

L'angoisse du lanceur dans la trajectoire du poids The anguish of the pitcher in the part of the shot

Francis Maqueda

Volume 14, Number 1, juin 1989

Le vieillissement (1) et La recherche psychosociale et ses enjeux (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031487ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031487ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Maqueda, F. (1989). L'angoisse du lanceur dans la trajectoire du poids. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 45-53. <https://doi.org/10.7202/031487ar>

Article abstract

On the basis of a course of intensive psychotherapy with an adolescent, two to three sessions per week for a period of 15 months, the author attempts to differentiate the crisis from an evolutive pathology during the course of therapy. The author alternates clinical material with various theoretical notions to enable comprehension of the material.

L'angoisse du lanceur dans la trajectoire du poids

Francis Maqueda*

Sur la base d'une psychothérapie intensive qu'il a faite avec un adolescent, psychothérapie qui s'est poursuivie durant 15 mois, à raison de 2 à 3 séances par semaine, l'auteur essaie de différencier la problématique d'une crise de la pathologie en évolution en cours de consultation. En alternance avec le matériel clinique, l'auteur utilise diverses notions théoriques qui permettent de comprendre ce matériel.

...«Et c'est là que jadis, à 15 ans révolus, À l'âge où s'amuser tout seul ne suffit plus...» (Brassens, G., *Supplique pour être enterré sur la plage de Sète*).

Il y a une difficulté propre à la clinique de l'adolescent qui renvoie à la complexité à différencier, chez un sujet qui consulte, ce qui est de l'ordre d'une problématique en crise de ce qui est du registre d'une pathologie en évolution.

Nous avons bien le souvenir, nous, adulte, des tumultes et des silences qui traversaient cet âge. De l'enfance, il nous fallait détruire un mythe, celui de la bisexualité psychique. Cela devenait possible mais la menace de l'inceste devenait réalisable et demandait de rejeter les parents, autant que les bases identificatoires de l'enfance, c'est-à-dire les images parentales.

Nous nous reconnaissons alors et maintenant, dans des théories de l'adolescence et de la pathologie. Remise en question, déception, désillusion, deuil, retrouvailles, dépassement sont autant d'étapes qui jalonnent la position dépressive depuis la perte des objets infantiles et la nostalgie de la complémentarité première mère / enfant jusqu'à la complémentarité nouvelle, sexuelle, génitale, homme et femme.

Dans cette aventure, il y a des risques de rupture, de cassure, de «break down» nous dit Moses Laufer (1984).

L'enfant étant parvenu à un équilibre entre le moi et l'objet, à maintenir équidistant l'objet interne et l'objet externe, la puberté demande une formidable énergie (génitale) pour faire sauter cet équilibre. «*La conquête de soi-même se fait au travers d'un objet*» nous dit Evelyne Kestemberg (1962), «à partir de l'objet lui-même en récupérant cette énergie» comme l'a si bien montré Philippe Jeammet (1980).

Dans *Les schizophrènes*, Racamier (1983) nous fait penser alors à une potentialité psychotique, incluse dans la dynamique pubertaire, potentialité comportant des risques de cassure.

Ces auteurs et l'expérience du soin aux adolescents ravivent cette difficulté à faire la part entre une évolution pathologique et une problématique en difficulté.

À notre niveau, en tant que thérapeute, l'enjeu du soin est bien aussi la possibilité de devenir pour l'adolescent perturbé, cet objet extérieur qui restaure.

Mais d'abord, qu'entendons-nous par «PATHOLOGIE DE L'ADOLESCENT» ?

Il va de soi que sa présence (la pathologie) est une crise centrale dans la vie de l'adolescent ; nier cette présence ou minimiser ses aspects destructeurs, est une occasion perdue qui risque de ne pas se représenter ; alors que si on lui vient en aide dans le sens d'un renversement de son impact, nous nous mettons dans la situation où le changement opéré dans sa vie aura un écho tout au long de sa vie ultérieure.

* L'auteur est psychologue à Santé mentale et communautés, Villeurbanne, Lyon, France.

Évaluer devient alors nécessaire. Mais il ne s'agit pas d'évaluer si le traitement doit être entrepris avec prudence ou pas du tout, dans la mesure où si un adolescent vient consulter, quelle que soit la manière dont il est amené à consulter, c'est bien qu'il y a eu cassure dans son développement psycho-affectif ou dans l'état de ses relations avec autrui, impliquant des positions de retrait plus ou moins importantes; ce qu'il faudrait pouvoir évaluer, c'est en quoi la cassure survenant dans la crise que traverse l'adolescent, va handicaper ses possibilités d'autonomisation pour l'avenir ou lui permettre de reprendre pied, en incorporant ce qui le traverse, dans le monde et dans sa vie psychique.

Le problème est que cette évaluation ne peut se conduire qu'au décours d'un soin commencé: pour parler vite, nous savons tout de même que dans le cas de la névrose, le patient accepte deux postulats:

- l'existence du thérapeute comme séparé de lui,
- l'existence d'une vie psychique.

Dans le cas de la psychose, ces deux postulats sautent, ce que nous ne pouvons pas tarder à découvrir si nous observons, à l'aide d'outils thérapeutiques, le patient en évaluation.

Ce qui rend la tâche compliquée, c'est que ce que nous évaluons et traitons est subordonné à l'idée que nous nous faisons de la contribution spécifique que, selon nous, l'adolescence doit opérer pour la vie adulte... et que nous savons que les désordres propres à cette période peuvent entraîner chez l'individu, des mécanismes de défense ou des positions de retrait qui ressemblent à des catégories psychiatriques empruntées à la psychiatrie adulte (cf. Kestenberg, 1962).

Quelle contribution spécifique l'adolescence doit-elle opérer dans la vie adulte? Que nous dit Moses Laufer (1984)? Il réfléchit à partir des *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, où Freud (1981) définit la puberté comme étant la récapitulation de la vie précoce revécue dans le contexte d'un corps physiquement mature. Dans cet énoncé, non seulement il reconnaissait l'autorité du passé, mais en même temps, l'existence d'une continuité dans la vie de l'individu faisant référence à la relation spécifique entre l'adolescence et la façon dont l'enfant a résolu le conflit interne entretenu à l'égard de ses parents oedipiens. Mais ce n'est qu'à la fin de l'adolescence que la personne a établi en définitive une

image d'elle en tant qu'être sexué, c'est-à-dire en tant que quelqu'un qui possède un corps physiquement mature, capable de faire un enfant ou de le porter. Que le résultat soit normal ou pathologique à la fin de l'adolescence, la tâche du développement consiste à intégrer les diverses images antérieures du garçon ou de la fille à la capacité inconsciente d'être capable d'assumer à la fin de l'adolescence ses propres pensées, sentiments, désirs, actions, c'est-à-dire la capacité d'assumer la possession de son propre corps.

Je voudrais alors commencer à parler d'un patient (Frédéric) que j'ai connu il y a 4 ans environ et que j'ai suivi en psychothérapie pendant un peu plus d'un an (15 mois) à raison de deux à trois séances par semaine, séances accompagnées pendant un temps très bref d'une fréquentation d'un lieu de jour où des patients et des soignants se retrouvent pour y partager des activités thérapeutiques centrées autour d'un repas par exemple.

Frédéric nous est adressé par le service d'urgence de l'hôpital général après un séjour de trois semaines. Il est décrit comme ayant fait «un premier épisode psychotique aigu à thème de possession par le diable» qui l'avait alors conduit à se jeter sous les voitures pour mettre fin à ses jours. À la fin de son séjour, il parle de cet épisode et des soins qui ont suivi comme d'une renaissance, d'une voie tracée vers une nouvelle vie.

Que dit-il dans les premiers entretiens avec moi? Depuis l'âge de 15 ans, il avait commencé à s'isoler et, de temps en temps, à prendre du haschich. C'est un temps dans sa vie où il suit une scolarité tout à fait normale (seconde) préparant en même temps une carrière de futur sportif professionnel.

Il vit avec son frère cadet de 4 ans de moins que lui et sa mère qui, elle-même, a des préoccupations très mystiques. Ses parents sont séparés depuis qu'il a 10 ans après une période assez longue de conjugopathie. Son père vit dans le Sud de la France et il laisse apparaître la déception douloureuse vis-à-vis de ce père, peu préoccupé du sort de ses enfants, leur rendant rarement visite. Depuis trois ans, Frédéric a laissé les choses aller, suivant diverses formations professionnelles qu'il a abandonnées rapidement, et ne parvenant pas à garder plus d'une quinzaine de jours, les emplois salariés que lui proposent des membres de la famille de sa mère.

Les thèmes de réparation, restauration, apparus à la fin de son séjour à l'hôpital sont toujours présents, mais en s'estompant :

- retrouver ses copains d'il y a 3 ans, ce qui le conduit à hanter les concerts rock du Sud-Est de la France, en quête d'une convivialité décevante (avec usage de la drogue);
- reprendre ses études et ses occupations sportives, tout en faisant des petits boulots pour occuper sa tête surtout, dit-il;
- réconcilier son père et sa mère, qu'il a pu retrouver ensemble à son chevet à l'hôpital.

Mais en même temps, dans des moments très douloureux où il pleure et prend des crises de foudre à la fois, il associe ses idées de réparation à des mondes illusoire.

Tout en illusion, seul Dieu existe. Dieu lui apparaissant comme extrêmement puissant, un oeil dans le ciel et lui, possédé par le Diable. Son corps est séparé de sa tête et de ce fait extrêmement libéré, quasi en état d'aperception jusqu'à se jeter sous les voitures. Il ne comprend pas qu'elles puissent lui faire du mal.

J'ai des pensées contradictoires, dit-il, comme ma tête et mon corps qui ne s'entendent pas et quand j'associe cela à ses parents qui ne s'entendaient pas, il se souvient alors avoir eu ses premières visions lors de leur séparation et du fait qu'il avait failli se faire écraser par une voiture à cette époque, ce que nous confirmera sa mère plus tard.

Continuité délirante peut-être, mais surtout cela montre bien le caractère non transitoire de l'angoisse chez cet adolescent. Alors que chez d'autres adolescents, les désordres dans la vie ne représentent ni une impasse dans leur développement, ni une rupture avec la réalité, parce que l'angoisse que cela fait surgir n'est que transitoire du fait qu'ils trouvent des sources de gratification dans d'autres désirs (et on ne peut parfois les aider à voir plus clair dans cette problématique); chez Frédéric, au contraire, il y a comme une *prise de conscience diffuse* qu'il ne peut laisser sa souffrance derrière lui et en même temps une *incapacité à ressentir* qu'il a eu lui-même le moyen de restaurer le respect qu'il a de lui-même, de défaire le mal qu'il croit que font ses pensées et ses sentiments à lui et aux autres et qu'il ne se libérera jamais de la pensée *qu'il est fou de façon irréversible*.

Frédéric va alors être hanté par les productions de son esprit : visions de l'oeil de Dieu dans le ciel, de R5 rouge qui le poursuivent, de bras mous qui l'attaquent par derrière, qui lui viennent sur le dos, et en même temps avec l'impression que la représentation qu'il a de son corps, mou, séparé de la tête, écarté, disloqué et libéré, l'impression que ce corps donc est à l'origine de ses pensées folles ou perverses.

Nous inaugurons alors une série de séances qui m'apparaîtront bien longues où Frédéric n'oscillera qu'entre pensées mystico-délirantes et plaintes sur son corps *irréremédiablement foutu*.

Mais ce qui domine essentiellement dans ces séances, c'est sa passivité, l'acceptation de son statut de malade, l'acceptation de l'idée qu'il a de lui-même, qu'il est endommagé, c'est-à-dire en fait, l'abandon du désir de posséder une sexualité adulte ou les craintes de laisser derrière lui la sexualité infantile.

Il attend que je lui parle, il accepte mes propres associations, il abandonne toute idée de travail, toute idée de formation professionnelle. Il me dit qu'il ne sort que pour me voir, qu'il se complaît à rester chez lui à dormir, ou à s'occuper de la maison de sa mère, lui préparant à manger, «comme une femme au foyer, par exemple», c'est-à-dire qu'il y a dans ce vécu régressif, à la fois une illustration de son lien à sa mère (parent incestueux) et en même temps une attaque à ce lien (il occupe une place qu'elle devrait occuper), mais en même temps, une relation passive à un adulte du même sexe (moi, en tant que thérapeute) (il mettra en échec dans le même temps une relation avec un éducateur qui le poussait à des positions plus actives, et sa participation à un groupe dans un lieu de jour où il était sollicité aussi dans des positions plus actives).

Revenons maintenant à ce que nous dit Moses Laufer à propos de la *pathologie à l'adolescence*, c'est d'abord la cassure dans le processus de développement et non telles ou telles manifestations repérables dans la pathologie adulte, ce qui veut dire qu'il est important d'évaluer jusqu'où les positions de retrait de tel ou tel adolescent perturbé l'ont conduit à une relation déformée avec lui-même en tant qu'être sexuel et à rejeter un corps sexuellement mature.

«Au cours de l'adolescence, lorsque le corps de l'individu devient physiquement sexué, il se peut

que, pour lui, la seule façon de conserver sa défense d'être soit homme, soit femme, soit une cassure du monde extérieur. Ses projections peuvent n'être que le seul moyen qu'il ait à sa disposition de pouvoir conserver l'illusion d'être autre qu'il n'est et peut engendrer un tableau diagnostique d'une personne dont le lien à la réalité a été complètement rompu, qui s'est leurré et qui court le risque de tuer ce corps qu'il croit persécuteur.» (Laufer, 1984).

Il y a, à l'évidence, dans ses manifestations, des équivalents psychotiques mais en même temps, il existe des adolescents qui conservent la capacité de vivre leur signification dans le traitement — à travers le transfert¹ — et qui finissent par abandonner au moins une partie de cette distorsion. Ce serait une erreur que de considérer ces adolescents comme *n'étant que psychotiques*.

Toutefois, il y a aussi des adolescents dont la cassure avec la réalité a été si violente à l'époque de la résolution oedipienne, que leur adolescence ne leur donne aucune occasion de mettre en doute leurs solutions originales. Il y a là une forclusion du processus de développement, situation au cours de laquelle aucun événement ou vécu extérieur ne peut se combiner avec une réalité interne, parce que celle-ci est déjà formulée. Ceci implique au niveau du soin que la possibilité de réversibilité de la pathologie ne puisse être mobilisée que par le transfert, en tant qu'il pourrait permettre à l'adolescent de revivre l'histoire et le sens de sa première cassure d'avec la réalité. L'adolescence devient alors une exagération d'une pathologie fixée dans laquelle il n'y a plus aucun lien avec la réalité (ceci implique alors un autre dispositif de soin).

Je voudrais dire toute l'importance qu'il y a à évaluer, et de ce fait, à disposer d'instruments de soins suffisamment souples et variés pour prendre le temps de l'évaluation; ceci étant peut-être très spécifique de l'adolescence en tant qu'elle est une période de remaniement, de transformation.

... Mais au fond, avant de proposer un soin à un adolescent et cette proposition peut venir assez longtemps après notre première rencontre, il faudrait essayer de comprendre, encore une fois si la résolution oedipienne a été forclosée ou pas, et donc d'essayer d'estimer comment s'est passée pour le sujet à la petite enfance, son accession à la réalité, quelle violence et quelle rupture cela a occasionné

d'émerger de la complémentarité première mère / enfant.

... et ceci, y compris pour des sujets arrivant à l'adolescence, catégorisés comme des psychoses infantiles et qui, de ce fait, ont été précocement institutionnalisés.

Les enjeux du soin

Ne sont-ils pas les conditions qui vont permettre à l'adolescent de rentrer en contact avec le sens de sa cassure, pourquoi a-t-elle dû survenir à l'adolescence, quel sens a-t-elle pour sa vie actuelle, c'est-à-dire comment va-t-il prendre en charge sa vie actuelle et passée?

Mais tout de suite, nous nous heurtons à une difficulté majeure que connaissent bien les thérapeutes d'adolescents, c'est que la plupart des facteurs qui forment le *processus de l'adolescence* apparaissent comme des obstacles à tout traitement (les rencontres entre nous abondent de récits, des difficultés et des échecs de traitements d'adolescents).

Le seul facteur vraiment important pour le traitement est l'angoisse du patient, c'est-à-dire comment la considérer, la prendre en compte comme ayant valeur de réajustement pour l'adolescent. Alors que pour un patient adulte, il est parfois possible de lier les troubles qu'il présente avec la manière dont il a trouvé une solution aux situations importantes de sa vie, d'habitude cela ne peut se faire dans le cas de l'adolescent, car il est encore trop impliqué dans ses efforts pour se détacher des objets primaires, pour répondre aux exigences externes de ses congénères et pour trouver un équilibre entre les exigences du surmoi et du moi. Et l'angoisse prend place là, dans le fait qu'il est encore très seul dans le combat qu'il mène pour atteindre la maturité adulte.

Revenons à Frédéric. Nous l'avions laissé à cette association que je faisais, à propos de tête et corps séparés, sur ses parents qui ne s'entendaient pas, situation traumatisante, certes, sur laquelle il ne reviendra qu'à la fin de notre rencontre, mettant à jour d'ailleurs une culpabilité énorme. En effet, dans sa reconstruction, il datera alors les premières manifestations de conjugopathie de ses parents, au moment où il était hospitalisé, loin d'eux, pour un début de tuberculose et où son frère cadet naissait.

C'est dire que pendant qu'il n'était pas là, alors qu'il allait avoir 5 ans, ses parents commençaient à se séparer et quand il revenait, il découvrait l'existence d'un petit frère, contre lequel il allait d'ailleurs dissimuler une très grande agressivité par une importante sollicitude, y compris pendant la période des soins.

De quoi va-t-il parler alors? Des sources d'angoisse. D'une part, le vécu douloureux de son corps d'ancien sportif, d'autre part les pensées douloureuses que lui procurent les idées mystiques et délirantes.

Et chacun des deux tableaux trouvant des manifestations dans la réalité externe dont il commence à parler. Je veux dire par là qu'il attribue toutes les tentatives avortées de travail depuis qu'il a 16 ans, et pendant les premiers six mois du traitement, à une trop grande fatigabilité physique, à un engourdissement corporel vécu comme autant de blessures narcissiques successives, mais blessures réelles aussi, puisqu'il se fait souvent mal!

C'est en remontant la chaîne des blessures corporelles que nous commencerons à pouvoir parler du début de l'effondrement vers 15 ans. Effondrement sportif, effondrement scolaire, effondrement de l'idéal du moi et de son estime de lui-même. Effondrement de ce qu'il prêtait à son père de désir à son égard («c'est mon père qui voulait que je devienne un grand sportif et que je travaille bien à l'école, mais il n'était pas là; s'il avait été là, il aurait pu me forcer» [sic]). Et c'est là que je commençai à entrevoir quelque chose de très contradictoire chez ce garçon. Nous savons que l'idéal du moi peut être pris dans un conflit et peut alors devenir un obstacle et non une aide pour le moi qui cherche à atteindre une liberté interne plus grande et un fonctionnement adulte mature. Ce conflit peut aller jusqu'à provoquer des régressions du moi.

L'idéalisation de soi propre à l'enfance est alimentée par le sentiment de toute puissance infantile, en particulier grâce à la position bi-sexuelle qui, chez l'enfant, n'est pas trop conflictuelle et permet toute sorte de compromis: la transformation pubertaire représente une atteinte majeure à ce sentiment de toute puissance infantile. Mais cette toute puissance chez Frédéric, avait des consonances curieuses quand il avait des souvenirs confus d'avoir battu, giflé, griffé son père qui se laissait faire et des souvenirs très heureux quand il s'était retrouvé, du fait

de la séparation de ses parents, comme l'homme à la maison pour sa mère, décrivant son père «comme un homme qui n'avait jamais essayé de la retenir (sa mère), les retenir (lui et sa mère), un homme passif qui a manqué de courage».

Or, l'identification au père, mais surtout l'intériorisation de l'image paternelle au sein de l'idéal du moi, peut prendre le relais de la soumission homosexuelle passive au père, directement issu du conflit oedipien inversé, résultant du *déplacement de l'agressivité dirigée contre le père sur d'autres domaines* (ce qui permet en particulier l'acquisition des connaissances, le sport, etc...).

La caractéristique de l'adolescence est de remettre en cause les gratifications et les ressources narcissiques de l'enfance, en particulier toutes celles qui proviennent des parents et/ou des images parentales. Pour retrouver l'équilibre narcissique temporairement perdu, l'idéal du moi a quelques tâches à accomplir: trois, principalement, selon Lauffer:

- aider à modifier les relations internes avec les objets primaires,
- aider à contrôler la régression du moi,
- et favoriser l'adaptation sociale.

C'est ce dernier point qui me paraît important pour Frédéric. La caractéristique de l'idéal du moi est de se servir de l'extérieur, du groupe des pairs (de copains), comme relais d'identification et de gratification narcissique, mais avec la possibilité majeure de conflit intra-psychique. En effet, si l'idéal oedipien n'est pas conformé à ce qu'attendent les congénères, le Moi est mis en demeure de choisir entre le parent oedipien et les congénères. L'adolescent peut alors résoudre le conflit en élaborant ce que Lauffer appelle un pseudo idéal du moi, sorte de conformisme adaptatif de surface, soit au groupe des pairs, soit aux exigences parentales, mais qui laissent intact les liens aux objets oedipiens infantiles.

Tout craque pour Frédéric à l'entrée en seconde. Il va parler de cette peur qu'il a commencé à ressentir dans son activité sportive. Peur des autres, peur de lui-même. Il est plusieurs fois blessé et, de ce fait, il désinvestit cette passion alors que dans le même temps, il n'est plus titulaire de son poste dans l'équipe de foot...

Simultanément, il décrit un flottement scolaire. Poursuivre un enseignement long ne lui paraît plus

nécessaire et il inaugure alors une série de formations pré-professionnelles (électricité, préparation aux métiers sanitaires et sociaux — initiation aux techniques bancaires) qu'il va abandonner successivement.

Il connaît une déception amoureuse ; une fille le quitte au moment où sa grand-mère paternelle, qui l'avait eu en garde quand il était petit, décède. Il me dit en avoir été très affecté.

Mes blessures, ajoute-t-il, c'était un peu comme des petites tentatives de suicide... Le corps redevenant en quelque sorte, dans cet aveu, l'objet psychique dont parle Philippe Jeammet.

Il me dit qu'il va de plus en plus s'isoler en lui-même et en même temps, «s'acopiner» avec des bandes, une à Lyon, une à Toulon. Bandes de garçons qu'il décrit comme plus ou moins marginales, avec lesquels «il communique intellectuellement par la musique et la drogue» (il apprend la guitare).

Mais qu'est-ce qui m'intéresse alors dans le soin à Frédéric ? C'est que toutes les situations de groupe sont décrites en termes de rapprochés homosexuels, avec, en plus, des récits de visions ou d'hallucinations de type :

«Je sentais comme quelque chose de chaud, dans mon dos, les sourires et les regards des autres étaient bizarres, comme des flammes.»

«Le monde de la musique est fascinant et dangereux» et quand je lui demande ce qu'il y a de dangereux, il dit : «il y a beaucoup de pédés». «Quand quelqu'un (un garçon) me met le bras sur l'épaule, le bras est pesant et l'épaule c'est le dos», «on a le bras dans le dos.»

Jusqu'à ces récits de vision où il est en compagnie de son père dans ces groupes de copains : «Mon père, dit-il, a toujours son bras sur mon épaule, mais son bras est mou.»

Ce qui est surprenant, c'est que ces évocations viennent dans le déroulé des séances, à un moment où il est plutôt bien, gai, agréable, enjoué, où il se remet à faire des projets comme partir en Amérique du Nord pour rejoindre un oncle paternel qui fait de la musique. Partir aux USA, chez «les grands enfants» dit-il, et il ajoute : «comme mon père qui est un grand enfant et je lui ressemble beaucoup».

Il m'apparaît à ce moment-là que la soumission homosexuelle passive au père est surdéterminée par la construction qu'il s'est forgé de son père, les représentations qu'il s'en fait : un être faible, pas-

sif, très lié à sa propre mère, la grand-mère paternelle de Frédéric.

Ce qui veut dire que, dans le même temps où il met en échec ce qu'il attribuait à son père de désirs à son égard (sports, études), et ce, sans doute au prix d'un déplacement de son agressivité contre le père, il le fait parce qu'entre autre, il ne perçoit pas suffisamment de possibilité d'identification masculine, ce qu'il renforce en se liant à des groupes qui le menacent fantasmatiquement ou réellement d'ailleurs dans sa quête de réalisation masculine.

Le rapproché incestueux avec la mère, maintenant possible, se fait, entre autre, sur le registre de la communion mystique et ces pensées-là font souffrir.

Deux traumatismes authentiques s'y mêlent. *Le décès* de la grand-mère paternelle, substitut maternel pendant la petite enfance, qui fragilise sans doute encore plus le père. *L'échec* de ses premières relations amoureuses, le jetant brutalement dans un gouffre vide d'où surgit la haine de l'objet.

Les pensées haineuses étant trop monstrueuses, il va au-delà du mysticisme maternel, conjugant à la fois le délire mystique et l'usage de la drogue, pour se protéger du danger de la fusion, mais au prix de conduites auto-destructrices et de vécus corporels éclatés. C'est dire combien, pour Frédéric, m'apparaît difficile le nécessaire processus de séparation / individualisation, les mouvements régressifs et contre-régressifs même, ne servant qu'à alimenter le risque de la fusion.

Les entretiens psychothérapeutiques que j'ai avec lui permettront peu à peu de mettre à jour les éléments de cette problématique ; mais dans le même temps où je sentais se nouer l'alliance thérapeutique entre lui et moi, pour, comme il le disait si bien, «remettre les deux pieds dans la société», je percevais que son engagement dans le soin représentait vaguement une menace à l'égard des parents, dans la mesure où il ressentait une démission et un abandon de leur part.

Il faut pouvoir, je crois, dans le soin psychothérapeutique aux adolescents, évaluer à quel moment nous devrions être momentanément plus actif, en veillant à ne pas augmenter la susceptibilité du patient à une blessure narcissique, ni fournir de satisfactions qui encourageraient de trop la sexualisation de la situation thérapeutique. Je voudrais donner deux exemples de ce que je viens de dire.

1. Un appel anxieux de la mère me permet de solliciter pour la première fois son intervention. Un long entretien de celle-ci avec le médecin consultant² et prescripteur m'évite d'intervenir directement et en même temps donne l'occasion à la mère de réagir positivement dans la situation pressentie.

(Quand Frédéric se remit à travailler, il se mit dans l'idée — et la réalisa — de donner toute sa paie à sa mère (qui travaillait par ailleurs) pour «la nourrir, elle et son frère». Nous pûmes envisager avec elle qu'elle lui redonne cette somme sous la forme d'une guitare, instrument sur lequel il s'appuiera pour se reforger un idéal).

2. Au plus fort de l'entreprise de démolition de son père (idéalisation inversée), j'ai pu le solliciter discrètement pour qu'il aille le rencontrer. Il se ralliera finalement à cette idée, sur la fin de nos rencontres, et viendra me dire combien ils avaient changé tous les deux, et me parlera de la tristesse qu'il avait éprouvée à le quitter, sentiment bien authentique qui donnait un autre sens aux désarrois qu'il avait pu vivre en se pensant abandonné et en agissant inconsciemment dans la violence de ce rejet.

À ce moment de nos rencontres, il commença à exprimer le désir d'espacer la périodicité des séances. Il commençait d'ailleurs depuis quelque temps à reprendre pied dans des rencontres plus authentiques à l'extérieur, et semblait tirer bénéfice des quelques associations que nous avions pu faire sur l'effondrement qu'il avait vécu. En fait, il recommençait à vivre comme un jeune homme de 20 ans... Cela soulève le problème plus général de l'expérience du temps et de la place des expériences réelles à l'adolescence. Si la vie de l'adolescent dans la période propre à son adolescence se limite aux soins, ne risque-t-il pas de se sentir «coincé» et de ne pouvoir récupérer la maîtrise de la situation que par les passages à l'acte, les répétitions d'échec ou les conduites suicidaires.

Nous avons pu convenir d'un terme «provisoire» à ces entretiens, terme qu'il anticipera légèrement pour disparaître un jour, sans laisser apparemment de traces. Il reviendra me voir près de trois ans après, à la fois pour me raconter ce qu'il était devenu, et pour «rendre visite à quelqu'un qui l'avait beaucoup aidé», selon ses propres mots.

Je relus alors mes notes d'entretien ; j'y retrouvais l'image sportive qu'il employa dans une des dernières séances pour parler de sa maladie : «j'étais comme un lanceur de poids qui ne pouvait changer la trajectoire...».

J'imaginai la ligne qui relierait le poids à son lanceur. En même temps qu'elle lui échappe, il en est l'origine et c'est bien l'énergie qu'il propulse, lui, le lanceur, qui conduit le poids à ce point précis où il tombe et entame le sol. Changer la trajectoire, dans son vol, est bien dans le fantasme de la toute-puissance.

Le lanceur, tout simplement, va chercher son poids, revient dans le cercle, réfléchit à son premier jet et relance à nouveau...

Conclusion : la potentialité psychotique comme déliaison possible

En conclusion, je pourrais dire que l'expérience clinique nous permet de supposer que c'est bien la rencontre avec ce temps d'émergence de l'enfance dans une identité nouvelle et le bouleversement pulsionnel (narcissique et objectal) qui l'accompagne, qui contraint le sujet à s'effondrer dans ces issues possibles que sont le délire ou la psychose.

Pierra Aulagnier nous dit, à propos des *conditions nécessaires d'entrée dans la psychose* :

«que si c'est à cet âge que se trouvent ainsi radicalement remises en cause la place et l'identité même du sujet, alors qu'il lui faut lui-même désormais se situer comme homme ou femme en devenir, c'est aussi et peut-être d'abord le statut même de la réalité qui s'en trouve subverti dans la *confusion entre le dedans et le dehors*.

Confusion où se télescopent :

- d'une part celle (la confusion) liée au caractère même de l'excitation sexuelle inhérente à la puberté, et séductrice de l'objet (inceste) ;
- et d'autre part, celle (la confusion) due à la reviviscence, de par la prééminence des investissements narcissiques, de l'adolescence sur ceux, objectaux, de ce qui s'est joué dans le premier vécu, dans le registre du narcissisme primaire, dans l'*indistinction sujet / objet*» (cité dans Cahn, 1985).

À cet égard, on peut se demander s'il n'y a pas, chez tout sujet de sexe masculin, le sentiment d'union originnaire avec la mère, et donc, en cas de

régression, aux niveaux les plus archaïques, l'apparition d'angoisse massive à l'égard de l'homosexualité, ainsi inéluctablement ravivée (chez la fille, peut-être, cette tendance à ne faire qu'un avec la mère ne menaçant pas directement l'identité sexuelle).

Une des questions de Frédéric, sur la fin de nos rencontres : «Suis-je bien comme tous ces fils, qui aiment leur mère plus que tout?» indique que puisque la question se pose, l'indistinction n'existe pas vraiment. Quand elle existe, elle n'a même pas besoin d'être formulée, elle apparaît en quelque sorte comme «comprise dans la définition» (en tout cas, c'est ce que j'ai pu me représenter de la problématique de Frédéric).

Ce que je veux dire, c'est que puisque la question m'est posée, c'est aussi parce qu'il m'identifie à un autre, susceptible d'apporter une réponse, une résolution qu'en fait je n'ai même pas besoin de formuler quoi que ce soit qui ressemble à une réponse. Cela indique en tout cas que, si la régression a été «à portée de main» du Moi, en tout cas il y avait des conditions de réversibilité. Le sentiment de continuité était-il vraiment menacé, même si, nous avons pu le voir, il y avait par ailleurs une continuité de l'angoisse du fait de l'incapacité qu'il ressentait qu'il avait en lui-même le moyen de se restaurer. Seule, la pensée toute puissante de défaire la trajectoire du poids lui apparaissait comme possible.

De telles expériences peuvent-elles être qualifiées de psychotiques? C'est-à-dire cette incapacité à organiser, au moment de l'adolescence, face à différents télescopes traumatiques, des défenses qui remettent en cause le fonctionnement même de la réalité interne et ses rapports avec la réalité externe, peut-elle être réduite à de la psychose?

Racamier introduit le concept de potentialité psychotique comme pouvant représenter un des modes de déliaisons qui, à cet âge, sont multiples.

Je reviens à la question de Frédéric. Le questionnement tel qu'il est posé est rempli de représentations symboliques, en tout cas différenciées, qui indiquent la cruauté de la résolution oedipienne, c'est dire qu'il y a une possibilité de réintégrer une telle expérience dans le registre d'une signification, d'une histoire, rétablissant le sujet dans l'identité qui retrouverait un sens partageable avec autrui.

Autre chose est d'évaluer si cette expérience aura été réellement structurante ou si elle demeurera précaire.

Les paroles de Frédéric, au début de ses entretiens avec moi, qualifiaient son épisode psychotique et l'hospitalisation en service d'urgence sur un mode régressif de renaissance ou d'une voie tracée vers une nouvelle vie pouvant faire penser à «une régression de type initiatique mort-renaissance, empruntant des positions de retrait au tableau psychotique, mais aussi avec des bouffées délirantes aiguës. Cette initiation pouvant avoir valeur de nouvelle intégration psychique.» (Cahn, 1985).

Dans d'autres cas, la potentialité psychotique s'imbriquera dans les changements corporels et fera vaciller les identifications.

L'Oedipe sera marqué de la proximité de l'inceste et du parricide en même temps que de l'impossibilité du deuil d'avec l'objet; et se confondra alors l'origine interne ou externe de la menace.

Il ne restera plus guère de place pour tenter de négocier tout cela, dans la *position dépressive* où demeure maintenue la différenciation sujet / objet.

Notes

1. *Transfert* comme enjeu du soin, c'est-à-dire la possibilité pour tout thérapeute ou soignant de devenir pour l'adolescent perturbé, cet objet extérieur qui restaure à la fois image parentale idéale et objet nouveau différents des parents.
2. Docteur Claude Alombert dont la présence judicieuse du côté de la prescription et de la mère m'a toujours été d'un précieux secours...

Références

- Cahn, R., 1985, Les déliaisons dangereuses : du risque psychotique à l'adolescence, *Topique*, 15, no 35-36, 185-205.
- Freud, S., 1981, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard, Paris.
- Jeamment, P., 1980, Réalité interne. Réalité externe. Importance et spécificité de la réarticulation à l'adolescence, *Revue française de psychanalyse*, no 3-4, 481-522.
- Jeamment, P., 1984, Expériences psychotiques et adolescence, *Revue Adolescence*, 2, no 1, 31-35.
- Kestemberg, E., 1962, Identité et identification chez les adolescents, *Psychiatrie de l'enfant*, V, 441-522.
- Laufer, M., 1979, *Troubles psychiques chez les adolescents*, Le Centurion, Paris.

- Laufer, M., 1984, Formation et configuration du complexe d'Oedipe : observations cliniques et hypothèses, *Psychiatrie de l'enfant*, XXVII, no. 1, 49-68.
- Racamier, P.C., 1983, *Les schizophrènes*, Petite bibliothèque Payot, Paris.

SUMMARY

On the basis of a course of intensive psychotherapy with an adolescent, two to three sessions per week for a period of 15 months, the author attempts to differentiate the crisis from an evolutive pathology during the course of therapy. The author alternates clinical material with various theoretical notions to enable comprehension of the material.