

INCONSCIENT ET CULTURE

Aux frontières de la **psychanalyse**

Soin psychique et transdisciplinarité

Sous la direction de

Albert Ciccone

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autori-

sation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2017

11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-077342-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

LISTE DES AUTEURS

Christine BÉNÉZIT est psychologue à Saint-Étienne, chargée d'enseignement en psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Gaëlle BONNEFOY est psychologue à Saint-Étienne, chargée d'enseignement en psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Emmanuelle BONNEVILLE-BARUCHEL est psychologue à Saint-Étienne, maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Thomas BUJON est sociologue, maître de conférences en sociologie à l'université Jean Monnet de Saint-Étienne.

Éric CALAMOTE est psychologue à Saint-Étienne, docteur en psychopathologie et psychologie clinique et maître de conférences associé à l'université Lumière-Lyon 2.

Rodolphe CHARLES est médecin généraliste à Saint-Etienne, professeur associé en médecine générale à l'université Jean Monnet de Saint-Étienne.

Albert CICCONE est psychologue à Vienne, professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Jean-Baptiste DESVEAUX est psychologue à Lyon, enseignant en psychopathologie au Centre de formation de l'ARFRIPS (Association régionale pour la formation, la recherche et l'innovation en pratiques sociales) à Lyon.

Anne-Claire DOBRZYNSKI est psychologue à Saint-Étienne, docteure en psychopathologie et psychologie clinique et chargée d'enseignement à l'université Lumière-Lyon 2.

Matthieu GAROT est psychologue à Saint-Étienne, enseignant en psychologie clinique à l'Université Populaire de Lyon.

Christophe LÉVÊQUE est psychologue à Valence, docteur en psychopathologie et psychologie clinique et chargé d'enseignement à l'université Lumière-Lyon 2.

Valérie ROUSSELON est médecin psychothérapeute au Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, chargée d'enseignement à l'université Jean Monnet de Saint-Étienne.

TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	III
--------------------------	-----

<i>INTRODUCTION. LE SOIN PSYCHIQUE, LA MARGE ET LA TRANSDISCIPLINARITÉ</i>	1
--	---

ALBERT CICCONE	
La marge du soin	2
L'inter et la transdisciplinarité	3

Des équipes ou institutions soignantes inter ou transdisciplinaires, 3 • De la cacophonie pluridisciplinaire à la musique transdisciplinaire, 6 • La parentalité : une figure prototypique et paradigmatique de la transdisciplinarité, 7

Présentation des contributions	8
--------------------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

DES MODÉLISATIONS

1. Les « bords » de la réalité psychique et de la psychanalyse	15
---	----

Réalité corporelle et réalité sociale

ALBERT CICCONE

Pour une transitionnalisation des frontières	16
--	----

Du côté de la réalité corporelle	19
----------------------------------	----

La réalité corporelle impose une exigence de travail psychique, 19 • Plaidoyer pour un point de vue moniste, 20 • Le corps est un lieu de transit de la réalité psychique, 22 • L'acte

<i>est une modalité de symbolisation, 22 • L'expérience corporelle est un substitut au travail psychique défaillant, 24</i>	
Du côté de la réalité sociale et événementielle	25
<i>Intersubjectivité et réalité sociale, 25 • Rythmicité et « respiration psychique », 27 • Intériorisation de la réalité sociale et événementielle, 28 • Intériorisation et extériorisation : une « respiration psychique », toujours, 30 • « Complaisance » du social comme du somatique, 33 • Un exemple : la réalité des événements terroristes, 34 • Psychanalyse et politique, 36</i>	
Conclusion	40
2. La transdisciplinarité : histoire, logiques et effets	41
ANNE-CLAIRE DOBRZYNSKI	
Naissance de la transdisciplinarité	41
<i>La Grèce antique et les sciences, 42 • Le Moyen-âge, émergence de la pluridisciplinarité, 42 • Le XIX^e siècle, apparition de l'interdisciplinarité, 43 • Le XX^e siècle, nécessité de l'interdisciplinarité, et passage à la transdisciplinarité, 43</i>	
La transdisciplinarité : une enveloppe, une harmonie	47
La méthodologie transdisciplinaire : une position éthique	48
<i>La pensée et l'éthique, 48 • Pensée complexe et opérateurs de reliance, 49</i>	
Domaines d'application, exemples	51
Conclusion	53
3. Psychanalyse, psychothérapie, psychothérapie psychanalytique	55
ALBERT CICCONE	
La psychanalyse est-elle une psychothérapie ?	57
<i>La guérison, 57 • Suggestion, influence, 58 • Le setting, la technique, 61 • Psychanalyse et « déliaison », psychothérapie et « liaison », 65</i>	
La psychanalyse ou psychothérapie « psychanalytique »	67
<i>La réalité psychique et la souffrance psychique, 68 • Les phénomènes de transfert, 68 • L'intersubjectivité, 69 • Le cadre interne, 69 • Le travail de pensée, 69 • La « neutralité bienveillante » et l'engagement, 70 • L'humilité, le doute, 70</i>	
Conclusion	71

4. Le thérapeutique et l'éducatif	73
ALBERT CICCONE	
Quelques définitions	74
La psychanalyse et l'éducation	76
Quelques points communs entre position soignante et position éducatrice	78
<i>La prise en compte des processus intersubjectifs, transférentiels, contre-transférentiels, 79 • L'appui sur un cadre interne, 80 • Le travail de pensée garanti par la parole comme par les actes, 80 • L'engagement, l'implication, 81 • La mise en suspens du savoir, la culture du doute, 81 • L'absence de contre-indication, 82 • Pourquoi a-t-on besoin de croire à une différence ?, 82 • Et dans une famille ?, 83</i>	
La parentalité soignante	84

DEUXIÈME PARTIE

DES PROBLÉMATIQUES CLINIQUES : CONTRAINTES AUX MARGES

5. L'espace thérapeutique et la perspective dans les situations limites et traumatiques	91
ÉRIC CALAMOTE	
Les indicateurs cliniques de la demande d'ouverture	94
<i>L'avidité, 94 • La colère, 97 • La volonté de changer un des éléments habituels du dispositif, 98 • La pression pour pousser à bout l'implication du thérapeute, 100 • L'urgence ressentie et la demande d'une intervention dans la réalité extérieure à l'espace thérapeutique, 101</i>	
Reconsidérer la notion d'espace en thérapie : la psychothérapie transitionnelle	102
Conclusion : le dedans et le dehors de la thérapie, métaphorisation du monde interne du patient ou manipulation/séduction du thérapeute ?	107
6. Tumulte et charivari à l'interface	109
Le psychologue des interstices et l'analyse transitionnelle « sociale »	
MATTHIEU GAROT	
<i>What about Dionysos ?</i>	110

État des lieux et non-lieux de la Psychiatrie	113
<i>L'hyperlieu excluant de la Psychiatrie, 113 • Le champ totalitaire de « la rue », 114</i>	
Déjouer l'enclavement cloacal : vers une analyse transitionnelle « sociale »	116
<i>La double reliance de la psyché, 116 • Ouvrir aux interstances, 118 • Faire rhizome, 121</i>	
7. À psychisme ouvert, chirurgie éveillée du cerveau	125
Préparation psychologique et épreuve du bloc	
CHRISTINE BÉNÉZIT	
8. Soins psychiques des enfants en protection de l'enfance	143
Une ouverture interdisciplinaire indispensable	
EMMANUELLE BONNEVILLE-BARUCHEL	
Le clivage des réalités de l'enfant dans les représentations et les pratiques	144
Les obstacles au soin psychique	146
<i>Obstacles liés à la réalité législative : accès aux soins et autorité parentale, 146 • Obstacles liés à l'opposition parentale au soin psychique pour leur enfant, 147 • Obstacles liés aux représentations sociales, 150 • Obstacles induits par la réalité sociale et institutionnelle, 152 • Obstacles liés aux résistances idéologiques, 155 • Obstacles liés à la clinique de l'enfant et de la relation transférentielle, et aux défenses des soignants, 160 • Obstacles liés à l'investissement défensif de positions dogmatiques, en réaction aux enjeux transférentiels, 163</i>	
Les conditions au soin psychique	164
<i>Créer les conditions « externes » de l'investissement du soin psychique proposé à l'enfant : la sécurité pour l'enfant et le soignant, 164 • Promouvoir les conditions « internes » du soin psychique, 167</i>	
Conclusion	172
9. À l'écoute des adolescents oubliés	173
Vers un soin transitionnel en institution médico-sociale	
JEAN-BAPTISTE DESVEAUX	
Quelque part, des adolescents tentent d'exister	173
Implication, investissement, engagement	177
Repenser le <i>setting</i> et le cadre, un besoin	178

Réalité externe et réalité interne : que partager ?	181
Où est le soin ?	185
Vers un dispositif transitionnel ?	187
Une hétérogénéité des mondes	189
La mise au travail des interstices	190
Du jeu en réunion pluridisciplinaire	191

TROISIÈME PARTIE

DES DISPOSITIFS CLINIQUES : TRAVAIL AUX FRONTIÈRES

10. Analyse de la pratique : figures, enjeux, limites	197
ALBERT CICCONE	
Une pratique « honteuse »	198
Psychanalyste en analyse de la pratique ?	201
<i>Balint et l'analyse de la pratique, 201 • Psychanalyste toujours, 205</i>	
« Transfert du transfert » et « transfert du contre-transfert »	206
Intérêts de la notation	211
Quelques limites à l'analyse de la pratique	214
Conclusion : analyse des pratiques et culture transdisciplinaire	216
11. Un essai de transdisciplinarité entre un sociologue, une psychothérapeute et un interprète	219
VALÉRIE ROUSSELON, THOMAS BUJON	
(AVEC LA CONTRIBUTION D'AOMAR BENCHIKH)	
Les entretiens cliniques	222
L'analyse du contenu de l'interview	227
<i>Quels fondements identitaires professionnels ?, 227 • Les familles construisent la transdisciplinarité, 231</i>	
Conclusion	234
12. Dispositif de « double-portage » ambulatoire	237
Exemple d'une collaboration médecin généraliste et psychologue	
GAËLLE BONNEFOY, RODOLPHE CHARLES	
Travail préalable à une psychothérapie (le point de vue du généraliste)	238

Indication au psychologue en libéral pour tenter d'introduire de la différenciation	243
Une collaboration médecin généraliste- psychologue : origine et fonction de ce double-portage	246
<i>La constitution d'un couple thérapeutique, 246 • Les fonctions du double-portage, 247 • Les modalités des liens de collaboration, 250 • Limites et écueils, 251</i>	
Conclusion	252
13. Les concertations interprofessionnelles, des scènes de l'intermédiaire	253
CHRISTOPHE LÉVÊQUE	
Les espaces professionnels inter et trans-disciplinaires, lieux de transit de la réalité psychique	255
Une métaphore des espaces inter et trans-scéniques : la synapse	256
Topologie des scènes professionnelles inter et transdisciplinaires : intersubjectivité et lien	257
<i>L'intersubjectivité, 257 • Le lien comme lieu de l'interconnexion, 259</i>	
Médiation et symbolisation dans les espaces interprofessionnels	261
<i>Matérialité, théâtralité et dramatisation, 261 • Symbolisation, 263</i>	
Concertations interprofessionnelles et processus transféro-contre-transférentiels	265
<i>La scène transférentielle, 266 • La scène du contre-transfert, 268</i>	
Conclusion	272
BIBLIOGRAPHIE	273
INDEX DES NOMS	290

Introduction

LE SOIN PSYCHIQUE, LA MARGE ET LA TRANSDISCIPLINARITÉ

Albert Ciccone

« La marge, c'est ce qui fait tenir les pages ensemble. »

Jean-Luc Godard¹

CE LIVRE s'intéresse aux « frontières » de la psychanalyse, à ses « marges ».

Il défend deux idées fondamentales. La première consiste à dire que la psychanalyse se doit d'être ouverte : aux disciplines connexes qui la « bordent », aux discours autres qui l'interrogent, aux pratiques qui parfois s'y réfèrent mais qui souvent la questionnent. Elle doit accepter et soutenir la contradiction. C'est une condition pour sa survie. La seconde idée est que la marge n'est pas « marginale », mais essentielle. C'est le lieu primordial du soin. Comme le dit cette formule que j'ai mise en exergue de Jean-Luc Godard, qui était considéré comme un cinéaste marginal : « La marge, c'est ce qui fait tenir les pages ensemble. »

1. Propos tenus par Jean-Luc Godard lors d'une émission télévisée, il y a de nombreuses années, en réponse à un journaliste qui lui demandait, alors qu'il venait de recevoir un prix ou une distinction, ce que cela lui faisait d'être considéré comme « marginal ».

LA MARGE DU SOIN

La marge est le lieu primordial du soin parce que le soin suppose une rencontre, et c'est le lieu de la rencontre qui est l'objet du soin psychanalytique, comme l'ont bien soutenu Bion ou Resnik, par exemple (Bion, 1975, 1978 ; Resnik *et al.*, 1982 ; Resnik, 1999). Mais elle est le lieu primordial du soin aussi parce que l'exploration des « contenus », pour être possible et efficace, est nécessairement précédée d'une exploration et d'une élaboration des « contenants », comme Anzieu l'avait bien démontré, avec son intérêt et son attention pour les « limites », les « états-limites », les « enveloppes psychiques », le « moi-peau », l'analyse « transitionnelle » (1979, 1985, 1986, 1987). La marge n'est pas une simple frontière, elle est un espace : intermédiaire, intersubjectif, interdisciplinaire. Une « formation intermédiaire » dirait René Kaës (1979, 1987, 1993*ab*, 1994). Espace dans lequel se produit une part des processus fondamentaux mobilisés par le travail de soin psychanalytique. On peut même dire que le cœur du travail de soin, de ce qui soigne dans le soin, se situe à la marge, à la frontière des « appareils psychiques » et concerne le travail de contenance et de transformation que peuvent réaliser les « enveloppes-frontières » des subjectivités du soignant puis du patient (Ciccone, 2012*a*), contenance et transformation dont la fonction alpha bionienne est une figuration prototypique (Bion, 1962*ab*).

L'ouverture aux disciplines connexes, aux pratiques et aux théories voisines suppose de soutenir le débat, la contradiction, mais aussi d'intégrer les apports de ces disciplines. Elle suppose d'amortir ou d'absorber les tensions que produit la contradiction, de pouvoir les assimiler, les transformer sans modifier les principes qui fondent le socle de l'approche psychanalytique. On pourrait dire qu'il s'agit ainsi de « transitionnaliser » la frontière, la marge. Il s'agit d'élargir cette zone pour créer un espace intermédiaire, une zone-tampon dans laquelle se développent la théorie et les modèles concernant les processus de soin.

Cette logique de « transitionnalisation » est différente d'une logique « intégrative » qui consiste à prendre quelques-uns des principes ou des savoirs de chaque science connexe pour en créer une nouvelle, laquelle se situerait entre les deux, intégrerait les deux, ce qui risque de fabriquer une pseudo-science hybride issue de la dénaturation de chacune de celles qui la constituent.

S'ouvrir à l'altérité et transitionnaliser les frontières : cela vaut pour la théorie, pour la position épistémologique, comme pour le soin lui-même, la pratique même du soin, et évidemment du soin psychanalytique. Le soin, comme toute rencontre humaine, nécessite de s'ouvrir à l'autre et

de transitionnaliser la rencontre avec l'autre (ou les autres). Cette double exigence, l'ouverture à l'altérité et la transitionnalisation des marges ou des frontières, conduit à considérer que ce qui soigne dans le soin n'appartient pas à une discipline et un dispositif qui s'y réfère, mais dépasse la singularité d'une discipline et d'un point de vue. Cette considération de l'interdisciplinarité voire de la transdisciplinarité comme lieu de réalisation du soin psychique, psychanalytique, suppose une position d'humilité pour tout psychanalyste, et répond à une conception humaniste, et non idéologique et fétichique, du soin psychique et de la psychanalyse.

Les chapitres qui suivent rendent compte d'une telle position clinique et soutiennent chacun des perspectives inter et transdisciplinaires.

L'INTER ET LA TRANSDISCIPLINARITÉ¹

Les notions d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité s'opposent à celle de pluridisciplinarité.

Des équipes ou institutions soignantes inter ou transdisciplinaires

Par exemple, de nombreuses institutions et équipes soignantes revendiquent et s'organisent autour d'un fonctionnement pluridisciplinaire. Il est évidemment important et même essentiel de se mettre à plusieurs pour penser. Mais le travail pluridisciplinaire consiste souvent à mettre bout à bout les conclusions de chaque expert d'une discipline différente. Or, penser à plusieurs ne se réduit pas à mettre bout à bout des points de vue différents, là n'est pas la pensée. Et la pluridisciplinarité ne garantit pas la pensée. Le point de vue pluridisciplinaire recherche souvent la maîtrise toute-puissante. Il laisse penser que mettre bout à bout des points de vue différents donnera une vision totale, omnisciente de la situation. La toute-puissance démentie de chacun se réfugie dans la groupalité de l'ensemble, dans la pluridisciplinarité. Nombre de synthèses d'équipes, de décisions d'intervention, de conclusions quant à l'étiologie d'une pathologie ou quant à la démarche à suivre face à elle résultent d'une telle position pluridisciplinaire.

1. Cette partie reprend l'essentiel des pages 43 à 46 de l'ouvrage *La Violence dans le soin* (Ciccone *et al.*, 2014), qui traitent cette question, et prolonge la réflexion.

À la notion de « pluridisciplinarité », je préfère celles d'« interdisciplinarité » ou de « transdisciplinarité ».

L'interdisciplinarité rend compte de ce qui différencie les disciplines, les points de vue, de ce qui les conflictualise, mais elle rend compte aussi de ce qui les réunit, de ce qui les rassemble, de ce qui les fait tenir ensemble. La transdisciplinarité, quant à elle, rend compte de ce qui passe à travers les différences des disciplines, les particularités de chaque discipline, de ce qui les dépasse et les transcende. La transdisciplinarité concerne ce qui est essentiel dans la relation soignante, voire dans la relation humaine, et qui dépasse la spécificité de chaque discipline.

Le travail inter ou transdisciplinaire suppose une humilité de chacun, reconnue, tolérée, partagée. L'essentiel de la relation de soin, comme de la relation humaine, n'appartient ni à une discipline ni à un ensemble de disciplines complémentaires, mais dépasse chaque discipline, ou se situe à l'entrecroisement des disciplines. Seul un point de vue inter ou transdisciplinaire peut contenir une conflictualité, nécessairement générée par des points de vue différents, contradictoires, et peut rendre cette conflictualité créatrice, peut protéger du risque de fourvoiement dans l'omnipotence idéologique, tentation légitime du fait de l'impuissance à laquelle confrontent nombre de situations cliniques.

Ces notions d'inter et de transdisciplinarité supposent de – et obligent à – penser autrement les distributions des fonctions et des rôles socialement déterminés. Les pratiques soignantes et statuts professionnels sont différenciés par des lignes de partage en partie arbitraires. Il est bien sûr nécessaire pour le fonctionnement d'une institution que les rôles, tâches, fonctions, statuts soient clairement définis, différenciés. Mais il est tout autant nécessaire pour le soin, et notamment le soin psychique, de tolérer que les fonctions soignantes ou les effets de soin ne respectent pas la distribution sociale et symbolique des tâches (et on peut dire la même chose de l'éducation et des effets éducatifs).

On sait très bien, par exemple, qu'un travail psychothérapeutique ne se produit pas nécessairement là où il est désigné devoir se produire. Et il est fondamental de tolérer un tel écart ou un tel paradoxe.

Voyons un exemple.

Je reçois une jeune adolescente pour laquelle l'institution qui l'héberge m'a sollicité car elle pose des problèmes de comportement. Elle est violente, agitée. L'enseignante spécialisée qui l'accueille dans sa classe ne sait plus comment faire avec elle, ne la supporte plus.

Il n'y a pas de psychologue dans cette structure. Un médecin pédopsychiatre ne passe que quelques heures par semaine, et tout le monde pense qu'un

travail psychothérapeutique est nécessaire et urgent pour cette adolescente. Une éducatrice conduit donc cette jeune toutes les semaines jusqu'à mon cabinet.

Voilà une situation où les rôles et fonctions de chacun sont respectés. Tout est à sa place. Les différenciations et les frontières entre chaque domaine professionnel sont bien établies. La structure d'hébergement héberge la patiente. L'éducatrice éduque, accompagne cette jeune dans ses différentes démarches dans le monde réel. L'enseignante enseigne. Le psychologue s'occupe du soin psychique... Tout est en ordre, l'ordre symbolique est respecté.

Mais que se passe-t-il en fait dans la réalité ?

Cela fait plusieurs mois que cette adolescente vient me voir, et elle n'a quasiment jamais prononcé un mot... Malgré toutes les tentatives pour essayer d'entrer en contact avec elle, de la rencontrer, de la rejoindre dans son mutisme, je n'ai jamais pu avoir un échange. Mes efforts qui habituellement avec d'autres adolescents finissent toujours par obtenir un minimum de confiance permettant un échange sont ici restés vains. Je me sens inutile, en échec, honteux. Nous avons prévu de faire le point avec son éducatrice référente et je redoute cette rencontre car je ne sais comment lui dire que tout ce travail, le mien comme le sien, ne sert à rien.

Lorsque je reçois l'éducatrice, elle s'assied et avant que je prononce le moindre mot, elle me dit que depuis que l'adolescente vient me voir elle a changé de façon spectaculaire, sa situation s'est considérablement améliorée, elle n'a plus posé de problème de violence ou d'intégration dans l'institution, tout se passe très bien... Je suis sidéré, ne sais pas trop quoi dire, bredouille quelques mots, et je ne me sens pas de transmettre quoi que ce soit sur le contenu affreusement vide de mes rencontres avec la patiente.

Puis j'apprends que l'adolescente en question fait donc les trajets de son institution jusqu'à mon cabinet accompagnée toujours par cette même éducatrice, qu'elle est seule avec elle pendant ces accompagnements, que le trajet pour venir dure trois quarts d'heure, *idem* pour le retour, et que la patiente parle énormément à son éducatrice qui est très satisfaite et ravie de cet échange, et qui lui répond de façon tout à fait adéquate...

En conclusion : la psychothérapie a lieu avec l'éducatrice, pas avec moi. Venir me voir, pour officiellement faire une psychothérapie, n'est qu'un prétexte pour en fait faire une psychothérapie avec l'éducatrice, qui est là, disponible, accueillante, pleinement attentive à la jeune adolescente pendant deux fois trois quarts d'heure.

Pour tout le monde (et pour l'éducatrice en premier), la psychothérapie a lieu là où il est institutionnellement désigné qu'elle doit avoir