

Sociologie clinique et psychanalyse intégrative

Recebido: 18.10.19
Aprovado: 20.12.19

Jean-Michel Fourcade*

Résumé: Cet article veut montrer que le courant intégratif en psychothérapie, au-delà d'un simple éclectisme combinant diverses techniques, contribue au développement de l'épistémologie de la complexité. Avec un cas clinique, j'éclairerai comment se font les apports entre la psychanalyse intégrative et la sociologie clinique. Leur questionnement réciproque conduit à l'hypothèse d'un évolutionnisme du psychisme humain que les élaborations théoriques dans l'un et l'autre champ ont du mal à reconnaître.

Mots clés: Sociologie clinique. Psychanalyse intégrative. Épistémologie de la complexité.

Clinical sociology and integrative psychoanalysis

Abstract: *This article aims to show that the integrative current in psychotherapy, beyond a simple convergent eclecticism of various techniques, contributes to the development of the epistemology of complexity. From a clinical case, I explored how the approximate contributions are made between integrative psychoanalysis and clinical sociology. Their reciprocal questions lead to the hypothesis of an evolutionism of the human psyche that the theoretical elaborations of either field have scarcely explored.*

Keywords: *Clinical sociology. Integrative psychoanalysis. Epistemology of complexity.*

Sociologia clínica e psicanálise integrativa

Resumo: *Este artigo deseja mostrar que a corrente integrativa em psicoterapia, muito além de um simples ecletismo convergente de diversas técnicas, contribui ao desenvolvimento da epistemologia da complexidade. A partir de um caso clínico, exporei como são realizados os aportes aproximativos entre a psicanálise integrativa e a sociologia clínica. Seus questionamentos recíprocos conduzem à hipótese de um evolucionismo do psiquismo humano que as elaborações teóricas de um e de outro campo mal exploraram.*

Palavras-chave: *Sociologia clínica. Psicanálise integrativa. Epistemologia da complexidade.*

* Jean-Michel Fourcade est sociologue clinique, psychanalyste et psychopraticien relationnel. Docteur en psychologie clinique et *philosophical doctorate in psychology* (UK). Directeur de la Nouvelle Faculté Libre, établissement d'enseignement supérieur libre formant des psychanalystes intégratifs et psychopraticiens relationnels. Président de L'Association Fédérative Française des Organismes de Psychothérapie et Psychanalyse (Lafopp). Co-fondateur et membre du Conseil d'Administration (CA) de la Société Française de Psychanalyse Intégrative (SFPI), il en a été le président de 2011 à 2016; membre associé du Laboratoire de Changement Social et Politique de l'Université Paris 7, Paris, France.

Psychothérapies intégratives

La deuxième moitié du XX^e siècle a vu la création, aux États-Unis, de nombreuses nouvelles théories sur le fonctionnement psychologique de l'être humain et de nouvelles pratiques psychothérapeutiques.

D'un côté, la psychologie humaniste dont les théoriciens Rollo May (1940; 1967), Will Schutz (1967; 2006), partant d'une critique de la psychiatrie et de la psychanalyse récupérée par la médecine et l'ego-psychanalyse américaines, rejoignait celle que leur adressait la psychanalyse existentielle – Ronald Laing (1960; 1971; 1972), David Cooper (1975) en Grande Bretagne; Tony Lainé (1977; 1978; 1983) en France; Victor Frankl (1975; 1988) en Allemagne puis en Amérique.

Par ailleurs, apparaissent des théories nouvelles et les pratiques psychothérapeutiques qui en étaient les applications: la gestalt-thérapie créée par Friedrich Perls (1973), qui généralisait à l'ensemble de la vie psychique les lois de la perception issues des travaux de l'École de la Psychologie de la Forme; l'analyse transactionnelle créée par Éric Berne (1971) proposant une nouvelle théorie des instances psychiques; l'analyse bioénergétique créée par deux élèves de Wilhelm Reich (1933), Jonh Pierrakos (1977; 1991) et Alexander Lowen (1977; 1979); le co-conseil créé par Harvey Jackins (1965); la psychothérapie non-directive centrée sur la personne créée par Carl Rogers (1961;1970;1980); le psychodrame créé par Jacob-Levy Moreno (1934; 1965)."

Ces nouvelles théories et nouvelles thérapies – nom d'ensemble sous lequel elles se sont diffusées en Europe, particulièrement en France – avaient en commun, d'une part, l'attention qu'elles portaient au registre émotionnel et corporel; d'autre part, au groupe comme composant de la construction du psychisme individuel, ces registres étant aussi des éléments importants dans le travail psychothérapeutique.

Par ailleurs, la plupart des théoriciens (Rogers, Pierrakos...) développent une vision anthropologique de l'être humain positive, éloignée des théories binaires – bien/mal, culture/nature –, analogues à celle que développe Freud.

Dans un premier temps, ces nouvelles théories et pratiques sont présentées par leurs créateurs – et les écoles qu'ils avaient créées – comme des blocs théoriques hétérogènes, souvent à prétention scientifique excluant les autres approches – selon une épistémologie fermée, peu intégrative, que Max Pagès (1986) a analysé dans *Trace ou sens, le système émotionnel*. Les nombreuses querelles théoriques

qu'a connues le développement de la psychanalyse, en particulier en France, sont passibles de la même analyse.

Les psychothérapeutes de ma génération ont fait l'expérience personnelle positive de multiples et diverses psychanalyses ou psychothérapies. Le souci scientifique des psychologues de la génération précédente les a conduits à se méfier, sinon honnir, les tentatives d'intégration des théories et des techniques psychothérapeutiques. La question qui domine dans les publications des psychothérapeutes de ma génération est de savoir si ces théories et ces techniques qui nous ont été enseignées comme hétérodoxes, dont nous avons éprouvé les effets positifs variés dans nos psychothérapies ou psychanalyses personnelles, sont réellement aussi différentes les unes des autres? N'ont-elles pas, sous des concepts ayant des noms différents, des éléments communs? Quelle est la nature de leurs différences quand elles existent? Quelles en sont les possibilités théoriques et techniques d'intégration?

Ces nouvelles thérapies ont fait l'objet en France – à la différence des Etats Unis et des pays nordiques d'Europe où elles ont été enseignées tant par des écoles professionnelles privées que par les universités d'État – d'un rejet puissant de la part des psychologues et des psychanalystes. Ce sont principalement les psychosociologues qui s'y sont intéressés et les ont fait connaître, eux dont les savoirs ont un fondement théorique multiréférentiel. Ce constat explique en partie pourquoi la question théorique de l'intégration a été rapidement posée en France.

Alors que leurs inventeurs les opposaient, nous avons au contraire recherché en quoi ces théories et ces pratiques étaient peut-être en partie inconciliables, mais aussi parfois identiques et parfois complémentaires sur certains points théoriques ou techniques.

Nous avons aussi eu l'intuition et l'expérience qu'elles pouvaient apporter des outils de compréhension et d'action plus variés que chacune des mono-théories, aussi riches et complexes soient-elles, pour l'accompagnement des patients, individuellement ou en groupe.

Cette approche de la psychothérapie doit beaucoup, sur le plan théorique, aux travaux de Pagès, principalement ses deux livres *Trace ou sens* (1986) et *Psychothérapie et complexité* (1993), quand il construit, en résonance avec ceux d'Edgar Morin, l'épistémologie de la complexité. Cette réflexion intégrative a été poursuivie par Vincent de Gaulejac de *La névrose de classe* (1987) et jusqu'à son ouvrage plus récent *Qui est "Je"? : sociologie clinique du sujet* (2009) et par moi-même dans

mon travail sur les patients limites: *Les patients-limites. Psychanalyse intégrative et psychothérapie* (2010).

Dans *Analyse transactionnelle et bioénergie* (1981), Vincent Lenhardt et moi avons illustré cette démarche avec des exemples cliniques. Cela nous a amené à aborder la question de l'intégration théorique en créant le concept de *bioscénarios*. Nous avons aussi expérimenté la richesse de l'intégration de technique: l'*analyse transactionnelle* privilégiant la compréhension analytique comme outil de changement, l'*analyse bioénergétique*, elle, favorisant plutôt le travail émotionnel et corporel créateur d'*insights*. Cette intégration recherche la prise de conscience étayée sur des ressentis physiques et émotionnels. C'est aussi vers quoi tendent une pratique de la psychanalyse incarnée, la gestalt-thérapie, le travail émotionnel rogérien, les méditations, et dont tous s'accordent à reconnaître la nécessité sous le concept de *conscience sensible*.

Le groupe de recherche créé par Max Pagès à Paris 7— et qui a poursuivi ses travaux dans le cadre de la Faculté Libre de Développement Personnel puis de la Faculté Libre — nourri par les élaborations théoriques de psychothérapie et complexité, a conduit à la création de la Fédération Française de Psychothérapie Intégrative, en relation avec l'Association Européenne de Psychothérapie Intégrative. En juin 1998, Philippe Grauer, Max Pages et moi-même avons publié le *Manifeste de la Psychothérapie intégrative*.

J'ai choisi d'illustrer cette approche en la mettant en œuvre dans ma thèse de doctorat sur les patients-limites publiée par Desclée de Brouwer, en 1997. Je constatais que la théorie psychanalytique freudienne ne donnait pas de ces patients une théorie nosographique satisfaisante. D'autre part, que les analystes classiques avaient renoncé depuis longtemps à la technique du divan pour le traitement de ces patients. Je montrais qu'une théorisation et une clinique "complexes" étaient incontournables pour comprendre et accompagner ces patients.

Théorie intégrative

La recherche en psychothérapie intégrative s'est développée aux États-Unis dans les années 1990. La publication la plus marquante est l'ouvrage *Psychothérapie intégrative* de M. R. Godfried et J. C. Newman (1996), publié en France par Desclée de Brouwer.

Nos collègues anglo-saxons distinguent l'approche éclectique et l'approche intégrative. L'approche éclectique — illustrée par la métaphore de la boîte à outils — consiste à prendre sur le plan théorique des concepts issus de théories différentes

sans se préoccuper de leur cohérence à partir du moment où ils ont une efficacité heuristique par rapport à l'objet-sujet étudié. Par exemple, pour établir le diagnostic d'un patient,

[...] il y a une structure psychique névrotique de type obsessionnel (concept psychodynamique proposé par Jean Bergeret, 1996) et une armure corporelle masochiste (concept de l'analyse bioénergétique lowenienne).

L'approche éclectique concerne aussi l'utilisation de techniques psychothérapeutiques ayant leur origine dans des approches théoriques a priori différentes. Par exemple, l'utilisation de la technique de la chaise chaude (issue du travail clinique gestaltiste) pour l'exploration d'un rêve avec l'utilisation d'interprétations (issues d'une élaboration freudienne ou junguienne du rêve).

L'approche éclectique est le premier niveau de l'intégration. Elle repose surtout sur l'intuition, elle-même complexe, que le psychothérapeute utilise dans son travail avec le patient, davantage que sur une intégration théorique élaborée. Elle donne dans la relation patient-thérapeute des actions verbales, émotionnelles, corporelles "spontanées" plus riches souvent que les interprétations distanciées.

Toutes les créations théoriques fortes dans le domaine du psychisme ont été des tentatives théoriques d'intégration: depuis la psychanalyse qui intégrait dans les concepts de pulsion et d'instances psychiques l'énergétique mesmérisme et la nosographie mécanique des psychologues de la caractérologie, jusqu'à la programmation neurolinguistique dont c'est ouvertement le pari épistémologique.

Passer de la diversité des théories partielles à une métathéorie qui permette de les intégrer a été l'ambition des psychothérapeutes de ma génération. L'épistémologie structuraliste lacanienne pour intégrer les multiples théories (kleinienne, winnicottienne, junguienne) apparues dans le champ des psychanalyses; l'épistémologie systémiste permettant l'intégration des théories allant du neurobiologique au social, pour les théories concernant le fonctionnement de l'être humain étudié de façon holistique.

Le modèle que nous proposons postule que l'être humain est un système de quatre systèmes: corporel, émotionnel, langagier et socio-familial. Ces systèmes ont chacun leurs lois propres de fonctionnement; ils sont en interaction constante; introduire un changement pour l'un d'entre eux entraîne des changements dans l'ensemble mais on constate aussi des phénomènes de résistance de l'un ou l'autre de ces systèmes qui freinent le changement de l'ensemble.

Les interactions les plus étudiées sont celles qui concernent le système langagier et le système socio-familial. Mais le système socio-mental modélise l'utilisation des corps, tant dans leur expression que dans les relations amoureuses et dans les relations de pouvoir qu'ont les êtres humains entre eux.

Une illustration de cette affirmation est remarquablement offerte dans l'étude *Les mains maniéristes* faite par Hector Obalk dans les portraits à la cour des Médicis (2015): la main peinte répond au code social. Les mains d'un membre de l'aristocratie ne sont pas faites pour saisir ou tenir, hormis des objets symboles d'appartenance de classe (livre ou arme ou lettre dont on voit qu'elle est écrite). Elles flottent comme des fleurs ou des papillons, elles effleurent les cordes d'un luth. Ce style reflète la *bella maniera* de se tenir, progressivement élaborée par la vie de cour (Baldassare Castiglione, 1997 [1528]).

Une autre expérience de la façon dont les corps sont façonnés – toujours actuelle celle-ci – est donnée par la façon de se tenir à table: buste droit, avant-bras à peine posés sur le bord de la table et libres de mouvement sont les héritages du maniérisme aristocratique élaboré à partir de la Renaissance.

Enfin la façon de marcher, le corps et les jambes droits, à l'opposé de celle des lutteurs ou des marins, indique que le haut du corps doit être libéré de la contrainte de la lutte physique, au détriment de l'enracinement physique et psychologique. Toujours dans l'éducation des corps, la rigidité et le mouvement mécanique des militaires ont pour effet d'empêcher l'accès aux émotions, ainsi durement inhibées. C'est ce que Bourdieu appelait l'incorporation des habitus.

Notre théorisation du fonctionnement humain, l'être humain est un système:

□ Lorsque nous examinons les théories "partielles" multiples concernant le fonctionnement de l'être humain au plan psychique, nous constatons qu'elles ont des énoncés en partie complémentaires, en particulier si on les regarde comme spécifiques à des *niveaux d'être du sujet* compris comme un système de systèmes en interrelation mais ayant chacun ses lois propres les systèmes corporel et émotionnel théorisé par les travaux de Reich, Lowen, Pierrakos, Pagès, le système psychique et langagier exploré par les travaux psychanalytiques; et leur articulation avec le système social abordée notamment par de Gaulejac.

□ On peut aussi les regarder à travers une perspective développementale avec deux notions: celle d'étayage des systèmes corporel et psychique, et celle des stades de développement – les théories

reichiennes et kleiniennes éclairant ce qui se passe dans les stades “archaïques” et les théories freudiennes ce qui caractérise les stades proches du stade génital-socialisé, autrement dit, œdipien.

□ Mais ces théories ont des énoncés en partie contradictoires, ce qui rend leur articulation parfois difficile, parfois impossible. Par exemple: l’interdit du toucher affirmé par les psychanalystes et la nécessité du toucher soutenue par ma théorie de la régression. Autre exemple: l’affirmation de la nécessité de la frustration pour empêcher l’activité motrice du patient et le contraindre à remplacer la jouissance du passage à l’acte par une compréhension mentale *versus* l’affirmation de l’utilité de la mise en acte dans le psychodrame et dans les théories reichiennes et néo-reichiennes.

Les savoirs psychothérapeutiques dans les psychothérapies relationnelles ne peuvent s’acquérir qu’à travers une expérience personnelle du thérapeute dans ces divers cadres de travail et dans la forme spécifique d’accompagnement thérapeutique qu’il a reçue. Cela demande du temps.

Dans cet esprit, la recherche d’intégration est un enjeu, tant pour le patient que pour le psychothérapeute, pour le champ de la psychothérapie dans son ensemble.

L’approche intégrative réelle – au-delà de l’éclectisme – qui suppose une mise en cohérence des divers cadres théoriques doit se faire sans opérer un réductionnisme théorique au profit de l’un ou de l’autre des systèmes mis en relation. C’est contre cette erreur que Pagès (1986) nous met en garde dans *Trace ou sens*. C’est celle contre laquelle s’élève de Gaulejac (2011) – après Robert Castel (1996) – quand il stigmatise le psychologisme de l’analyse des souffrances au travail, tout en montrant le sens politique du déni des facteurs sociologiques de cette pathologie: empêcher la mise en évidence des effets destructeurs, pour les individus et les groupes, de l’évolution des pratiques managériales et de l’hyper-capitalisme financier qui dénie la solidarité (la fraternité) du lien fondamental entre les êtres humains.

En France, Edmond Marc (2002; 2008; 2014) et Edmond Marc et Christine Bonnal (2014) contribuent au développement de l’approche intégrative aussi bien dans le domaine de la psychothérapie individuelle que de la psychothérapie de groupe. Ce que décrit Alain Amselek (2012) de son écoute en tant que psychanalyste de “Être-en-corps” est, à sa façon, intégratif.

De la thérapie intégrative à la psychanalyse intégrative

La sociologie clinique a démontré dans les séminaires “Histoire de vie et choix théoriques” le lien entre l’expérience existentielle du théoricien et ses travaux scientifiques.

J’ai abordé mon travail thérapeutique personnel par les groupes. La confrontation avec la figure parentale – un mélange d’éléments de père et de mère – seul à seul était trop effrayante pour moi pour que j’entre en psychanalyse classique. De plus, les approches émotionnelles et corporelles en groupe représentaient un accès plus doux à ma vie inconsciente – le groupe comme espace fraternel protecteur me permettant un meilleur contrôle dans mes prises de risque de dévoilement – que la recherche de mes fantasmes.

Ayant participé aux expériences que Max Pagès, alors assistant dans l’enseignement de la psychosociologie à la Sorbonne, menait sur la conduite non-directive de grands groupes (500 étudiants pendant trois heures dans l’amphithéâtre Richelieu), j’étais effrayé et fasciné par le pouvoir de ce psychologue-gourou, mais aussi rassuré par les théories rogériennes de non-directivité et de valorisation de la vie émotionnelle qu’il enseignait à cette époque. J’ai suivi plusieurs années son groupe “non-directif” de Charbonnières, développement de ses recherches sur la vie affective des groupes.

Cette expérience du groupe – petit ou grand – m’a conforté dans la conviction de l’existence de l’inconscient, par une autre voie d’accès que celle des groupes de dynamique de groupe à orientation psychanalytique organisés par Didier Anzieu auxquels j’avais aussi participé dans mes études à l’École des Hautes Études Commerciales (HEC).

Par la suite, j’ai découvert le travail corporel et émotionnel dans des groupes conduits par W. Grossman ou G. S. Jones. J’ai alors acquis la conviction que l’accès à/et l’expression de l’inconscient ne se faisaient pas seulement par les rêves, les lapsus, les actes manqués et la technique de l’association libre, comme l’affirmait la psychanalyse freudienne, et que l’association libre sur le divan n’était qu’une des techniques possibles de travail psychanalytique.

Une autre conviction acquise le long de ces années de travail est que “l’inconscient vient dans la surprise”, et que le psychisme du patient utilise la connaissance d’un cadre et d’une technique qui lui devient familière comme défense contre le retour du refoulé. Après cinq années de travail personnel individuel et de groupe

avec John Pierrakos, qui m’a beaucoup appris à résoudre certains de mes conflits inconscients, j’ai fait l’expérience que cette technique était contrôlée par mon psychisme. Parlant dans une séance d’une situation avec l’émotion qui l’accompagnait, je me suis dit: voilà la réponse de John que je prévois, ce qu’elle a été. J’ai compris que la surprise était terminée et qu’il fallait que j’aie me confronter à une autre approche psychothérapeutique.

J’ai décidé alors de faire une psychanalyse avec L. Kock, psychanalyste lacanien. Cette analyse a duré 11 ans, avec une formation de psychanalyste et une supervision de mon travail de psychothérapeute les trois dernières années. La réponse de L. Kock à ma question: “Mais vous êtes analyste!” a conforté mon image de moi-même comme tel; paradoxalement, elle m’a aussi permis de quitter les psychanalystes du *champ psychanalytique et social* qui n’avaient pour référence théorique que Lacan.

J’ai mis du temps avant de m’affirmer socialement comme psychanalyste. “Se reconnaître de soi-même... et de quelques autres”, répondait Lacan. En France, “les quelques autres” réunis en institutions montraient un tel rejet pour l’ouverture théorique et technique – voir combien de temps il a fallu aux psychanalystes français pour reconnaître l’importance des œuvres de Klein, Winnicott ou de l’école hongroise! – et une telle arrogance dans les relations avec les “nouveaux” thérapeutes qu’il était nécessaire de peser longuement la légitimité de cette affirmation.

Dans mes travaux sur la psychothérapie intégrative et sur la clinique des patients-limites, une fois affirmée la primauté de l’inconscient (encore que cette conviction n’invalidé pas pour moi les positions théoriques de la gestalt-thérapie ou de l’analyse transactionnelle qui ne se fondent pas sur le phénomène de l’inconscient et le travail psychothérapeutique qui en résulte), j’ai questionné la démarche technique: comment, en plus de l’articulation théorique entre des systèmes phénoménologiques différents (neurobiologique, corporel, émotionnel, langagier, socio-familial), articuler des techniques qui s’adressent spécifiquement à chacun de ces systèmes? A quel moment et pourquoi passer d’un travail analytique verbal à un travail émotionnel corporel? A quel moment et pourquoi passer d’une écoute non-directive qui favorise la libre-association à des propositions venant du psychothérapeute et orientant le travail du patient soit vers un contenu différent, soit vers un niveau du vécu différent (verbal *versus* émotionnel ou l’inverse, émotionnel *versus* corporel, corporel *versus* verbal)? Quel effet ces variations techniques ont-elles sur le transfert? Sur le contre-transfert?

Ces questions étaient déjà abordées par les psychanalystes qui choisissaient le face à face pour les patients qui ne pouvaient entrer dans la cadre classique du divan;

par ceux qui envoyaient leurs patients dans des expériences de groupe comme le psychodrame; par ceux qui pratiquent la double conduite (un psychanalyste homme et une psychanalyste femme) avec les patients d'organisation psychique limite ou psychotique. Mais ces questions deviennent plus complexes lorsqu'il s'agit d'articuler des théories et des techniques d'abord perçues comme hétérogènes.

Mon expérience de patient puis de psychothérapeute à travers des cadres psychothérapeutiques différents m'a conduit à découvrir l'importance de la régression dans toutes les formes de psychothérapie (psychanalytiques incluses) et dans le travail psychothérapeutique. Ce phénomène psychique que Freud considérerait tout d'abord comme un mécanisme de défense, donc comme une résistance dans le travail d'anamnèse, m'est apparu après Winnicott et Balint, comme utile pour le retour du refoulé et un outil puissant dans la relation de transfert et de contre-transfert pour la réorganisation psychique du patient, la résolution de ses conflits inconscients et, au mieux, ses prises de conscience.

Ayant d'une part la théorie systémiste intégrative et, d'autre part, la technique du travail avec la régression, je pouvais énoncer ce qu'est la psychanalyse intégrative: fondée sur l'expérience de l'inconscient, travail dans la relation de transfert et de contre-transfert, technique adaptée à la personnalité du patient et à sa régression dans la cure. Mon livre sur les patients-limites en est une défense et illustration.

Un élément important de la compréhension du travail fait dans une psychanalyse intégrative est la reconnaissance de l'existence d'un champ commun constitué d'éléments conscients et inconscients du patient et de l'analyste et influençant l'un et l'autre, constamment à l'œuvre dans le processus thérapeutique. Ce champ est un espace de transformation au service du patient. C'est dans ce champ, en utilisant son savoir théorique, ses capacités techniques et son être relationnel que l'analyste trouvera la bonne "réponse" dont le patient a besoin et la façon de la mettre en œuvre dans leur relation.

L'apport de la sociologie clinique à la théorie et à la pratique thérapeutique

Le modèle théorique systémiste de la psychanalyse intégrative pose la question des articulations entre ces systèmes. J'ai débattu de l'articulation entre ces systèmes dans mon livre sur les patients-limites, dans le chapitre "Du système émotionnel à l'objet complexe", en partant du modèle proposé par Pagès (1993) dans *Psychothérapie et complexité* et en le complétant (Fourcade, 1997).

Le système socio-familial peut être abordé dans l'analyse par la façon dont les données sociologiques et culturelles ont façonné le psychisme du sujet. Ainsi que le rappelle de Gaulejac – pour ce qui est de la psychanalyse classique –, c'est la façon dont ils s'articulent dans la vie fantasmatique du patient, les conflits et les espoirs dont ils sont la cause, qui sont centraux. La connaissance des faits sociaux ne serait pas en soi outil de changement. Il s'oppose légitimement à cette restriction dans les rapports entre inconscient et savoir conscient. Même si le rapport subjectif à la réalité sociale et culturelle est au centre de la transformation du sujet, nous avons de nombreux exemples de l'interaction positive entre la prise de conscience des réalités sociales objectives et le dépassement des conflits inconscients qu'elles ont créés.

Les psychanalystes ne l'ignorent pas quant à certains moments de l'analyse ils conseillent à leur patient de ne plus lire ou que le patient lui-même rejette la lecture ("Je suis incapable de lire en ce moment") – lorsque le savoir intellectuel fait résistance au travail sur l'inconscient alors qu'à d'autres moments ils suggèrent au patient tel ou tel ouvrage – la compréhension intellectuelle mettant alors fin à la dissonance entre pensée et vécu.

La construction psychique des articulations entre les systèmes langagier et socio-familial, ce dernier incluant les rapports de classe sociale (donc de pouvoir) et les éléments culturels (les normes, les mentalités, les croyances religieuses, les croyances politiques etc.) donne lieu à ce que Pagès a appelé des "agglomérats névrotiques". Des éléments d'un système se coagulent de façon inconsciente à des éléments d'un autre système et rendent le conflit inconscient encore plus inconscient et plus difficile à résoudre. Par exemple, l'ambivalence affective et sexuelle de la période œdipienne s'agglomérant avec l'ambivalence affective et politique des rapports de classe dans le cas des sujets en ascension ou en déclin social.

Un cas illustrant le concept d'agglomérat névrotique

Ce cas illustre les articulations entre système langagier œdipien et système socio-familial. Brigitte est une femme de 50 ans qui vient me voir en grande détresse dont elle m'énonce la cause ainsi: elle a une fille de 25 ans anorexique-boulimique qui est en conflit permanent avec elle, et elle ne sait plus quoi faire pour faire évoluer leur relation.

Elle a eu à 18 ans un premier enfant F. hors mariage, avec un homme qui a reconnu l'enfant mais a refusé de vivre avec elle. Elle a commencé à travailler pour élever cet

enfant. Lorsque cet enfant avait huit ans, elle a rencontré un homme avec qui elle s'est mariée. Elle a eu deux enfants avec cet homme: la fille C. qui a maintenant 25 ans et un garçon qui a 17 ans.

L'homme avec lequel elle s'est mariée s'est occupé du premier enfant comme s'il était son enfant, de la même façon qu'il a élevé les deux autres enfants conçus avec ma patiente. Cependant, le père de ce garçon continuait à donner une pension alimentaire pour cet enfant et à le voir régulièrement.

Mon mari et le père de F. ont établi de bonnes relations; et mon mari laissait au père de F. les décisions concernant F. [...] Le problème actuel vient de ce que mon mari a eu avec ma fille une relation très forte, exclusive, et que ma fille m'a très vite rejetée. Au lieu de me donner ma place auprès de ma fille, mon mari lui donnait toujours raison contre moi et prenait seul avec elle les décisions la concernant, des plus petites aux plus importantes. J'ai souvent protesté contre cette situation, sans résultat. Dans la famille de mon mari, les relations affectives sont très fusionnelles et il n'y a pas de place pour les conflits ni pour l'expression des désaccords et des sentiments "négatifs". Dans la mienne, l'expression des désaccords est possible, le rappel des règles à respecter pour vivre ensemble permanent. Les marques d'affection sont données plus par les actes que par les mots ou des manifestations de tendresse. Peut-être aussi ma personnalité plus intellectuelle qu'affective... Toujours est-il que la tendresse entre ma fille et mon mari a toujours été exclusive. Pour moi, venant d'elle, il n'y a que l'agressivité. Mon mari me reproche de ne pas aimer C. Je lui reproche de laisser C. se comporter sans aucun respect pour les autres à la maison et en particuliers envers moi. C'est cela qui est la cause de la maladie de ma fille. Quant à notre garçon commun, il ne dit pas un mot, n'exprime pas un désir ou une volonté avec nous, alors que je sais par ses copains qu'il est très vivant et très actif avec eux (Brigitte).

En écoutant ma patiente et en échangeant avec elle, je trouvais que ses descriptions des relations et les analyses qu'elle en produisait étaient fines et justes. Je lui en ai fait part et lui ai demandé si elle les communiquait à son mari. Elle me dit qu'elle l'avait fait, mais que son mari ne les acceptait pas. À plusieurs moments dans les séances, elle exprimait une énorme colère mêlée à du désespoir, augmenté par le fait de se sentir impuissante dans cette situation.

J'ai eu progressivement le sentiment que, même si elle faisait part à son mari de ses analyses, en revanche elle ne lui communiquait pas ses sentiments avec la force qu'ils avaient dans les séances. Code social? Personnalité plus intellectuelle qu'affective? Lorsque je lui en ai fait part, elle me dit:

Si je dis ma colère à mon mari, ce sera la fin de notre relation!

Cette réponse m'a partiellement surpris car ce qu'elle décrivait par ailleurs des comportements de son mari montrait l'exagération d'une telle croyance.

Peu à peu, je pris conscience que ma patiente parlait des relations entre elle, son mari et les deux enfants qu'elle avait eus avec lui, mais jamais des relations entre le premier enfant qu'elle avait eu et les autres membres de la famille, alors que ce garçon avait vécu dix ans avec eux et que, bien qu'ayant maintenant sa vie familiale personnelle, il continuait à les voir fréquemment. Dans ses descriptions de la genèse des relations entre elle, son mari, et leurs deux enfants, le premier né était aussi absent. Je me suis donc interrogé sur les raisons de cette absence.

J'ai perçu qu'un partage implicite des enfants fonctionnait entre elle et son mari. À elle son premier né, à lui leur fille. À elle libre cours pour élever ce garçon "comme elle l'entendait" – à la façon dont on élevait les enfants dans sa famille d'origine à elle –, à lui le lien fusionnel excluant le tiers séparateur, les désaccords et les conflits – comme on trouvait normal de vivre les relations affectives et l'éducation dans sa famille d'origine à lui.

Mais le conflit inconscient qui paralysait ma patiente venait aussi d'une autre dimension, socioculturelle. La famille d'origine de ma patiente appartenait à la grande bourgeoisie conservatrice. Avoir un enfant hors du mariage était dans cette famille une faute et une honte inacceptable dans les années 1980. Après la naissance de cet enfant, les relations entre ma patiente et sa famille ont été très distendues. Elle fit plusieurs fois allusion dans les séances aux difficultés qu'elle avait eues pour élever, seule et isolée, cet enfant jusqu'à huit ans.

Elle avait donc vis-à-vis de son mari qui l'avait aimée malgré sa "faute", et avait encore accepté cet enfant, une reconnaissance et une dette qu'elle payait en ne s'opposant pas à lui autant que ses sentiments et ses pensées le lui permettaient. De ce conflit inconscient venait sa paralysie et sa peur de dire ses sentiments – colère, haine, désespoir – et ses analyses à son mari, sa peur devant ses sentiments négatifs à elle vis-à-vis de son mari et de sa fille. Celle-ci montrait d'ailleurs par ses paroles et ses actes qu'elle avait bien perçu la relative incapacité de sa mère à changer une situation dans laquelle elle – l'enfant confortée par son père – jouissait d'une toute puissance dont l'anorexie-boulimie était l'incorporation dramatique.

Sans la conscience de l'importance des rapports de classe, des conflits entre cultures familiales, de ce que les historiens appellent l'histoire des mentalités, je n'aurais pas

compris dans ce cas le rôle déterminant qu'ils jouaient dans les conflits inconscients de cette patiente. Avec elle et avec chacun de mes patients je n'hésite pas à partager avec eux mon analyse des effets psychologiques des réalités sociales et je constate quel soulagement leur apporte d'en parler ainsi que de la part qu'ils ont eu dans leur construction, leur souffrance mais aussi leur résilience.

La sociologie clinique dans la compréhension psychanalytique des évolutions historiques du psychisme

Le livre collectif publié sous la direction de Nicole Aubert (2006), *L'individu hypermoderne*, a apporté des éléments de réponses à la question que je me posais: comment expliquer l'évolution de la patientèle depuis les années 1970 – une augmentation des patients-limites et une diminution considérable des patients d'organisation psychique névrotique? Cette évolution des pathologies étant générale à tout le monde occidental, illustrée par la remarque d'un de mes collègues new-yorkais: "Nos patients ne viennent plus nous voir pour des pathologies liées à l'argent ou à la sexualité mais parce qu'ils ne savent pas qui ils sont!".

Les changements des repères individuels dans la société hypermoderne occidentale, et cela concerne autant ses bénéficiaires que ceux qui accèdent à son "way of life" et ses normes accompagnent les grands changements sociaux:

- La régression des religions monothéistes masculines et des institutions qui les représentent;
- L'affaiblissement du rôle joué par les institutions organisatrices de la vie sociale: l'école, l'armée, l'État, le parti politique, le syndicat;
- La mondialisation de l'économie et les bouleversements que cela provoque dans les structures économiques antérieures: économie nationale, rapport patronat/syndicat, délocalisations, disparition des patrons remplacés par des conseils lointains;
- Le "triomphe" du système économique libéral qui promettait liberté, ouverture et progrès, et aboutit dans la logique capitaliste à une marchandisation du sens, à un mode de vie dans lequel la consommation s'impose comme seule valeur de référence avec comme seuls repères l'efficacité, l'utilité, l'argent, la compétition et l'urgence, à l'opposé des valeurs d'épanouissement individuel et collectif et de resserrement du lien social;

- L'évolution des places de l'homme et de la femme, biologiquement, économiquement, socialement avec une montée du matriarcat et l'évolution des structures familiales (parent unique, homoparentalité, famille recomposée ou multiple...);
- Les transformations des technologies de l'information, avec une montée de l'image idéale: du corps, de la réussite etc.;
- La perte de l'investissement symbolique positif du lieu de vie;
- La multiculturalité.

Ainsi s'est transformé notre système socio-familial. Ces changements ont aussi été étudiés par François de Singly (2007; 2009) pour les caractéristiques "limites" actuelles de l'individu, par Jean-Claude Kaufmann (2014) pour l'éclatement de l'identité, par Irène Théry (2016) pour la compréhension de la notion de "genre" et ses conséquences sur le droit de la famille et de la filiation.

Les caractéristiques de l'individu hypermoderne décrites par mes collègues sociologues sont plus proches de celle des patients-limites que de celles de sujets d'organisation psychique névrotique à laquelle ils tentaient de façon théorique de rattacher ces caractéristiques (Rhéaume & Gaulejac in Aubert, 2006). Mauvais contrôle pulsionnel et émotionnel, faiblesse de la capacité à supporter la frustration, image de soi floue, narcissisme primaire fragile et narcissisme secondaire défaillant, attachement ambivalent à une entité autre que soi pour soutenir un moi faible, pathologie marquée par l'addiction: autant de caractéristiques qui décrivent les patients limites. Les repères théoriques de la psychanalyse freudienne sont insuffisants pour comprendre cette transformation; ils ont de plus comme conséquences de les rattacher à une compréhension de la normalité et de la pathologie (stades de développement, perversions) qu'il faut dépasser pour comprendre cette évolution.

Les structures psychiques telles que les théorisent Freud et la psychanalyse, en faisant du père – et du nom du père – le garant de l'interdit de l'inceste fondateur du lien social, n'ont-elles pas une pertinence limitée aux sociétés patriarcales anciennes?

Les anthropologues cherchaient pendant la première moitié du XXème siècle à caractériser la "personnalité de base" dans différentes cultures. Ce que la psychanalyse décrit comme l'aboutissement "normal" des stades du développement humain – la structure psychique névrotique –, n'est-il pas en train de changer avec notre

société? La “personnalité-limite” est l’état psychique normal de l’homme hypermoderne “normal”, avec, par ailleurs, ses diverses formes de pathologies.

Si j’ai choisi de donner à mon dernier livre le titre *Les personnalités-limites*, alors que j’avais intitulé celui que j’ai publié en 1997 *Les patients-limites*, c’est parce qu’avec l’expérience et la réflexion, principalement sur la part des données d’ordre sociologique dans la construction de cette organisation psychique, l’idée s’est imposée progressivement à moi qu’il ne faut plus – ainsi que le fait tout le courant psychiatrique et psychanalytique – considérer cette organisation psychique comme un “défaut”, une erreur dans le développement de l’être humain. C’est en effet ainsi qu’elle apparaît dans les travaux de Otto Kernberg (1979; 1980) et de Jean Bergeret (1996).

Par rapport au modèle freudien des stades de développement, l’état limite est celui d’un sujet qui n’accède pas au stade génital-œdipien qui est l’aboutissement “normal” du développement. Les théories psychanalytiques se sont trouvées avec un problème théorique identique dans le débat sur la place de l’homosexualité par rapport au modèle du développement psycho-sexuel freudien.

Le rôle joué par les facteurs sociologiques dans la construction psychologique est traité comme si celle-ci contenait des invariants, que les facteurs psychologiques avaient leur nature et leurs lois propres indépendamment du contexte social, les pathologies ne venant que d’un dysfonctionnement des seuls facteurs psychologiques. Tout au long du XXème siècle, le mouvement “culturaliste”, dont la représentante la plus éminente est Karen Horney (1950), a insisté sur l’importance des normes sociales dans la construction du sujet psychologique.

La personnalité-limite est l’organisation psychique normale dans la société occidentale du XXIème siècle, avec ses pathologies propres, comme la personnalité de structure névrotique n’est normale que par rapport à la société patriarcale occidentale du XIXème siècle. La compréhension de l’influence des facteurs sociaux permet de dépasser la conception freudienne des stades de développement. Cette organisation psychique du modèle des stades de développement.

Une des difficultés est alors de décrire cette organisation psychique en abandonnant une partie des concepts théoriques freudiens tout en en conservant certains. La théorisation systémique garde la notion de stades du développement, la notion d’instances psychiques – en particulier celle d’“idéal du moi” – mais elle rejette la notion d’autonomie quasi absolue du psychisme par rapport au somatique telle qu’elle ressort du modèle freudien et, davantage encore, lacanien. Le modèle systé-

mique a le mérite de penser l'interrelation entre les facteurs corporels, les facteurs psychiques et les faits sociaux, interrelation qui existe de toute évidence.

La personnalité-limite n'est pas une pathologie; c'est une organisation psychique particulière avec ses caractéristiques propres. Elle est peut-être en passe de devenir la plus fréquente dans les sociétés occidentales développées. Elle a ses formes de pathologie différentes des pathologies des personnalités d'organisation psychique névrotique, et il est important d'apprendre à distinguer ses manifestations normales et pathologiques.

Conclusion

Voici quelques unes des questions auxquelles tout cela conduit:

- De la même façon que Darwin a mis en évidence les mutations du biologique, y-a-t-il des mutations du psychisme? Je pense que c'est de cela qu'Auguste Comte avait l'intuition quand il a formulé sa loi des trois états de l'Humanité: l'animiste, le théologique et le positif (le rationnel). Un exemple de mutation psychique est la transformation de la perception visuelle par l'intégration des lois de la perspective, à la Renaissance.
- Le modèle freudien qui fait du complexe d'Œdipe l'organisateur central est-il suffisant pour comprendre notre société. Doit-il être remplacé par un modèle différent, "post-freudien", des personnalités-limites?
- Comment se fait le passage d'une société caractérisée par un modèle dominant d'organisation psychique à un autre? Ce passage crée-t-il des périodes d'anomie?
- Question centrale pour qui se veut "thérapeute": ce que croît le patient, ce que lui prescrit son groupe social concernant ce qui est normal et ce qui est pathologique, de quelle façon cela doit-il être compris et traité?
- Y a-t-il une possibilité chez les thérapeutes d'échapper à l'enfermement dans leurs croyances sur le fonctionnement du psychique "éternel"?
- Dans la doxa professionnelle, quelles sont les pratiques psychothérapeutiques et les modèles qui les sous-tendent en relation avec ce qui est considéré comme le normal et le pathologique?

□ Comment théoriser l'articulation entre sujet social et sujet individuel dans l'épistémologie de la complexité ?

La sociologie clinique permet donc une interrogation fondamentale sur le savoir psychanalytique, sur son évolution, sur les pratiques et les techniques qui en sont les applications, sur l'objectif du travail thérapeutique. En ce sens, l'affirmation de Guy Rosolato (1978) que le travail avec la relation d'inconnu était plus important que celui avec la relation d'objet, thèse reprise à sa façon par Jacqueline Barus-Michel (2004), nous ouvre à une compréhension plus historico-sociologique de la psychanalyse et de l'accompagnement psychothérapeutique. En ce sens les interactions théoriques, méthodologiques et cliniques, entre la psychanalyse et la sociologie clinique et leurs interpellations réciproques sont loin d'être terminées.

Références

AMSELEK, A. *L'écoute de l'intime et de l'invisible, la psychanalyse plus en corps*. Paris: Éditions Cerp, 2012 [2006]

———. *L'ouverture à la vie, la psychanalyse au XIX^{ème} siècle*. Paris: Éditions Desclée de Brouwer, 2010.

AUBERT, N. et alii. *L'individu hypermoderne*. Toulouse: Éditions Érès, 2006.

BARUS-MICHEL, J. *Souffrance, sens et croyance*. Toulouse: Éditions Érès, 2004.

BERGERET, J. *La pathologie narcissique*. Paris: Dunod, 1996.

BERNE, E. *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press, 1971.

CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Fayard, 1996.

CASTIGLIONE, Baldassare. *O cortesão*. São Paulo, Martins Fontes, 1997 [1528].

COOPER, D. *La mort de la famille*. Paris: Les Éditions du Seuil, 1975.

DOISE, W.; CLEMENCE, A.; LORENZI-CIOLI, F. *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble: Éditions Presses Universitaires de Grenoble, 1992.

DEJOURS, C. *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Les Éditions du Seuil, 1998.

FOURCADE, J.-M. *Les patients-limites. Psychanalyse intégrative et psychothérapie*. Toulouse : Éditions Érès, 2010.

———. *Les patients-limites. Pour une psychothérapie émotionnelle intégrative*. Paris: Éditions Desclée de Brouwer, 1997.

FRANKL, V. *Découvrir un sens à sa vie*. Paris: Éditions de L'Homme, 1988.

———. *Le dieu inconscient*. Paris: Centurion, 1975.

GAULEJAC, V. de. *Travail. Les raisons de la colère*. Paris: Les Éditions du Seuil, 2011.

———. *Qui est "Je"? : sociologie clinique du sujet*. Paris: Les Éditions du Seuil, 2009.

———. *L'histoire en héritage, roman familial et trajectoire sociale*. Paris: Éditions Desclée de Brouwer, 1999.

———. *La névrose de classe*. Paris: Hommes et Groupes, 1987.

GAULEJAC, V. de; TABOADA LEONETTI, I. *La lutte des places*. Paris: Éditions Desclée de Brouwer, 1999.

GAULEJAC, V. de; HANIQUE, F.; ROCHE P. *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Paris: Éditions Érès, 2007.

GAULEJAC, V. de; AUBERT, N. *Le coût de l'excellence*. Paris, Les Éditions du Seuil, 1994.

GAULEJAC, V. de; LEGRAND, M. *Intervenir par le récit de vie, entre histoire collective et histoire individuelle*. Paris: Éditions Érès, 1998.

GODFRIED, M. R.; NEWMAN, J. C. *Psychothérapie intégrative*. Paris: Éditions Desclée de Brouwer, 1996.

HORNEY, K. *Neurosis and human Growth*. New York: Norton, 1950.

JACKINS, H. *Neurosis and human Growth*. New York: Norton, 1965 [1950]

KARSANTI, B. *Marcel Mauss, le fait social total*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

KAUFMANN, J.-C.. *Identités: la bombe à retardement*. Paris: Éditions Textuel, 2014.

KERNBERG, O. *La personnalité narcissique*. Toulouse: Privat, 1980.

———. *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse: Privat, 1979.

LAINÉ, T.; KARLIN, D. *La Mort du père, et autres récits du fils*. Paris: Messidor; Éditions Sociales, 1983.

- . *La mal vie*. Paris: Éditions Sociales, 1978.
- . *La raison du plus fou*. Paris: Éditions Sociales, 1977.
- LAING, R. *La politique de la famille*. Paris: Stock, 1972.
- . *Le moi divisé*. Paris: Stock, 1971.
- . *The divided self: an existential study in sanity and madness*. Harmondsworth (UK): Penguin, 1960.
- LALLEMENT, M. *Le travail, une sociologie contemporaine*. Paris: Gallimard, Collection “Folio Essai”, 2007.
- LENHARDT, V.;FOURCADE J. M. *Analyse transactionnelle et bioénergie*. Paris: J. P. Delarge; Éditions Universitaires, 1981.
- LOWEN, A. *La bioénergie*. Paris: Sand & Tchou, Collection “Le Corps à Vivre”, 1979.
- . *Le langage du corps*. Paris: Sand & Tchou, 1977.
- MARC, E. *Le guide pratique de nouvelles thérapies*. Paris: Retz, 2008.
- . *Le changement en psychothérapie*. Paris: Dunod, 2002.
- MARC E.; BONNAL C. *Le groupe thérapeutique. Approche intégrative*. Paris: Dunod, 2014.
- May, R. The meaning of anxiety. *Psychosomatic Medicine*, v. 14, n. 3, p. 237. Revised edition. New York, 1967.
- MORENO, J.-L. Psychodrama in action. *Group Psychotherapy*, v. 18, n. 1-2, p. 87-117, 1965.
- . Who shall survive?: A new approach to the problem of human interrelations. *Nervous and Mental Disease Monograph Series*, n. 58. Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1934. Disponível em: <<https://doi.org/10.1037/10648-000>>.
- MORIN, E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Les Édition du Seuil, 2005.
- OGIEN, R. *L'éthique aujourd'hui: maximalistes et minimalistes*. Paris: Gallimard, 2007.
- PAGÈS, M. *Psychothérapie et complexité*. Paris: Éditions Desclée de Brouwer, 1993.
- . *Trace ou sens, le système émotionnel*. Paris: Hommes et Groupes, 1986.

PERLS, F. *Gestalt approach and eye witness to therapy*. Palo Alto (CA): Science and Behavior Books, 1973.

PIERRAKOS, J. *The core energetic process; the institute for the new age of man*. New York: Institute for the New Age, 1977.

———. *Le noyau énergétique de l'être humain*. Paris: Sand, 1991.

POLANYI, K. Contre la société du tout marchand. *Revue du Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales (Mauss)*, n. 29. Paris: La Découverte, 2007.

———. *La grande transformation aux origines politiques et économiques de notre temps*. Paris: Gallimard, 1972.

REICH, W. *L'analyse caractérielle*. Paris: Payot, 1974 [1933].

ROGERS, C. (1980). Growing old – or older and growing. *J. Humanistic Psychology*, v. 20, n. 4, p. 5-16, 1980. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/002216788002000403>>.

———. A revolutionary program for graduate education. *Libr Coll J*, v. 3, n. 2, p. 16-26, 1970.

———. *Le développement de la personne*. Paris: Dunod, 1961.

ROSOLATO, G. *La relation d'inconnu*. Paris: Gallimard, 1978.

SALMON, A. *La tentation éthique du capitalisme*. Paris: Éditions La Découverte, 2007.

SAINSAULIEU, R. *L'identité au travail*. Paris. Édition des Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1988.

SCHUTZ, W. *L'élément humain*. Paris: InterEditions, 2006.

———. *Joy expanding human awareness*. New York: Grove Press, 1967.

SINGLY, F. de; MARTUCCELLI, D. *Les sociologies de l'individu*. Paris: Armand Colin, Collection "128", 2009.

———. *L'injustice ménagère*. Paris: Armand Colin, 2007.

THÉRY, I. *Mariage et filiation pour tous: une métamorphose inachevée*. Paris: Les Éditions du Seuil, Collection "La république des idées", 2016.



