

**LE PSYCOPHOBE ARTICLE**  
**Le silence et le mot surprise**  
**Par Mickael Benyamin et Gérard Pirlot**  
**Article de revue**

Pages 403 à 412

L'article de J.-L. Donnet (1982) sur le psychophobe a été pour beaucoup de cliniciens de l'adolescence une référence incontournable pour penser la technique de l'entretien avec les adolescents. Comment se raconter à cet âge, alors que l'infantile et l'histoire du sujet ne sont pas encore intégrés ? L'adolescent, en cours de « subjectivation », ne s'est pas encore « construit un passé » (Aulagnier, 1989). Il faut un véritable processus d'historicisation de l'infantile pour élaborer le risque traumatique lié au pubertaire, et accéder à un nouveau fonctionnement psychique, structuré dans l'après-coup de l'adolescence.

Mission impossible ou presque, pour les plus fragiles, puisque se raconter, lorsque l'on n'est pas suffisamment assuré de son sentiment de continuité d'exister, se révèle dangereux. Le blanc, le vide et l'opérateur infiltrent la psyché de l'adolescent. Le surinvestissement du registre perceptivo-moteur et de la réalité externe est un moyen d'éviter de se confronter à une réalité interne trop excitante. Parler de soi suppose un minimum de réflexivité interne, d'identité narrative, un plaisir de fonctionner, de penser, de rêver. Le plaisir de fonctionnement renvoie aux autoérotismes premiers et à la progressive constitution du préconscient qui va permettre de mettre en mots les éprouvés, exercice ô combien compliqué à l'adolescence.

Notre propos sera de situer les enjeux du préconscient (Pcs) dans le fonctionnement psychique adolescent, particulièrement dans la configuration clinique d'un refus et/ou d'une pauvreté de parole, témoins d'une psychophobie dont nous verrons qu'elle se situe moins du côté d'un fonctionnement en pensée opératoire que du côté d'une phobie d'un contact resexualisé par la puberté et le pubertaire, entre le mot, la pensée (le fantasme) et la reviviscence œdipienne (dans son potentiel incestueux). Dès le premier entretien, l'évaluation du Pcs va se trouver être au centre de l'indication à poser et nous pensons que la psychanalyse de l'adolescent va se jouer autour du bon fonctionnement du Pcs du patient, mais aussi et surtout de celui de l'analyste lorsque celui du patient fait défaut.

**L'investigation psychanalytique**

L'investigation psychanalytique à l'adolescence sera définie comme une série d'entretiens. Le thérapeute ira chercher le transfert pour amener l'adolescent à parler, quitte à parler plus que lui. La mise en mots, par l'intermédiaire de la mise en images de ses propres éprouvés, grâce au travail du Pcs, permettra que le contre-transfert oriente le transfert dans un sens positif, amenant une narcissisation du sujet, de ses paroles et de ses conduites. C'est en ce sens que nous proposons l'idée que l'évaluation du Pcs de l'adolescent lors des premiers entretiens peut être un indicateur d'analysabilité.

Que l'adolescent dispose d'un Pcs fonctionnel, c'est-à-dire de capacités d'insight, de réflexivité interne, de capacité de faire des allers-retours entre le présent et le passé, de rebondir sur les associations de l'analyste et d'associer en retour, d'un plaisir autoérotique du fonctionnement mental (plaisir à penser, à rêver, à associer)... Ou qu'à l'inverse, le sujet ne dispose pas d'un Pcs

fonctionnel, qu'il soit dans des conduites agies, des troubles des limites et de l'intériorité, les stratégies thérapeutiques ne seront pas les mêmes. Nous ne nous basons plus sur la gravité de la psychopathologie, mais nous centrons sur une sémiologie du cadre analytique et du fonctionnement psychique dont l'opérateur central est le Pcs. Tout ceci implique une spécificité de la consultation et de l'investigation à l'adolescence qui rend obsolète le débat sur l'indication de la psychothérapie à l'adolescence.

Au fond, contrairement à la cure analytique classique, ici il ne s'agira pas de la mise en sens systématique du discours et des affects. Avec les adolescents, l'herméneutique n'est pas au premier plan. En découle l'énoncé suivant : la première topique freudienne n'est pas celle à laquelle se réfère en priorité l'analyste d'adolescents. C'est la deuxième topique qui nous semble décisive. L'analyste d'adolescent fonctionne en priorité, et intervient sur le modèle pulsionnel de la deuxième topique, tout en ne perdant pas de vue le modèle et les interventions sur le modèle représentationnel de la première topique. La question du sens, du refoulé, de ses retours et de sa levée apparaît donc au second plan par rapport à la fonction contenante, pare-excitante, rassurante du thérapeute.

Rappelons qu'à l'occasion d'un débat entre F. Ladame et R. Cahn (1992), le premier proposa de distinguer deux catégories d'adolescents en fonction de leur fonctionnement psychique. La première catégorie a « un préconscient "fonctionnel" » caractérisé par « un fonctionnement fluide, où la problématique du refoulement reste dominante, où les capacités de déplacement, de symbolisation, de travail du rêve sont apparemment bien préservées » [1]. La seconde catégorie « se caractérise par le clivage du Moi, le déni et la projection » [2].

On aura compris que pour la première catégorie, le travail psychanalytique se rapproche de celui de l'adulte névrotique en première topique. En somme, il s'agit d'un travail d'accompagnement plus que de soutien, le patient pouvant faire le travail psychique quasi seul en présence de l'analyste. Alors que pour la deuxième catégorie, on parlera plutôt d'intervention que d'interprétation. Le travail sera essentiellement un travail de soutien, de pare-excitations, de contenance et de réassurance afin de solidifier le Moi – le narcissisme rendant l'objet moins menaçant et apaisant le pulsionnel à sa source.

Mais ce qui fonde l'acte thérapeutique avec des adolescents fragiles, est, nous semble-t-il, du côté d'une fonction maternelle, telle que l'ont nommée les psychosomaticiens, du thérapeute. La neutralité bienveillante, mais non systématique, ne rime pas avec froideur et contres-attitudes défensives du clinicien. « L'art de la conversation » où l'adolescent peut s'identifier à la capacité de rêverie du thérapeute qui va penser les pensées de l'adolescent, va mettre des mots sur ses éprouvés est fondamental. Plus que l'interprétation, il s'agira d'expliquer, de contenir, de reformuler, de consoler (Gutton, 2003).

Autrement dit, il nous paraît essentiel que le thérapeute investisse voir surinvestisse la parole du patient, si factuelle et anodine soit-elle. C'est à cette condition que le sujet pourra à son tour investir le langage et la parole. L'analyste est bien un objet tiers à investir, qui permettra une reprise de la subjectivation. Il visera aussi à assurer les processus tertiaires qui permettront une liaison entre les processus primaires et secondaires. R. Cahn rappelle très utilement « selon la formulation de Green, [que...] la réponse par le contre-transfert [est] celle qui aurait dû avoir lieu de la part de l'objet » [3]. C'est donc bien l'analyste en personne, plus

que l'analyste comme simple objet de projection transférentielle, qui va être déterminant pour le devenir et le processus de la cure. Nous pensons que l'accompagnement de l'adolescent est plus juste dans le travail psychothérapique que le soutien. F. Richard parle lui très justement « d'accompagnement "fraternel" » [4] et insiste par ailleurs sur « l'attitude "sympathique" qu'il faut adopter avec l'adolescent » [5].

### **Le psychanalyste comme preconscious auxiliaire**

Le Pcs n'est pas seulement situé entre l'inconscient et le conscient ; il a un rôle à part entière dans la régulation du fonctionnement psychique et psychosomatique. Le Pcs n'est plus seulement une instance de la première topique, il acquiert un rôle majeur dans l'économie psychique et le traitement des excitations et du pulsionnel. Nous faisons l'hypothèse que le Pcs devient le liant entre le modèle représentationnel de la première topique, et le modèle pulsionnel de la deuxième topique et qu'il agit comme un pare-excitations du dedans [6] (Benjamin, 2013). Une de nos hypothèses est que la désomatisation de l'ancrage corporel, sa psychisation par l'intermédiaire du Pcs permettent à l'appareil psychique de se doter d'un pare-excitations du dedans, de contenir les excitations de l'intérieur du corps, par la liaison de la représentation de chose avec la représentation de mot, seule apte à juguler les excitations issues du Ça.

Le pubertaire appauvrit le moi, rend précaire le refoulement, rétablit les pulsions partielles. Il est donc impératif d'élaborer les trop grandes quantités d'excitations, de colmater les poussées pulsionnelles excessives. Cela passe par le Pcs, la mise en mots des éprouvés, contradictions, sentiments et conflits. Les représentations de mots constituent le socle des associations d'idées. La désorganisation se produit lorsque « les représentations de mots [vont] se réduire à des représentations de choses en perdant la plupart des composantes affectives, symboliques et métaphoriques qu'elles avaient acquises pendant le développement » [7].

Le Moi de l'adolescent se retrouve ainsi à vif, dépourvu de ses mécanismes de défenses habituelles pour traiter les excitations. L'appareil psychique ne peut plus lier les excitations ni donner du sens à ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur. Le Pcs perd en épaisseur et la liaison entre les processus primaires et secondaires n'est plus assurée. C'est à l'analyste que va être dévolu ce rôle d'assurer les processus tertiaires pour juguler et diffracter le quantitatif.

C'est en ce sens que nous avons définis (Benjamin, 2013) le travail du Pcs comme un « pare-excitations du dedans » [8] dont nous verrons que la fonctionnalité pare-excitante est également dépendante de la relation transféro-contre-transférentielle, faisant ici rejoindre les dimensions intra-psychiques avec celles intersubjectives.

### **Silence et phobie du mot : « être ou ne pas être »**

Ces considérations théoriques nous permettent d'appréhender différemment le silence, l'ennui ou le récit du quotidien. Le sujet adolescent se raccroche à l'actuel et se réfugie dans l'opposition ou l'ennui voir le vide en entretien. Il n'a rien à dire de ce qui lui arrive, ni de ce qui se passe en lui. Le plus souvent, il s'agit d'un jeu d'investissements et de contre-investissements qui viennent protéger le sujet de son monde interne, souvent trop dangereux, menaçant, angoissant ou excitant à exhiber lors du premier entretien. Cela cède généralement au deuxième entretien si l'analyste a réussi à créer une alliance thérapeutique avec son patient.

On est loin de « la position phobique centrale » (rencontrée principalement pour A. Green (2000) dans les cas limites) ou encore d'une pensée opératoire (P. Marty (1991) qui renvoie à un aspect déficitaire).

Kevin a seize ans lorsque nous le rencontrons pour des difficultés d'endormissement, une « envie de ne rien faire » et un mal-être général. Après quelques entretiens, nous le suivons en psychothérapie. Il vient sur les conseils de son professeur principal qui le trouve « déprimé ». Il se présente avec une certaine nonchalance, voire une désinvolture. L'aspect physique est négligé. Ses cheveux se dressent sur la tête. Le début de l'entretien est laborieux. Il répond laconiquement à nos questions, tantôt par « oui », par « non », ou « je ne sais pas »... Il semble ailleurs. Pour autant, il n'est pas méprisant ni fuyant dans le contact. Son « je m'en foutisme » apparaît simplement défensif, comme pour nous prouver que cela ne servirait à rien de s'intéresser à lui, puisque de toute façon, il n'y aurait rien d'intéressant chez lui. Les silences s'installent malgré nos relances et nos questions.

Voyant que nous nous intéressons à lui « pour de vrai », nous dira-t-il plus tard, il accepte de se livrer peu à peu. Au fur et à mesure de l'entretien, il parle d'une agression dans le RER, dont il a été victime il y a quelques mois. Des jeunes, « des gros enculés m'ont fait un croche-patte par derrière et je me suis retrouvé à terre sans ne rien pouvoir faire ». On le sent très affecté, la honte est dominante même s'il ne peut la nommer comme telle. On retrouve ici un sentiment de passivité (« je n'ai rien pu faire ») associé à l'impuissance d'agir, et la peur de la pénétration anale (« m'ont fait un croche-patte par derrière ») retournés en activité dans l'agressivité (« ce sont des enculés »). Il n'est bien sûr pas question de lui proposer ces interprétations, sauvages et blessantes pour son narcissisme. Nous avons juste nommé l'affect d'impuissance et de honte qu'il ne pouvait mettre en mots, mais qu'il éprouvait très intensément. Nous rajoutons également que, d'après sa description, l'acte semblait ne pas lui être destiné. La fonction de la parole, ici, est de contenir et de colmater l'angoisse. Pour le clinicien, mieux vaut parler pour ne rien dire que ne rien dire.

Le soulagement est immédiat, le climat affectif de l'entretien change. L'alliance thérapeutique s'est installée et l'apaisement de l'angoisse est instantané. Son narcissisme s'est trouvé renforcé par notre absence de jugement, mais surtout pour avoir insisté sur la nomination de ses affects. Tout ceci a pu s'effectuer grâce à un Pcs suffisamment fonctionnel, où la liaison des représentations de mots avec les représentations de choses a permis le rétablissement d'un travail de pensée. Travail de pensée qui, une fois réamorcé, a pris toute sa valeur. En effet, Kevin, tout au long des entretiens, fera preuve d'un authentique investissement de sa propre pensée et de son fonctionnement. Il prend du plaisir à raconter, verbaliser ce qui se passe en lui, à se demander ce qui l'a amené à faire telle ou telle chose...

Lorsque nous abordons la question de l'insomnie, nous lui demandons si des pensées lui viennent avant de s'endormir.

– Kevin : « Non, je ne pense à rien. »

– Nous : « Tu ne penses à rien ou tu penses à ne penser à rien ? »

– K. : (Il a un léger sourire et réfléchit, signant une réflexivité interne) « Je pense à penser à rien. C'est pas mal comme formule. Je la retiens. »

– N. : « Pourquoi tu cherches à faire le vide dans ta tête ? »

– K. : « Parce que c'est plus facile de penser à rien que de penser à des choses douloureuses. »

Nous sommes ici typiquement dans le contre-investissement de la pensée. Il ne s'agit pas non plus du blanc de la pensée, du vide, de l'irreprésentable. Penser à ne pas penser, c'est malgré tout penser. L'investissement de la pensée est maintenu, le bon fonctionnement du Pcs permet de psychiser la pulsion et d'inscrire au sein de l'appareil psychique les représentants psychiques de la pulsion. C'est ce travail psychique qui maintient la continuité de penser, quand bien même il s'agit de ne penser à rien. Certes, le factuel et l'actuel sont surinvestis au détriment de l'intériorité, comme dans la pensée opératoire, mais c'est défensif vis-à-vis d'affects et d'éprouvés trop excitants ou angoissants, qui risquent de déborder le patient.

Après l'épisode du RER qu'il a pu raconter pour la première fois, il va retrouver tout au long de la psychothérapie sa faculté de penser, de rêver, d'associer. Les mimiques, sa position assise, la prosodie, l'intonation de la voix témoignent de son plaisir de penser et de son investissement narcissique.

Il abordera enfin la relation à ses parents de manière posée, réfléchie : « Mes parents sont divorcés, et mon père n'est pas très présent ni aux côtés de ma mère pour l'aider matériellement, ni à mes côtés pour jouer son rôle de père (...). Quand j'étais petit, avant qu'ils ne divorcent [ses parents ont divorcé lorsqu'il avait treize ans], on allait avec mon père jouer au football, on allait faire du vélo ensemble. Il y avait de vrais moments privilégiés entre lui et moi. Le jour où il est parti de la maison, ça a été fini. » Le passé est présent ; les souvenirs ne sont pas imprégnés d'archaïque et d'infantile traumatique. Il évoque la relation au père avec une certaine nostalgie. Mais il ne se désorganise pas, et s'il en veut à son père, il ne le déteste pas. Il peut même dire : « La relation d'avant me manque. » Preuve d'un travail d'élaboration œdipienne et de transformations psychiques. La contre-partie de l'agressivité, en partie refoulée vis-à-vis de l'imgo paternelle, est que la mère est peu épargnée. La relation est conflictuelle, les nombreuses disconvenues, mais là encore, pas d'explosion brutale. Les raisons sont diverses pour qu'ils « s'embrouillent » mais « souvent ça vient de moi. Je suis un peu provocateur et j'aime bien la titiller. C'est pas que pour la faire chier, mais je mets pas beaucoup d'eau dans mon vin, c'est un fait ». L'autodérision, l'autocritique n'empêchent pas la répétition et l'élaboration du symptôme, mais elles favorisent le travail psychique et l'amorce d'un processus analytique, seul à même d'engendrer des changements et des modifications psychiques, et de sortir de la répétition. Peu à peu, les imagos parentales se redistribuent, le père tombe de son piédestal, idéalisation partielle qui permettait d'éviter l'agressivité à son égard.

Il raconte des rêves, avec un certain plaisir à s'auto-analyser et à attendre notre éclairage lorsque nous pouvons le lui donner. « J'étais en train de faire le tour de la France à vélo. Je faisais quatre-vingt kilomètres par jour. J'étais seul. Il s'est mis à pleuvoir un déluge. Tout a été emporté. Il ne restait que moi, mon vélo et une vieille dame avec sa canne qui discutait avec le facteur à voix basse, comme s'il voulait lui dire des choses, mais que personne n'entende. J'ai voulu rentrer à la maison, mais je n'avais plus mes clés. Impossible de joindre mes parents. Je décide alors de rentrer dans une église. Il y a un prêtre dans le confessionnal. Il m'invite à venir parler. Il est plutôt jeune et chaleureux. Mon téléphone se met à sonner au moment où j'allais m'installer. C'était mon père. » Le récit du rêve s'arrête là.

Le patient associe alors sur sa mère, fruit d'une union adultère entre « son père et une bouchère ». Elle ne l'a su qu'à la mort de sa mère « adoptive », qui était au courant, mais ne lui a jamais rien dit. C'est le père qui a décidé de tout lui avouer. Ainsi, la vieille dame et le facteur, seuls survivants, apparaissent comme des figures grand-parentales issues de la crypte [9] (Torok, 1971-74).

Le déluge apparaît comme sa propre pulsionnalité « qui emporte tout sur son passage », mais notons qu'il y a des survivants, que l'église vient contre-investir la charge pulsionnelle par son rôle de contenant (en même temps que le lieu où l'on peut se repentir de ses péchés). L'aspect transférentiel du rêve apparaît évidemment avec le prêtre « jeune et chaleureux » à qui il va commencer à parler ; mais son père appelle à ce moment-là, venant signer le transfert paternel dans la cure. Le patient associe alors sur un souvenir à propos de l'église : « Quand j'avais dix ans, mon père m'a amené à la messe et le prêtre, qui était un ami de mon père, l'a pris à part pour lui parler de quelque chose. Lorsque mon père est revenu, il avait l'air contrarié. » Qu'a-t-il construit comme fantasme, ou comme scénario sur l'échange qui a eu lieu ? Il ne le sait pas : « Je me suis jamais demandé. » Ou plutôt, il ne le sait plus, le refoulement étant passé par là.

N'allons pas plus loin dans l'analyse de ce rêve, mais disons simplement qu'il a permis, dans l'après-coup de l'interprétation, la reprise élaborative des cryptes ainsi que l'analyse du transfert paternel, ce qui a engendré le réaménagement œdipien.

### **Mouvement et inhibition dans la dynamique transférentielle**

La réflexivité interne est présente ainsi que le discours intérieur (Rolland, 2010). Cela permet de maintenir le socle de l'associativité sous réserve que l'analyste co-crée avec le patient une aire intermédiaire dans laquelle le patient pourra évoluer à sa guise avec la présence, voire la participation active et bienveillante de l'analyste. Il faut être au plus près du moi du patient, et on voit avec Kevin le Pcs de l'analyste au travail, qui permet de contenir et de lier l'excitation, ainsi que les éprouvés non mis en mots. Le patient se sentant alors porté (au sens du holding) par la narration de l'analyste, créatrice de liens, peut alors se laisser aller à associer après avoir été « pare-excité ».

### **Le silence dans la clinique adolescente**

Ainsi, dans la clinique adolescente, l'échange peut dans certains cas apparaître d'autant plus nécessaire que lui parler revient à « se jeter à l'eau » dans la terreur même d'exister (Corcos, 2012) – subjectivement – dans le monde des adultes, de « l'adultité » sans retour possible à celui de l'enfance. La surprise du Je par le mot, dans ces cas de fragilité narcissique du moi, réfugie celui-ci dans le silence.

Pour paraphraser Ph. Gutton, terminons en disant que le silence n'a donc pour fonction en psychothérapie de l'adolescent que d'écouter le patient. Quand ce dernier se tait, c'est à l'analyste d'intervenir pour relancer et réanimer son fonctionnement psychique.

### **Bibliographie**

- Aulagnier P. (1989). Se construire un passé. *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, 7 : 191-219 ; *Adolescence*, 2015, 33 : 713-740.

- Benyamin M. (2013). Le travail du préconscient à l'épreuve de l'adolescence. Paris : PUF.
- Cahn R., Ladame F. (1992). Psychothérapie, psychanalyse et adolescence. Un débat. *Adolescence*, 10 : 223-235.
- Corcos M. (2012). Le vide devant soi, à partir de la terreur d'exister. *Le Carnet PSY*, 160 : 42-45.
- Dupont J. (2000). La notion de trauma selon Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure. *Filigrane*, 9 : 19-31.
- Donnet J.-L. (1982). Le psychophobe. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 25 : 199-214.
- green a. (2000). La position phobique centrale, avec un modèle de l'association libre. *Rev. Fr. Psychanal.*, 64 : 743-771.
- Gutton Ph. (2003). Quelques arguments concernant la cure à l'adolescence. In : F. Marty, P. Gutton, P. Givre et al., *Le fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent*. Rouen : PUR, pp. 175-191.
- Ladame F. (1991). L'adolescence, entre rêve et action. *Rev. Fr. Psychanal*, 55 : 1493-1542.
- Marty F., Gutton Ph., Givre Ph. (2003). *Le fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent*. Rouen : PUR.
- Marty P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Delagrangue.
- Richard F. (2001). *Le processus de subjectivation à l'adolescence*. Paris : Dunod.
- Richard F. (2002). Le travail du psychanalyste en psychothérapie. In : *Le travail du psychanalyste en psychothérapie*. Paris : Dunod, pp. 93-140.
- Rolland J. C. (2010). Comment penser la transmission dans le contre-transfert ? *Le coq héron*, 200 : 47-56.
- Torok M. (1971-1974). Deuil impossible, honte et secret. In : *Une vie avec la psychanalyse*. Paris : Auber, 2002, pp. 128-136.