056) s'est longtemps composé d'une seule équipe. Après avoir connu une période laissant la place à une approche intégrative, le LPCP a choisi en 2006, sous la direction du Pr F. Marty, de revenir à son orientation épistémologique psychanalytique initiale. Ce retour sur nos bases nous a semblé nécessaire pour approfondir notre approche et ainsi mieux dialoguer avec les autres orientations de la psychologie sans tomber dans un éclectisme confus. L'approche psychanalytique de la clinique et de la psychopathologie, loin d'être obsolète et toujours heuristique dans l'orientation des soins psychiques, permet à travers une métapsychologie renouvelée, de prendre en compte la diversité et l'actualité des formes cliniques contemporaines, articulées aux différents âges de la vie. En outre les avancées épistémologiques actuelles (Perron, 2010 ; Pirlot, 2010) ne permettent plus de douter de la faisabilité et de la réalité d'un authentique

processus de recherche scientifique en psychologie et en psychopathologie psychanalytique. Aujourd'hui le LPCP se compose de 2 équipes l'une intitulée « Psychanalyse des changements. Crise, processus, pathologies » (dirigée par C. Chabert, adjoint S. Missonier), l'autre intitulée « Cliniques de l'extrême, âges de la vie, processus groupaux » (dirigée par F. Marty, adjoint J.-Y. Chagnon). Ce dossier présentera les orientations thématiques, théoriques et méthodologiques de l'équipe 2<sup>1</sup> et ce à travers 5 illustrations diversifiées.

L'équipe 2 du LPCP intitulée « Cliniques de l'extrême, âges de la vie, processus groupaux » regroupe plusieurs axes de recherche interrogeant le paradigme des limites : limites du lien social inter et transsubjectif (violences, délinquance, traumatismes, exclusions), limites de l'identité (intersexualités, néo-sexualités, dépendances), limites du corps (pubertaire, maladies somatiques, vieillissement). Il s'agit de problématiques sociétales contemporaines concernant tant l'individu que le couple, la famille, les groupes réels ou virtuels, les institutions dont l'étude descriptive et explicative en référence à la métapsychologie contemporaine

1. E. Lecourt, Professeur ; C. Duchet, V. Estellon, K. Guéniche, F. Houssier, P. Robert, Maîtres de conférences ; R. Jaitin, Professeur associé à temps partiel.

s'articule étroitement avec des perspectives thérapeutiques novatrices (Green, 2002, 2006). Du point de vue méthodologique, si l'utilisation d'outils « classiques » (études de cas, entretien, bilan psychologique, épreuves projectives, échelles et questionnaires), en assise sur la tradition méthodologique propre à l'Institut de Psychologie, reste d'actualité, ce type de clinique « extrême » oblige au développement de nouveaux outils adaptables au terrain, aux situations, aux populations concernées (recherches actions, observations en situation) ainsi qu'au renouvellement d'une posture clinique adaptée à ces nouveaux objets de recherche reculant toujours plus les limites des réalités humaines. Ces modifications de la posture clinique du chercheur suivent d'ailleurs les modifications des modes d'intervention et des aménagements du cadre psychothérapique avec des sujets qui forcent l'écoute et le contre transfert à ses limites (Cahn, 2002 ; Richard, 2002 ; Green, 2006).

Que désigne-t-on par extrême aujourd'hui dans le champ clinique et métapsychologique ?

Le concept de traumatisme, est, on le sait, particulièrement revisité de nos jours pour rendre compte des fonctionnements psychiques des structures non névrotiques et en particulier des fonctionnements limites (Brette *et al.*, 2005 ; Estellon, 2010) qui font l'ordinaire des cliniciens, psychanalystes ou non, d'aujourd'hui. Mais on doit à M. Bertrand (2004) d'avoir réhabilité le concept d'extrême et souligné que la notion de situation extrême fut employée pour la première fois par B. Bettelheim (1960/1972) pour évoquer son expérience des camps de concentration qui confronte au risque de mort, à la perte de dignité et à la déshumanisation. « Dans la situation extrême, il y a confrontation non seulement à la mort, mais à la cruauté, à la volonté de détruire, d'humilier, de rabaisser l'humain, de défaire les liens sociaux. Le sujet est plongé dans un monde privé de sens. Tout devient incertain, il n'est plus possible d'être dans une temporalité, de faire des projets, de penser au lendemain, l'homme est réduit à l'état de bête traquée, ne pouvant vivre que l'instant présent, survivre s'il le peut, heure par heure, sans pouvoir être sûr d'être vivant l'instant d'après. Pour ceux qui ont vécu un génocide, la pensée est pour un temps mise hors jeu. Une telle expérience produit des effets de déréalisation, voire de dépersonnalisation, elle conduit parfois à la folie » (Bertrand, 2004, p. 30-31). Ainsi l'excès de douleur psychique, l'effraction massive de la situation extrême amène le sujet aux confins de la psychose. Ferenczi (1932/1987)

avait déjà décrit ces modes de réaction au trauma échappant au refoulement et entraînant un retrait du sujet hors de l'expérience : déréalisation, dépersonnalisation, clivage ou dédoublement du Moi. Ces symptômes d'une grave atteinte narcissique, d'une effraction altérant l'estime de soi constituent en même temps un aménagement de la situation, une solution de survie psychique par le biais du clivage, de la déréalisation ou du délire, qui tentent d'endiguer la déstructuration interne, de maintenir une consistance minimale du Moi. Tous les traumatisés n'y parviennent pas et finissent par se laisser aller à la mélancolie (suicide) ou adoptent des conduites addictives ou à risque qui sont également des conduites autodestructrices.

On doit ces dernières années à R. Roussillon une tentative de description synthétique et de modélisation des situations limites de la psychanalyse (1991), dans le champ de la psychopathologie des souffrances narcissiques-identitaires (1999) et plus récemment des situations extrêmes de la subjectivité (2005, 2007, 2008). Pour cet auteur, au-delà de la diversité des situations individuelles et/ou collectives susceptibles d'être rencontrées (victimes de guerres, génocides, camps de concentration, catastrophes, incarcérations, criminalité sexuelle ou violente, précarité sociale, SDF, sujets en fin de vie, enfants et bébés maltraités, etc.), l'intérêt réside dans la mise en évidence d'un fond commun d'expériences et de tentatives d'organiser des « stratégies de survie » ou mieux des logiques de « survivance psychique » face à des situations extrêmes, définies comme des « situations dans lesquelles la possibilité de se sentir « sujet », de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au delà du pensable » (Roussillon, 2005, p. 221). In fine ces travaux visent à réfléchir et accompagner les prises en charge de ces « souffrances muettes qui traversent les formes sociales et désocialisées » (2007, p. 216) : elles concernent tout autant les psychanalystes que les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux qui doivent inventer de nouveaux dispositifs tenant compte des caractéristiques paradoxales de ces situations à caractère traumatique.

La première caractéristique de celles-ci réside dans le fait qu'elles génèrent des états d'affects ou d'éprouvés de déplaisir extrême : détresse, agonie, douleur psychique aigue, terreur sans nom, effroi se situant bien en deçà d'une souffrance psychique représentable et

symbolisable. Il s'agit de formes affectives dégénérées ou déshumanisées ne relevant pas d'un signal d'alarme, mais de douleur ou terreur impensables, irréprésentables, hors sens, également hors temps, sans fin, sans limites. Habituellement face à une situation déplaisante entraînant une douleur psychique, le psychisme réagit en faisant en sorte que cette souffrance soit prise dans un univers symbolique permettant de lui donner du sens. Pensable, la douleur se transforme en souffrance psychique supportable à vivre. Quand la douleur ne peut être symbolisée ou quand la fuite motrice ou l'évacuation de la situation traumatique ne sont plus possibles, la situation est sans recours, la révolte est vaine, elle produit un « vécu d'impasse subjective ». Une solution de survie visera donc la coupure, le retrait, le clivage de soi-même et des liens à l'expérience traumatique qui pourraient faire souffrir, ce que l'auteur désigne par le terme de « clivage au Moi ». Le sujet se coupe de lui-même, se tue paradoxalement pour survivre. Il s'agit d'une logique de survie bien en deçà du principe de plaisir d'où la tolérance de ces sujets à leur propre destructivité

Mais, passée la situation extrême, le sujet n'en a pas fini avec ce processus dans la mesure où non symbolisée, non pensée, les traces de la situation extrême tendent à faire retour (le retour du clivé) sous forme hallucinoïde, psychosomatique ou agie et une première ligne de défenses va tenter de neutraliser ces traces. Il peut s'agir d'un évitement comportemental proche de la phobie, mais surtout d'une neutralisation affective et/ou énergétique, convoquant différentes métaphores : gel, pétrification, déshydratation, etc. Toutes rendent compte de la tentative de mettre en place un système pare-excitation entre soi et autrui, ce qui aboutit à un désengagement affectif et relationnel, une lutte contre la dépendance et le partage d'affects, une perte d'empathie et de compassion pour soi. La vie affective neutralisée, c'est le registre de l'acte et de l'action sur l'autre qui va être utilisé, et toute la clinique des passages à l'acte peut se lire comme un langage de l'acte porteur d'un message (non verbal) adressé à autrui, une tentative de communiquer, faire partager et prendre en charge par l'autre le non symbolisé, non subjectivé de la situation traumatique extrême dont le sujet s'est coupé. Parmi les formes prises par ces tentatives, en attente de l'autre malgré le repli narcissique et l'évitement objectal, figurent les procédés auto-calmands décrits par les psychosomatiques et le champ de la traumatophilie, l'appétence répétitive pour

les situations traumatiques. Les perversions sexuelles visent, *via* la constitution d'une néosexualité, la co-excitation libidinale des traumatismes subis. R. Roussillon insiste à juste titre sur les potentialités de reprise objectale que véhiculent ces passages à l'acte souvent perçus comme destructivité pure.

F. Pommier<sup>2</sup> seul (2008, 2009a) ou en collaboration (2009b) s'est employé à élargir la notion d'extrême « qui peut aussi se concevoir d'une manière moins exceptionnelle, loin des catastrophes, des scénarios pervers et déshumanisants, des expériences individuelles relevant de l'exploit. Nous pouvons l'envisager soit de façon plus globale dans le cadre de la psychopathologie de la vie quotidienne en général autour du rapport que le sujet entretient avec lui-même et/ou avec l'autre, soit d'une manière plus spécifique, et qui peut faire figure de paradigme, au niveau de l'exploration des frontières de la psychanalyse en lien avec l'intimité du sujet et du rapport qu'il entretient avec son psychothérapeute [...] C'est essentiellement dans le rapport qui s'instaure entre forces de vie et forces de mort que nous envisagerons le caractère extrême d'une situation. Cette dernière réactive un conflit en actualisant l'opposition entre pulsions de vie et pulsions de mort » (Pommier, 2009a, p. 147-148). Dans ces cas de figure le travail de pensée est sidéré, le fonctionnement des instances psychiques à l'arrêt, sans échange ou communications entre elles. L'auteur cite en particulier le cas des maladies graves ou invalidantes qui imposent des relations différentes à soi ou à autrui vécu comme persécuteur ou sauveur idéalisé.

Il ne s'agit plus d'une clinique d'exception mais de configurations psychiques pouvant être envisagées du côté du banal, du familier. S'éloignant des événements l'auteur cherche « à qualifier un travail de pensée qui s'interrompt brutalement, qui tourne à vide ou se trouve en proie à des mouvements contradictoires » (*ibid.*, p. 150). L'extrême se rapporte moins à une situation matérielle qui ne se révèle comme telle que dans l'après-coup, qu'à la position du sujet confronté à un débordement des capacités de résistance ou de négociation, forcé de « vivre l'extrême ». Les angoisses indicibles mettent en panne le psychisme, sidèrent la pensée, altèrent la continuité d'existence alors que la symptomatologie ne

2. Pr de psychopathologie, Université Paris X-Nanterre, membre associé du LPCP. Il est spécialiste des traitements difficiles de malades somatiques graves, souvent en fin de vie.

peut plus faire l'objet d'une localisation précise. Les effets produits après coup sur l'organisation subjective ne concernent pas que le sujet lui-même, mais les praticiens concernés, allant jusqu'à la fusion/confusion transféro-contretransférentielle. Le traitement de ces situations extrêmes entre alors dans le cadre de la « psychanalyse compliquée » (Fédida). Pour notre équipe, et dans le prolongement de ces travaux, le terme « extrême » désigne ainsi, du point de vue du langage commun, une recherche de sensation ou de sensationnel, une confrontation aux limites psychiques, physiques, sociales, culturelles. Du point de vue des faits « la clinique de l'extrême » désigne des formes cliniques qui peuvent pour certaines paraître franchement pathologiques et/ou exceptionnelles, pour d'autres arpenter la frontière floue entre le normal et la pathologique et solliciter de nouvelles « expériences du corps » (par exemple la mise en œuvre de certains marquages corporels qui tiennent tant de la mode que d'une expression masochiste). Ces formes ont la caractéristique de convoquer la question des limites intra et intersubjectives brouillées, mais également de l'intensité, du regard qui les qualifie ou les disqualifie, renvoyant inévitablement aux modifications psychosociales et culturelles qui valorisent le narcissisme et l'individu au détriment du collectif en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle. Enfin, du point de vue psychopathologique, il est question des variations symptomatiques actuelles qui altèrent la pensée, déportent les manifestations mentales vers le registre de l'agir et des nouvelles formes de mal être qui donnent une place prépondérante au registre économique du fonctionnement mental (les esclaves de la quantité selon De M'Uzan). La compulsion de répétition y prend le pas sur le principe de plaisir dans une altération ou indifférenciation du temps et de l'espace. Dans cette perspective, les actes et attitudes renvoient à la fragilité des instances internes et externes à même de contenir et réguler les mises en acte potentielles ou réelles ; c'est donc à l'articulation entre monde interne et externe que se situe notre problématisation, prenant en compte les thématiques sociales les plus diverses, au vif de l'actuel. Les cliniques de l'extrême peuvent, dès lors, être considérées comme un opérateur d'intelligibilité du monde moderne et des variations contemporaines du rapport entre le normal et le pathologique (Chagnon, 2008).

Vincent Estellon, à travers une présentation de cas unique, montre comment la sexualité peut devenir toxique quand elle s'allie au

narcissisme et au masochisme, l'intensité de la recherche de jouissance déliant de l'objet. L'établissement d'une relation thérapeutique permettra toutefois au sujet d'entendre du sens et d'élaborer une problématique marquée par la compulsion de répétition.

Jean-Yves Chagnon présente une recherche clinique et psychopathologique portant sur une cohorte d'adolescents auteurs d'agressions sexuelles rencontrés dans un cadre d'expertise psychologique. Il montre comment l'hyperactivité ou l'agitation psychomotrice rencontrée fréquemment dans l'enfance de ces sujets, effet de traumatismes narcissiques précoces grevant les possibilités de satisfactions passives et les identifications secondaires, se transforme en caractère narcissique phallique ouvert à l'adolescence sur des potentialités agressives narcissiques phalliques ayant peu à voir avec la sexualité.

Karinne Guéniche et Clara Duchet s'interrogent sur les vicissitudes de l'identité sexuée à partir d'une clinique « extrême », celle de la prise en charge multidisciplinaire de bébés intersexués (bébés au caryotype XY opérés et élevés en fille) et de leurs parents. Cette naissance intersexuée pèse sur les processus de parentalisation car les parents, confrontés aux limites de l'inhumain sont psychiquement d'autant plus médusés que leur bisexualité psychique est défaillante. Les effets comportementaux, identificatoires et défensifs d'une telle naissance sont étudiés.

Florian Houssier, Philippe Robert et Rosa Jaitin s'intéressent aux traces théorico-cliniques des désirs infanticides dans l'œuvre de Freud, facette du complexe d'Œdipe peu étudiée. Ils articulent les aspects culturels et individuels à la dimension transgénérationnelle de ce fantasme nodal de la parentalité. La présentation d'un cas clinique dans le contexte d'une psychothérapie psychanalytique illustre les enjeux psychiques rattachés à des vœux infanticides traversant les générations.

Nathalie De Kernier présente une recherche, ayant donné lieu à sa thèse, portant sur les particularités du fonctionnement psychique des adolescents suicidants et sur les remaniements identificatoires à moyen terme. À l'aide de bilans psychologiques, 30 études longitudinales sont réalisées. Quatre hypothèses sont mises à l'épreuve concernant la variété des organisations psychiques, la présence d'identifications mélancoliques, l'extrême dépendance aux figures parentales et l'évolution des aménagements psychiques après un an. Les résultats ouvrent au sens possible du geste suicidaire : tuer *l'infans* insuffisamment contenu

en soi, lieu des émergences pulsionnelles traumatiques et des attentes parentales idéalisées. Après l'acte-suicide, les représentations de

meurtre favorisent une transformation de la violence pubertaire et des remaniements identificatoires. ■

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bertrand, M. (2004). *Trois défis pour la psychanalyse. Clinique, théorie, psychothérapie*. Paris : Dunod.
2. Bettelheim, B. (1972). *Le cœur conscient*. Paris : Laffont. (Publication originale 1960).
3. Brette, F., Emmanuelli, M., Pragier, G. (Eds.). (2005). *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation*. Paris : PUF.
4. Cahn, R. (2002). *La fin du divan ?* Paris : Odile Jacob.
5. Chagnon, J.-Y. (2008). *De la clinique du normal à la clinique de l'extrême : rupture ou continuité ?* Habilitation à Diriger des Recherches non publiée, Institut de Psychologie, Paris, France.
6. Estellon, V. (2010). *Les états limites*. Paris : PUF.
7. Ferenczi, S. (1987) *Journal clinique*. Paris : Payot. (Publication originale 1932).
8. Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris : PUF.
9. Green, A. (Ed.). (2006). *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique. Le dedans et le dehors*. Paris : PUF.
10. Perron, R. (2010). *La raison psychanalytique. Pour une science du devenir psychique*. Paris : Dunod.
11. Pirlot, G. (2010). *Contre l'uniforme mental. Scientificté de la psychanalyse face au neuro-cognitivism*. Rueil-Malmaison : Doin.
12. Pommier, F. (2008). *L'extrême en psychanalyse*. Paris : Campagne première.
13. Pommier, F. (2009a). L'extrême. In F. Marty, *Les grandes problématiques de la psychologie Clinique* (pp.145-160). Paris : Dunod.
14. Pommier, F. (Ed). (2009b). *Figures ordinaires de l'extrême*. Mont St Aignan : PURH.
15. Richard, F. (Ed.). (2002). *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris : Dunod.
16. Roussillon, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.
17. Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
18. Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In J. Furtos, C. Laval (Eds). *La santé mentale en actes. De la clinique au politique* (pp. 221-238). Ramonville St Agne : Érès.
19. Roussillon, R. (2007). Posface : les situations extrêmes et leur devenir. In A.E. Aubert, R. Scelles (Eds). *Dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (pp. 215-226). Ramonville St Agne : Érès.
20. Roussillon, R. (2008). La loi du plus faible : les stratégies de survie. In J. Furtos. *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs* (pp. 314-138). Paris : Masson.

### Communiqué

#### **Colloque organisé par Perspectives Psy et Okarina Fomation**

(Association loi de 1901 agréée formation continue n° 11930225293)

#### **Souffrance psychique de l'enfant face aux violences conjugales**

**Vendredi 21 janvier 2011  
9 h-17 h**

**Salle Notre dame des Champs  
92 bis, boulevard du Montparnasse - 75014 Paris - France**

#### *Comité d'organisation*

Dr Bertrand Welniarz, Dr Michel Grappe, Dr Catherine Lacour,  
Dr Marc Grohens

#### **Renseignements**

Madame Madeleine Gossuin  
Tél : 01.43.09.33.75  
E-mail : [m.gossuin@epsve.fr](mailto:m.gossuin@epsve.fr)