

# La haine de l'infantile

## Expressions cliniques non névrotiques dans la pratique psychiatrique d'aujourd'hui\*

Vassilis Kapsambelis\*\*

Cela fait longtemps que nous ne pensons plus en termes de symptômes en psychiatrie, en dehors évidemment de notre parler quotidien. Le plus souvent, ce sont les mécanismes psychopathologiques (qu'ils soient issus des modèles psychanalytiques ou pas) voire, dans certains contextes, les hypothèses biologiques issues de l'expérience médicamenteuse, qui attirent l'attention de nos réflexions et de nos recherches. Il y a donc quelque chose qui ressemble à un défi dans l'idée initiale des organisateurs de ces journées scientifiques de demander un rapport autour de l'idée : « nouveaux symptômes dans la relation thérapeutique ». Un défi double : le premier est le fait même de parler et de réfléchir en termes de symptômes ; le second est l'hypothèse implicite qu'il existerait de symptômes *nouveaux*. Ceci revient à supposer que notre sémiologie, établie depuis plus d'un siècle, serait susceptible de se modifier ou de s'enrichir, de connaître des évolutions et des transformations. Mais de quoi tiendraient-elles ces évolutions et ces transformations, si tant est qu'elles existent ? Il n'y a pas eu de mutation de l'espèce humaine, que l'on sache, ces dernières décennies, et si changement il y a dans la sémiologie de la rencontre psychiatrique, ce changement ne pourrait être que le reflet des changements dans les mentalités et les rapports à soi-même et au monde de nos congénères, ou plus précisément de l'homme de la civilisation occidentale ; changements incluant donc nos représentations des rapports interhumains (dont le rapport psychiatre – malade fait partie), tels que ceux-ci s'établissent à travers les spécificités des modes éducationnels, et donc du rapport à nos géniteurs, à la famille, et à notre passé infantile en général. En d'autres termes : parler de « nouveaux symptômes dans

---

\* Rapport aux journées nationales de l'Association Française de Psychiatrie, Paris, janvier 2003.

\*\* Psychiatre, praticien hospitalier. Chef de service à l'Association Santé Mentale dans le XIIIème arrondissement de Paris et psychanalyste, membre de la Société Psychanalytique de Paris. Centre Philippe Paumelle, 11 rue Albert Bayer, 75013 Paris, e-mail : Kapsambelis@wanadoo.fr.

la relation thérapeutique » c'est immanquablement essayer de repérer ce qui, dans la relation psychiatrique d'aujourd'hui renvoie, par-delà les catégories diagnostiques, à des modalités de pensée et de relation qui caractériseraient plus généralement l'environnement humain dans lequel nous avons été élevés, dans lequel nous évoluons et que nous partageons, indépendamment de tout éventuel développement psychopathologique.

Les texte d'aujourd'hui s'attachera donc à répondre à ce défi : y a-t-il une « nouvelle clinique » dans nos consultations publiques ou privées ? Et, si oui, doit-elle être rattachée à un cadre nosographique ou psychopathologique particulier, récent ou plus ancien, ou bien, quels que soient ses rapports avec cet éventuel cadre, est-elle le reflet d'une « façon d'être » plus générale de nos patients d'aujourd'hui, toutes pathologies confondues ?

\* \* \*

Une des premières caractéristiques du contact avec ces patients, et qui exprime le mieux au plan descriptif cette nouvelle clinique, est leur goût prononcé pour l'*actualité*, pour l'actuel. De ce point de vue, ils sont à l'opposé des patients schizophrènes. Avec ces derniers, il ne s'est jamais rien passé entre deux consultations ; c'est heureux que vous ayez eu le temps d'ouvrir votre courrier avant la consultation : cela vous a permis d'apprendre que, la semaine précédente, ils ont fait un bref passage à l'hôpital général le plus proche pour tentative de suicide. Rien de tel chez ces patients : les entretiens défilent dans des descriptions minutieuses des journées écoulées depuis le dernier rendez-vous : ce qu'ils ont fait, ceux qu'ils ont vu, ce qu'ils ont dit, les réponses qu'ils ont obtenues... On dit qu'ils remplissent les entretiens d'événementiel, de factuel, ce qui est vrai, on dit aussi qu'ils vivent leur relation thérapeutique comme un espace de comptes-rendus, à peu près sur le modèle de ce « coaching » qui fait fortune, semble-t-il, dans les milieux des cadres d'entreprise : aussi, tiennent-ils à ce que leur compte-rendu soit le plus complet et le plus objectif possible — d'ailleurs, l'« objectivité » est une véritable valeur chez eux (tout comme la « sincérité » ou la « transparence »), et ils sont surpris, voire blessés, lorsqu'on leur fait comprendre trop tôt, ou trop abruptement, que ce qui nous intéresse le plus, c'est la subjectivité.

De pair avec ce goût de l'actuel, on constatera un goût analogue pour le perceptif. Ces patients parlent avec prédilection de choses vues, entendues, touchées. Ils pensent aussi, bien sûr : mais souvent, ce qu'ils s'autorisent à

penser doit avoir la caution de ce qui a été effectivement vu et entendu, et doit en résulter, comme une déduction plus ou moins immédiate et, en tout cas, irréfutable. À les écouter, on a l'impression que leur fonctionnement mental se structure à l'image de nos futurs dossiers médicaux, après la récente loi sur l'information du malade : il y a la partie officielle, celle des faits (date des consultations, traitements prescrits, décisions prises). Et il y a les « notes personnelles » du médecin (du moins pour ceux qui auront encore le temps et le courage d'en rédiger), notes non destinées à être communiquées, n'ayant pas d'existence légale, et n'étant pas censées avoir influencé ou déterminé ce qui s'est passé et a été consigné dans la partie visible. En somme, on se rend compte, au fur et à mesure que les entretiens avancent, qu'on a du mal à accéder à leurs « notes personnelles », et on ne sait même pas s'ils en ont.

On voit ici aussi un fonctionnement qui, à certains égards, s'oppose à celui des schizophrènes : pour ces derniers, ce qui est vrai, existe ; pour ces patients, ce qui existe, est ce qui est seul vrai. Du reste, ils ont un jugement étonnamment sûr concernant ce qui existe : ils se souviennent précisément et mieux que vous de ce que vous avez dit, et ils rapportent avec une exemplaire fidélité les faits, les dates et les propos. Lorsqu'il leur arrive de faire de lapsus, ils ont des réactions assez remarquables : ils en rient rarement, ils sont surtout gênés et parfois honteux, assez souvent ils s'en excusent : selon une expression de Marie-Lise Roux, ils réagissent comme si ils avaient produit quelque bruit corporel inconvenant. Et surtout, ils le corrigent : un lapsus est avant tout une erreur, et en tant que telle elle doit être rectifiée. Si vous montrez trop d'intérêt pour cette anomalie insignifiante, vous risquez deux types de réaction chez eux. Soit, une sincère et innocente incompréhension : ils s'étonnent, vraiment, que des adultes, et qui plus est, des diplômés de l'enseignement scientifique supérieur (car ce sont aussi des patients qui pensent que les médecins sont des scientifiques), puissent s'attarder sur de telles broutilles. Soit, une réaction quasi persécutive, mais qui n'est pas de nature paranoïaque, et dont on essaiera plus loin de comprendre le mécanisme.

Quant aux choses senties, au sens de la sensation corporelle, la situation est plus complexe. Souvent, ils donnent l'impression de faire l'impasse sur les vécus du corps, aussi bien de douleur que de plaisir : ce n'est qu'incidemment que l'on apprendra qu'ils souffrent d'un problème médical récent ou plus ancien, entraînant douleur ou inconfort, c'est encore plus incidemment qu'ils évoqueront l'absence de plaisir sexuel. En même temps, ils évoqueront souvent une façon d'utiliser le corps qui donnera à première vue une impression de santé, avant de

nous interroger sur son caractère contraignant : évocation d'activités sportives liées à la notion de « se faire souffrir », ou de défis physiques plus ou moins liés à une notion d'épuisement, voire de danger. Et on reste interloqué par leur façon quelque peu « technocratique » de traiter les dérèglements de certaines grandes fonctions psycho-physiologiques, par exemple leur façon de consommer des somnifères pour « rétablir le sommeil » : comme si le problème était de nature purement quantitative, il pensent qu'il leur faut tant d'heures de sommeil par nuit, il s'agit de trouver le moyen le plus efficace pour les obtenir, et une fois obtenues, il n'y a rien à ajouter.

Tout ceci ne signifie pas que ces patients n'exposent pas de formations mentales proprement dites. Il y en a même une qui revient assez souvent dans leurs propos ; elle a trait à la notion de culpabilité, mais se présente le plus souvent dans une locution particulière, sous forme de verbe : « je culpabilise », « on me culpabilise », « je suis culpabilisé ». À première vue, la culpabilité semble plutôt étonnante dans leur bouche. Ils vivent dans un environnement plus dur et moins solidaire que celui de leurs aînés, il y a quelques décennies, ils savent (et le disent souvent) que personne ne leur fait de cadeaux — et il n'en font pas non plus : ils vous feront remarquer sans gêne que vous aviez l'air moins disponible ou plus distrait lors de telle séance, que vous avez regardé votre montre, que vous avez répondu au téléphone. Dans leurs récits de leur vie professionnelle ou sociale, ils nous étonnent parfois par leur dureté, voire même par l'amoralisme de certaines de leurs conduites. Pourtant, ils *ne se sentent pas coupables*, pas en tout cas pour ce qui parfois sollicite désagréablement notre contre-transfert ; en revanche, ils *culpabilisent* pour le moindre manquement aux objectifs qu'ils se sont fixés, ils culpabilisent lorsque telle remarque leur a donné le sentiment qu'ils n'étaient pas à la hauteur, ou encore lorsqu'ils ont eu une défaillance ou faiblesse. On dirait que, entre la faute et l'erreur, le poids de la souffrance pèse pour eux du côté de l'erreur : une faute est toujours pardonnable, et en tout cas insignifiante, si l'enjeu en valait la chandelle ; les buts justifient les moyens. Mais une erreur, c'est un manque d'excellence, une incapacité impardonnable pour des esprits qui doivent rester bien arrimés à l'objectivité de la réalité et n'ont pas droit aux errements.

Quel travail nous demandent-ils de faire avec eux ? Ils viennent, certes, exposer des problèmes psychologiques, des difficultés relationnelles ou autres, un mal-être persistant. Nous essayons donc d'engager une réflexion commune, ce qui nous paraît correspondre au minimum de notre raison sociale : mettre notre

activité mentale au service d'une autre, qui est supposée nous le demander du simple fait de sa présence dans notre bureau. On se heurte aussitôt à leur incompréhension : sont-ils chez nous pour qu'on les fasse réfléchir ? On réalise alors, non sans surprise, qu'ils ont tendance à engager avec nous une relation de type « expertal » : ils exposent une situation, ils attendent des réponses. En somme, *ils ne veulent pas qu'on les fasse penser, mais qu'on leur dise quoi penser*. D'où cette réaction de défense, voire d'hostilité, lorsqu'on montre notre intérêt pour un lapsus ou un acte manqué. Mais cette réaction n'est pas uniquement issue de ce malentendu par rapport à la demande initiale. Ils sont un peu dans la situation du malade qui va voir un médecin pour lui exposer son problème, mais qui trouve quelque peu obscène que le praticien lui demande de se déshabiller. Notre intérêt pour leur fonctionnement mental prend, pour eux, une allure d'intrusion déplacée, comme une menace d'emprise ou de viol.

En contre-point de ce fonctionnement apparaît un autre, très important mais difficile à saisir, car il s'exprime davantage en conduites et attitudes, qu'en mots et pensées, et semble être en rapport avec ce que nous appelons communément, dans notre vocabulaire, la séduction. Il s'agit de patients qui s'intéressent beaucoup à notre personne ; leurs talents perceptifs, et même des multiples actes manqués, sont mis au service de cet intérêt. Ainsi, ils remarquent votre veste, ils signalent votre nouvelle cravate, ils commentent votre éventuel amour des plantes vertes. Après les vacances, ils demanderont si vous êtes parti à la mer. Dans votre bureau, ils seront les plus rapides à repérer une photo d'enfants ou de famille. Dans la salle d'attente, ils discuteront avec d'autres patients, et vous apprendrez incidemment qu'ils ont fini par glaner quelque information sur vous, précieusement conservée. Si leur appel téléphonique bascule à votre domicile, ils commenteront la voix qui leur a répondu : votre conjoint ? la femme qui garde les enfants ? la femme de ménage ? Si vous consultez chez vous, ils ne manqueront pas de faire un petit détour par les toilettes, ou plus banalement de vous demander un verre d'eau. Ils se tromperont souvent d'heure ou de jour de séance, ainsi auront-ils l'occasion d'apercevoir vos autres patients, voire vos proches... Très discrètement, mais avec constance, *ils veulent voir* : ils veulent jeter un petit coup d'œil dans votre intimité. Il arrive qu'on en soit agacés, et de ce fait on les prend, par vitesse acquise, pour des hystériques : ils chercheraient à nous séduire. C'est inexact : *ils cherchent plutôt à être séduits par nous*, nous pousser par exemple à une confiance, à une indiscretion nous concernant ; faire un peu partie de la famille, en quelque sorte, partager avec nous un domaine privé auquel ils n'ont pas normalement droit, qui les attire irrésistiblement (qui

les *séduit*), bien qu'ils connaissent, encore mieux que nous, les effets destructeurs que pourrait avoir sur eux sa plus innocente réalisation.

Enfin, et pour clore la description sémeiologique de ce type de fonctionnement mental, il convient d'être attentif non seulement à la positivité de sa clinique, mais aussi et surtout à sa négativité. En d'autres termes : nous devons rester attentifs, non seulement à ce que ces patients *font* à travers ce type de relation thérapeutique, mais aussi à ce que, *ce faisant, ne font pas*, ou encore à ce que, ce faisant, font par ailleurs silencieusement, sans avoir l'air de le faire, et sans même en avoir la moindre intentionnalité ou conscience. Ce qu'ils ne font pas : avant tout, *se taire*. La rencontre avec un psychiatre n'est pas une interview télévisée, qui ne supporte pas les temps morts, et on ne peut pas dire non plus qu'on n'a rien fait, ou qu'on a perdu son temps, parce qu'on est resté silencieux la plupart du temps. Pourtant, c'est bien ce sentiment que donnent ces patients : il *faut* parler, et lorsque les paroles en viennent à manquer, il faut qu'on leur parle. C'est du reste ce qu'on finit par faire, car on est saisi par la détresse de la solitude qui se dégage dans leur silence — ou, ce qui revient au même, par notre impression que *nous* cessons d'exister dans *leur* silence. On soupçonne alors le lien entre leur surinvestissement perceptif et le sentiment d'existence, de soi-même ou d'autrui : chez eux, exister semble être synonyme de percevoir, ce qui laisse penser que leur conception de l'absence est dangereusement proche du gouffre de l'inexistence.

\* \* \*

Il n'est pas difficile de déduire le type de pathologie que peuvent développer ces fonctionnements mentaux lorsqu'il leur arrive de « décompenser », et il est aisé d'y reconnaître la clinique de ce que l'on appelle les états-limites. Comment ne pas développer des conduites de collage et de dépendance à autrui, qui peuvent aller jusqu'au harcèlement, ou jusqu'au vécu du vide et à l'effondrement suicidaire, lorsque ce qui existe est uniquement ce qui est perçu, au sens de l'activité perceptive (voir, entendre, toucher) ? Et comment éviter que cette dépendance ne glisse vers les différentes formes d'addiction, étant donné que l'addiction constitue, après tout, une des rares situations dans la vie, capables de nous procurer la certitude que l'objet de notre désir sera toujours disponible et à portée de la main ? Comment ne pas devenir mythomane s'il n'y a aucun espace possible entre la sincérité et le mensonge, aucune aire réservée à cette illusion qui fait que les choses puissent être « vraies, mais pas tout à fait » ou « fausses, et pourtant », aucune ouverture autorisée vers ce que le lapsus, par exemple,

nous révèle : une vérité qui ne s'accompagne pas forcément d'une existence, c'est-à-dire d'une réalité dans le monde appréhendé par le système perception - conscience ?

Mais le propos de ce texte — je m'en suis expliqué en introduction — n'est pas d'explorer les fonctionnements mentaux qui débouchent, lors de leurs moments critiques, sur la clinique des états-limite. Le propos est de décrire certaines grandes lignes de fonctionnement mental, certes pas absolument homogènes, mais en tout cas en progression au cours de ces deux ou trois dernières décennies au point de caractériser une attitude plus générale de nos patients d'aujourd'hui. Il s'agit donc de s'interroger dans quelle mesure ce type de fonctionnement mental, dont on essaie de définir la sémiologie, tend à acquérir une certaine généralisation et à se présenter comme une caractéristique des patients que nous rencontrons depuis quelques années, indépendamment de leurs modalités de décompensation qui, elles, peuvent effectivement s'apparenter à la clinique des états-limite, mais peuvent aussi éventuellement emprunter des voies plus traditionnelles, par exemple de type dépressif, névrotique, ou même délirant.

Si l'on cherche à repérer les éléments les plus fondamentaux de cette nouvelle attitude psychique, et des valeurs qu'éventuellement elle véhicule dans le monde occidental, deux notions apparaissent en position unanimement partagée : l'importance de la fonction de perception (et de la maîtrise qui lui est afférente), et la valeur ajoutée à toute fonction d'indépendance et d'autonomie. On voit ainsi se profiler ce qui caractérise de façon plus générale les fonctionnements mentaux dont il est question ici : une *profonde méfiance à l'égard de la régression*, qui s'applique à la totalité des différents aspects de cette « façon d'être » psychique. Refus du retour narratif au passé, ce qu'exprime l'accrochage méticuleux à l'actuel et à l'événementiel. Mais aussi, refus de faire basculer le fonctionnement mental du côté de la représentation mentale (de la pensée et de la rêverie imagée), refus garanti par le surinvestissement du pôle perceptif, pour autant que « percevoir » s'oppose à « imaginer ». Et enfin, refus de l'abandon avec plaisir dans un fonctionnement mental d'une autre époque, celui précisément que révèlent les lapsus, les rêves, le jeu de l'enfant. Or, si l'abandon aux processus primaires comporte en définitive plus de plaisir que d'angoisse, c'est parce qu'il s'associe à un autre abandon, inacceptable dans leur cas : l'abandon confiant dans les bras d'un adulte (en l'occurrence d'un médecin), dont la bienveillance autorise, en principe, cette réactivation de l'infantile en nous, sans crainte de la dépendance qui s'instaure de cette façon, et

même plutôt en en faisant une source de plaisir.

On pourrait rapprocher cette modalité de fonctionnement mental à celle des patients que Joyce McDougall a décrit sous l'appellation des « anti-analysants », ou encore à celle qu'évoque André Green dans ses développements sur la folie privée. Et c'est vrai. Mais ce qui est frappant dans la fréquentation de ces fonctionnements, outre qu'ils ne sont pas forcément le fait de patients états-limite confirmés, mais apparaissent de façon sporadique chez un grand nombre de patients d'aujourd'hui, est le sentiment d'une certaine *hostilité* qui se dégage d'eux lorsqu'il s'agit de laisser libre cours en eux à leur part infantile. Par exemple, s'il est exact qu'ils parlent peu, spontanément, de leur enfance, il est intéressant de constater que, lorsqu'ils le font, c'est pour exposer des souvenirs désagréables, tristes ou humiliants, souvent marqués par le sentiment d'absence de relation, d'incompréhension, d'indifférence ou de solitude, plus rarement (mais avec une certaine fréquence malgré tout) pour décrire des mauvais traitements ou de privations psychologiques ou affectives. De même, s'ils se montrent réticents à produire un certain travail associatif sur leurs rêves, ce n'est pas tellement parce que l'activité onirique leur fait défaut, mais parce qu'ils montrent une certaine méfiance par rapport à quelque chose de « pas réel » qu'ils risquent encore de prendre pour « vrai » : il y a chez eux comme une précaution à « ne pas se faire avoir », à ne pas se soumettre (à nouveau ?) à la désillusion d'une attente déçue, comme s'ils avaient érigé en modalité de vie psychique l'expression : « faut pas rêver ». Et enfin, si se soumettre au travail thérapeutique tel que nous l'entendons est toujours une épreuve pour eux, ce n'est pas (ou pas uniquement) du fait du caractère massif de leurs opérations de refoulement, ou de la rigueur de leurs clivages ; c'est surtout parce que ce travail implique une *confiance* qui ne leur est pas naturelle : par exemple, se montrer faible, ou « pas à la hauteur », ou ignorant, ou habité de désirs qu'on connaît irréalisables, pourrait, au mieux, entraîner un jugement péjoratif de la part d'autrui, au pire, lui donner prise aux manipulations les plus incontrôlables.

Il y a donc, dans le fonctionnement mental que nous décrivons ici, une sorte de *rejet actif* de ce qui évoque, en eux, l'enfant (aussi bien l'enfant qu'ils ont été que l'infantile en général), et même une véritable *haine* : haine pour ce qu'a été leur enfance, dans le récit qu'ils en font, haine de son souvenir ; mais aussi haine pour les modalités de fonctionnement corrélatifs au psychisme de l'enfance (la liberté de pensée, le jeu des associations, le plaisir de l'imagination) ; et enfin hostilité honteuse pour tout ce qui, dans les relations actuelles, pourrait évoquer



et faire revivre, de près ou de loin, des modalités relationnelles de leur passé infantile. Une *haine de l'infantile* donc, *et* en tant que souvenir, *et* en tant que fonctionnement, *et* (et surtout) en tant que probable survivance ou réviviscence dans le présent, une survivance ou réviviscence qui semble être pour eux synonyme de menace.

Il me semble que cette façon de négocier son passé et les modalités de fonctionnement mental qui se rapportent à lui se différencie aussi bien des problématiques névrotiques que de celles psychotiques. Des problématiques névrotiques, sûrement : il y a nostalgie, regrets, inassouvissement, rancunes, renoncement ou au contraire, absence de renoncement, dans le rapport des névrosés avec leur enfance, et plus particulièrement avec leur part infantile : c'est le règne du « je sais bien, mais quand même », du « si j'avais su », du « encore un peu, s'il te plaît », du « oui et non à la fois ». Mais, quels que soient les sentiments rapportés concernant le passé, quel que soit le récit que les patients névrotiques en font, et quelle que soit leur conviction (qui est variable) que ce récit correspond à la « vraie réalité », *il y a de l'infantile dans leur fonctionnement lui-même.*

On ne rencontre pas non plus, à strictement parler, une haine de l'infantile dans les problématiques psychotiques : délirer implique un gigantesque travail de transmutation des personnages de notre passé infantile sous les allures monstrueuses d'un conte de fées maléfique et le plus souvent sous l'égide de la haine — mais, ce faisant, l'infantile lui-même est sans cesse revisité, quitte à être défiguré. Dans les fonctionnements psychotiques, ce n'est pas l'infantile qui est haï, ce sont les personnages auxquels cet infantile a donné naissance dans leur univers psychique, et de ce fait, c'est un infantile sans cesse présent dans l'actualité du commerce objectal, par exemple dans les modalités régressives du rapport avec autrui, ou dans la récurrence et la persistance de certains mécanismes en rapport avec les processus primaires.

Dans les fonctionnements qui nous intéressent ici, c'est l'infantile lui-même, en tant que réalité vivante mais non perceptive à l'intérieur de chacun d'entre nous, en tant que source de nos désirs, de nos motivations, *de notre plaisir de fonctionnement mental*, qui est récusé et vigoureusement clivé ou attaqué. On pourrait dire, dans une formulation quelque peu réductrice que, si la névrose connaît sa part infantile et en jouit pour son bonheur et pour son malheur, et si la psychose la méconnaît pour mieux la mettre en acte avec les objets de son entourage, le fonctionnement mental décrit ici n'occupe pas une position

intermédiaire, mais réalise une situation originale : il connaît sa part infantile aussi bien que la névrose, mais la combat activement, la répudie, tente par tous les moyens de lui imposer le silence. Ainsi est mise en place une véritable « organisation contra-névrotique » qui en réalité s'oppose aussi bien aux névroses qu'aux psychoses (ces vieilles maladies d'un siècle passé) : si le névrotique est pris dans les filets de la réalisation impossible de ses désirs d'enfant, et si le psychotique exprime d'une certaine façon une aspiration à rester toujours enfant (doublée d'une vision terrifiante de l'enfance), ces patients expriment, au contraire, le fantasme de n'avoir jamais été enfants, d'*être nés adultes*.

\* \* \*

Il peut paraître paradoxal d'évoquer une « haine de l'infantile » dans un univers culturel qui est sans doute l'un des plus attentifs à l'égard de l'enfance que l'humanité ait jamais connu. Comment comprendre cette contradiction entre une société où l'enfant n'a jamais été aussi protégé, et même valorisé, et un fonctionnement mental, caractéristique de cette même société, qui attaque systématiquement tout ce qui peut évoquer l'infantile en lui ? Il existe plusieurs pistes de réflexion.

Nous vivons effectivement dans un monde dominé par l'exigence de l'objectivité et de la preuve tangible, par la domination du perceptif sur l'imaginé, par le bannissement du secret et de l'ambiguïté. Le monde de Thomas l'incrédule, en quelque sorte : il faut toucher pour le croire, sinon, « faut pas rêver ». On disait au début de cet exposé que ce fonctionnement mental se structure à l'image de nos futurs dossiers médicaux. Mais il serait plus exact de dire que c'est plutôt l'inverse qui se produit : ce sont nos dossiers médicaux qui se transforment pour se conformer à ce fonctionnement mental, devenu sans doute majoritaire désormais, et secrétant un certain nombre de positions sociétales, et même de valeurs, que nous voyons déjà se concrétiser dans différents aspects de notre vie relationnelle, et que nous finissons par fixer à travers les lois qui sont votées par nos représentants. Des bataillons de journalistes, d'intellectuels, de juges, d'enseignants, d'assistantes sociales, et même de psychiatries, sont en croisade perpétuelle contre les « non-dits » et les secrets en tout genre, et luttent pour la transparence, la communication et l'information — et qui les en blâmerait, après tout ? Qui, parmi nous, prendrait la défense du « non-dit » et du secret, dont on a pu constater à plusieurs reprises, derrière nos bureaux et nos divans, les effets pernicioseux ? La médecine se nourrit désormais d'*évidences* au sens anglais du

terme, c'est-à-dire de faits irréfutablement établis, et un récent article du *British Journal of Medicine* proclamait qu'on a « besoin de faits, pas d'opinions »... L'infantile est pourchassé et spolié jusque dans ses terres langagières : un des hommes politiques les plus remarquables de ces dernières années a écrit un livre intitulé *L'invention du possible*\*. Pourtant, le possible de s'invente pas : il se découvre, car s'il est possible, c'est qu'il fait déjà partie de l'ordre physique et naturel, et en ce sens, il peut émerger lors d'une nouvelle combinaison, ou probabilité, des éléments qui composent cet ordre. Ce qui s'invente, c'est l'impossible, et il est du domaine de l'enfant, ou de ce que nous gardons en nous de l'enfant que nous avons été.

C'est ainsi que percevoir de la façon la plus complète, en rendre compte en temps réel, constituent désormais deux exigences d'un monde contemporain qui semble s'être donné, certes, comme tâche de saisir la complexité, mais tout en en bannissant l'ambiguïté. S'instaure alors progressivement ce nouveau rapport entre vérité et existence dont il a été question plus haut (pour l'opposer à celui aussi bien des névroses que des psychoses), et qui n'est plus de l'ordre du conflit, mais de la continuité : pour que quelque chose soit déclaré « vrai », il faut qu'il existe au sens perceptif du terme. Il devient désormais hasardeux de se réclamer d'une vérité sans preuves, d'une conviction sans justification, et si la notion de « *ma* vérité » a encore cours, elle est confiée à l'univers des poètes et des romanciers, mais a de moins en moins droit de cité dans les rapports interhumains de la vie courante. De quel droit, pense-t-on, le médecin consignerait-il dans ses dossiers des parcelles de « *sa* » vérité à lui concernant son patient (des impressions, des sentiments, des interrogations, des intuitions...) et, qui plus est, avec la prétention de la garder secrète vis-à-vis de celui qui apparaît, de droit, comme le principal intéressé ? La contractualisation généralisée des rapports entre humains (et donc aussi, des rapports médecin – malade) est une autre manifestation de cette évolution : ce qui existe doit être consigné par avance et librement décidé d'un commun accord, et ce qui ne l'a pas été n'existe tout simplement pas.

Cet aspect est à mettre en relation avec une autre position — et une autre valeur — de ce fonctionnement mental : celle de l'autonomie et de l'indépendance. C'est certainement une dépendance que de ne pouvoir tenir sur ses deux jambes pour marcher (dépendance qu'on a connue lorsqu'on était enfants, et qu'on risque de connaître à nouveau avec le vieillissement) ; mais cette dépendance se

---

\* L. Jospin, *L'invention du possible*, Éd. Flammarion, 2001.

compense partiellement ou même totalement par le plaisir d'être porté dans les bras, sensation et souvenir de notre première enfance. De même, c'est un manque d'autonomie que de devoir être accompagné pour aller à l'école ; mais ce qu'on a pu vivre de dévalorisant (ou tout simplement d'irritant) dans cette expérience s'associe au plaisir de marcher en tenant la main de l'adulte. Un récent article du journal *Le Monde* sur les personnes dépendantes était accompagné d'un dessin humoristique de Pessin, qui faisait dire à l'un de ses personnages : « *Pour être vraiment indépendant, il faut être dépendant de tout le monde* ». Ce genre de deuxième degré est inconcevable dans le fonctionnement mental des sujets que nous décrivons ici : il y a quelque chose d'inquiétant, pour eux, dans la dépendance et dans l'absence d'autonomie, comme si la dépendance ne pouvait être comprise qu'à travers ses aspects désagréables, dévalorisants ou dangereux.

Or, c'est effectivement à une véritable inversion des attitudes et des valeurs quant à la notion d'indépendance et d'autonomie que nous assistons, depuis deux ou trois décennies. Les enfants d'il y a une ou deux générations gagnaient leur autonomie de haute lutte : à trois ans, il fallait se battre pour que la mère accepte de leur confier la cuillère ou la fourchette au moment du repas ; il fallait se battre pour avoir le droit de s'habiller tout seul à six ans, et encore se battre pour sortir le soir à l'adolescence. Cause ou conséquence de l'évolution des mentalités dans nos sociétés occidentales, les organismes d'éducation et de garde collectives des enfants ont créé un autre rapport à la notion d'indépendance et d'autonomie. Certes, l'enfant d'aujourd'hui rêve autant que l'enfant d'avant de devenir « comme les grandes personnes », d'avoir les mêmes possibilités et droits ; mais l'enfant d'avant pensait sans doute *aussi* qu'il parvenait à cet objectif *en dépit* des grandes personnes... C'est ce qui fait toute la différence : les grandes personnes d'aujourd'hui, elles, adhèrent désormais, en même anticipent, cette aspiration ; on parle des vertus de la socialisation dans les crèches (où les enfants sont parfois admis dès l'âge de trois mois), on vante les gestes d'autonomie dans le quotidien. Or, dans nos sociétés, sociétés dans lesquelles l'enfant n'a jamais eu des conditions matérielles aussi favorables, une autonomie précoce n'est pas, comme il y a encore deux ou trois générations, le résultat des misères et des drames de l'existence — autonomie dont les enfants tiraient une légitime fierté, lorsqu'ils arrivaient à la conquérir, et donc à survivre. L'autonomie précoce ne représente plus la nécessaire adaptation aux dures réalités de la vie, mais une formation d'*idéal*, parental et plus globalement collectif et sociétal. Et c'est pour cela que son échec n'entraîne pas les malheurs de la défaite, mais l'humiliation

de la honte.

Et voilà donc apparaître cet autre élément de cette nouvelle façon d'être au monde, si bien traduite par ce néologisme sémantique qu'est le verbe « culpabiliser » dans sa différence, et même dans son opposition, avec la notion de culpabilité. Les sujets que nous rencontrons aujourd'hui sont libérés de l'« empire de la morale » — aussi bien de celle, judéo-chrétienne, de leurs grands-parents, que de celle, freudo-marxiste, de leurs parents, que Christophe Donner décrit avec rancune, mais non sans pertinence, dans le livre du même nom\*. Ils sont sortis de tout système de référence instituant entre eux et les autres un tiers (Dieu, ou les principes de telle ou telle religion ou éthique laïque). Ils ne sont donc plus jamais coupables, car on est coupable *devant* quelqu'un ou quelque chose, alors que, eux, ils sont résolument seuls. C'est en lieu et place de cette culpabilité que va apparaître le verbe actif, *culpabiliser*, dont le dictionnaire Robert date assez précisément les débuts, entre les années 1960 et 1970 : *Je culpabilise, cela se passe entre moi et moi, je suis à la fois celui qui vit la culpabilité et qui instaure ses critères, et ce, par rapport à quelque chose que j'ai en moi en propre, un idéal ou une exigence secrets et connus de moi seul, dont je suis le seul juge.*

C'est cette solitude qu'il s'agit maintenant d'interroger. Elle n'est pas comme celle du psychotique, empreinte de la crainte d'un autre, dont la présence elle-même constitue danger de vampirisation. Elle n'est pas non plus celle du névrotique, souffrance d'une insatisfaction des présences effectives, dont il peut se reconnaître comme le co-auteur. On pourrait dire, de prime abord, que leur solitude est comprise au sens réaliste du terme : ils souffrent d'être seuls lorsqu'ils sont privés de la perception d'autrui. On s'interroge alors sur leur apprentissage de la solitude dans leur enfance, autrement dit, sur la consistance de leurs mécanismes auto-érotiques ; et on pense que, peut-être, les enfants d'aujourd'hui n'ont pas suffisamment souvent l'occasion de vivre, puis de construire cette expérience qui consiste, selon l'expression de Winnicott, à être « seul en présence de la mère ». Nous vivons dans un monde où le temps est compté, les femmes travaillent souvent autant que les hommes ; soit on n'est pas en présence du parent, soit on l'est, et dans ce dernier cas, le moment est trop précieux, aussi bien pour l'enfant que pour le parent, pour qu'on ne l'utilise pas dans le but de « faire des choses avec ».

---

\* Christophe Donner, *L'empire de la morale*, Éditions Grasset, 2001.

Ils combattent donc leurs lacunes auto-érotiques en essayant d'être constamment « avec », et c'est dans l'exercice de cet « agrippement » à la réalité perceptive, dans cette tentative pour la maîtriser et la rendre dépendante d'eux, qu'apparaît un deuxième élément, constitutif de leur fonctionnement : leur besoin d'être séduits. Pour eux, ne pas être seuls, signifie être *séduits* au sens presque traumatique du terme : « voir, et tant pis », en quelque sorte. Mais voir quoi ? Notre expérience avec eux nous a permis de repérer ce dont il est question : voir notre intimité, avons-nous dit ; autrement dit, *jeter un coup d'œil dans l'intimité des parents*. Si pour les psychotiques la scène primitive constitue une horreur impensable, si pour les névrosés elle reste toujours un mystère organisateur, ces patients appartiennent sans doute à une génération qui a trop ou pas assez vu : la génération de l'éducation sexuelle, certes, mais aussi la génération des familles monoparentales, des divorces, des familles recomposées et re-recomposées : la génération qui a eu l'occasion de vivre en direct, en regardant sans voir, ou pire, en voyant sans regarder, les inextricables démêlés de la vie amoureuse des grandes personnes. Une génération qui veut donc voir, et voir encore, un peu comme des traumatisés devenus traumatophiles, qui connaissent mieux que quiconque aussi bien l'irrésistible fascination que l'impact dévastateur de la perception. Génération qui donc logiquement se passionne de télé-réalité et d'histoires de pédophilie, de harcèlement sexuel ou moral et de manipulation par des sectes ou des gourous, et qui, si elle défend si passionnément son autonomie et sa « dépendance de personne », c'est sans doute parce qu'elle sait mieux qu'aucune autre à quels excès peut conduire l'effort de maîtrise et de contrôle d'autrui ou, à l'inverse symétrique, à quelles extrémités d'asservissement peut mener le besoin de ne pas être seul.

Sont-ils heureux dans leurs façons d'être ? Sans doute ; en tout cas nous n'avons pas de raisons de penser qu'ils sont plus malheureux que les névrosés, inhibés et anhédoniques, qui les ont précédé, et que nous produisaient en masse les familles et sociétés occidentales traditionnelles, hyperprotectrices, autoritaires, volontiers étouffantes et à l'occasion hypocrites, d'il y a encore une ou deux générations. Certains voient dans les changements récents une dégradation de la fonction paternelle, et ils n'ont sans doute pas tort, mais a-t-on besoin de rappeler que les grands équilibres des familles et sociétés d'il y a encore quelques décennies étaient essentiellement basés sur l'acceptation implicite et millénaire qu'il existe deux catégories de citoyens aux droits inégaux, les hommes et les femmes. Ces patients ne sont donc sans doute pas plus malheureux que ceux des générations qui les ont précédé, et on peut espérer en tout cas que tous ne connaissent pas les

destins tragiques que décrit un Michel Houellebecq, par exemple, dans des livres qui, l'un après l'autre, tendent à composer une véritable comédie humaine de l'homme occidental de la fin du XXe siècle. Le psychiatre ne doit pas oublier non plus qu'il ne voit jamais que les ratés de chaque évolution psycho-affective, et il ignore en général comment vivent et se débrouillent ceux qui s'en tirent bien. Ainsi, doit-il mettre tout au plus sa réflexion au service des contradictions spécifiques, souvent non dialectisées en l'occurrence, de ces « nouveaux » patients, tout en restant sensible à la façon dont ces contradictions trouvent un écho analogue dans la culture de la société où il vit et travaille.

Or, parmi ces contradictions non dialectisées, il en est une qui saisit l'observateur d'aujourd'hui par son ampleur et par ses déclinaisons multiples dans les différents aspects de la vie contemporaine. Il s'agit de la contradiction que nous percevons lorsque ces patients exigent de nous la liberté de choix la plus complète dans les traitements proposés, assortie de l'engagement le plus total de notre responsabilité en cas d'échec ou d'effets secondaires. Elle est la même entre leur exigence d'obtenir de nous des conseils et des instructions, tout en proclamant leur refus de toute dépendance. Et c'est encore cette même contradiction qui est en jeu, lorsque nos collègues somaticiens dénoncent le caractère de plus en plus inconciliable entre le libre-arbitre du malade et la notion de non assistance à personne à danger. Phénomène plus général, du reste : dans le monde où on vit, on peut attaquer les fabricants de cigarettes pour le cancer que nous a provoqué le fait que nous fumons, on peut obtenir un grand nombre de cartes de crédit et réclamer des lois pour nous protéger contre le surendettement, et nous sommes dans une société où les citoyens de petites communes refusent de se porter candidats à la magistrature de leur ville, excédés par ces vacanciers qui prétendent visiter le site naturel de leur choix dans les conditions de leur choix, tout en trouvant normal de se tourner contre les autorités en cas d'accident, voire d'imprudence.

Devant ces exemples, dont on pourrait allonger la liste à l'infini, on entend dire, ici et là : ils veulent avoir tous les droits, et aucun devoir. Je crois que c'est à la fois inexact au plan de l'analyse psychologique, et injuste eu égard à la spécificité de leurs souffrances, qui diffèrent de celles des organisations aussi bien névrotiques que psychotiques. Car, ces adultes de naissance, ces enfants qui sans doute ne l'ont pas suffisamment été (ce « pas suffisamment » étant évidemment en rapport avec les critères des générations passées), vivent comme condamnés entre deux tendances absolument incompatibles. D'un côté, ils

affichent une représentation de soi d'autonomie, d'indépendance et de responsabilité, véritable idéologie sociétale d'exclusion de toute trace de l'enfant en eux, idéologie à laquelle ils adhèrent sincèrement, et qui finit par composer une sorte de vaste « faux self de masse ». Et, de l'autre côté, ils développent des conduites, des comportements et des exigences (qui sont évidents notamment lorsque ces patients s'adressent aux organismes mis en place par la collectivité, comme par exemple le système public de santé), conduites et comportements qui échappent de façon insistante à leur travail de pensée, qui se déroulent donc dans le silence représentationnel, en deçà ou à côté de l'élaboration, et qui, multipliés à l'échelle de l'ensemble de leurs relations, tendent à mettre en acte un même fantasme dans ses différentes manifestations : une *parentalisation* généralisée des rapports à autrui, sorte de réclamation pathétique et muette de l'enfant en eux, qui vient contre-balancer les tourments d'un moi résolument adulte et entièrement adonné à son masochisme héroïque. Et comme cette parentalisation échappe au travail de pensée, elle ne peut accéder au discours que par le moyen de sa rationalisation, c'est-à-dire par ce moyen qui produit notre superstructure idéologique et législative.

C'est exactement de cette façon, me semble-t-il, que ce fantasme de parentalisation, constamment mis en acte, activement combattu en pensée, finit par se formaliser dans ce rapport à autrui que nous voyons de plus en plus à l'œuvre dans notre vie en société, et que certains appellent la « *judiciarisation* », progressivement dominante dans les relations médecin – malade, comme plus généralement dans les relations interhumaines de nos sociétés occidentales. Nombreux sont les collègues qui s'alarment de son caractère envahissant dans notre pratique, et c'est à juste titre qu'ils considèrent qu'elle tend à dénaturer profondément la complexité des relations interhumaines, en prétendant gommer les contradictions inhérentes à la multiplicité de leurs dimensions, pour les ramener à une seule : à la dimension citoyen – citoyen. Mais la dénonciation de cette judiciarisation ne doit pas la faire apparaître pour ce qu'elle n'est pas, à savoir la fabrication arbitraire de juristes fanatiques, de politiciens démagogues ou de lobbies bruyants ; car elle ne fait qu'appuyer, relayer à grande échelle et légitimer ce fantasme de parentalisation, dont elle est l'expression, plus que la source.

Tout se passe, en effet, comme si ces enfants d'hier, adultes d'aujourd'hui, disaient — à travers leurs attitudes et leurs exigences — à leurs parents : « Vous avez exigé de nous, dès notre plus jeune âge, que nous soyons autonomes, qu'on



assume nos choix, et qu'on perçoive sans fard les réalités du monde des grandes personnes qui nous entourent. Non pas par indifférence ou cruauté, mais parce que vous vouliez qu'on devienne indépendants, qu'on maîtrise notre environnement, et qu'on soit capables de nous débrouiller seuls. C'est chose faite, nous nous débrouillons seuls, nous n'avons ni Dieu ni morale pour nous dire ce qu'il faut faire ou ne pas faire, écouter ou ne pas écouter, voir ou ne pas voir, et nous ne culpabilisons que par rapport à l'idéal que nous avons en nous, et que nous pouvons porter plus loin encore que vous ne l'aviez espéré, jusqu'à la méconnaissance, qui vaut sacrifice, de notre propre corps et de ses besoins. Mais pour être sûrs qu'il s'agissait bien de votre part d'un noble idéal, et non pas d'indifférence ou de cruauté, vous serez désormais constamment engagés dans tout ce que nous faisons, comme pour garantir le caractère vraiment aimant et désintéressé de cet idéal, et on vous demandera, comme preuve de cet amour et de cet intérêt, le légitime dédommagement pour chacun de nos faux-pas dans l'exercice de notre indépendance et de nos libres choix ».

Tant et si bien que, pour ces nouveaux patients, qui savent déjà beaucoup de choses, et qui ne sont surpris que pour être blessés, il nous reste encore une chose à faire, et à partir de laquelle espérer engager un travail avec eux : leur apprendre, aussi bien à l'égard des autres que surtout à l'égard d'eux-mêmes, une certaine tendresse.