

La constellation transférentielle

Pierre Delion a notamment publié

Être porté pour grandir, Yapaka, 2021

Violences et enfance. Une expérience de prévention citoyenne à Lille, érès, 2019

Tout ne se joue pas avant 3 ans, Albin Michel, 2019

Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui ?, Yapaka, 2019

La République des faux-selves, Éditions d'une, 2018

Fonction phorique, holding et institution, érès, 2018

Qu'est-ce que la psychothérapie institutionnelle ?, Éditions d'une, 2018

Le bébé dans sa famille (sous sa direction, avec Bernard Golse et Sylvain Missonnier), 1001BB n°144, érès, 2017

Mon combat pour une psychiatrie humaine (avec Patrick Coupechoux), Albin Michel, 2016

Pierre DELION

La constellation transférentielle

leCarnet **Psy**

édité par **é** éditions **ères**

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2022

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-7340-2

Première édition © Éditions érès 2022

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux



Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION	9
LA NOTION DE TRANSFERT DANS LA NÉVROSE ET DANS LA PSYCHOSE	15
TRANSFERT MULTIRÉFÉRENTIEL ET INSTITUTION	23
DU CÔTÉ DES ADULTES, LE TRANSFERT DISSOCIÉ	31
Bleuler/Ey ou le DSM V ?	
Singularité ou raison statistique ?	34
La schizophrénie définie par Bleuler	41
<i>La dissociation</i>	42
Troubles du cours de la pensée	42
Troubles du langage	42
Altération du système logique	43
Troubles de l'affectivité	43
Troubles psychomoteurs	43
La dépersonnalisation	44
<i>Le délire paranoïde</i>	44
<i>L'autisme</i>	44

La schizophrénie dans le DSM V	45
<i>Dans la dimension positive</i>	45
<i>Dans la dimension négative</i>	45
<i>Dans la dimension désorganisée</i>	46
<i>Dans la dimension neurocognitive</i>	46
Le transfert dissocié : Jean Oury et les symptômes primaires de la schizophrénie.....	47
DU CÔTÉ DES ENFANTS :	
LES TRANSFERTS ADHÉSIF ET PROJECTIF.....	57
Retour sur la notion de psychose infantile.....	58
Retour sur la clinique des pathologies archaïques des enfants.....	61
<i>L'autisme</i>	61
Rappel des critères diagnostiques des troubles du spectre autistique du DSM V.....	62
<i>Les psychoses infantiles</i>	63
Comprendre les formes de transfert spécifiques aux pathologies archaïques des enfants.....	65
LA CONSTELLATION TRANSFÉRENTIELLE.....	71
Effets institutionnels.....	79
<i>Sur les pathologies archaïques</i>	79
<i>Sur les bébés</i>	84
<i>Sur les personnes dépendantes</i>	88

RETOUR SUR LA PSYCHOTHÉRAPIE	
INSTITUTIONNELLE.....	89
Pourquoi revenir sur ces vieilles lunes ? ..	89
<i>Un peu d'histoire</i>	93
Le club thérapeutique.....	95
Les réunions.....	96
Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur.....	97
Les deux aliénations sociale et psychopathologique.....	100
Regain, ou mort annoncée de la psychothérapie institutionnelle ?.....	102
Établissement et institution.....	104
Les psychothérapies institutionnelles et la constellation transférentielle.....	106
Hiérarchie statutaire et hiérarchie subjectale.....	108
Libre circulation et ambiance.....	109
Rapports complémentaires.....	111
La tablature de la vie quotidienne et les trois fonctions phoriques.....	116
Psychiatrie sécuritaire, ou psychothérapie institutionnelle sécuritaire ?.....	118
REMARQUES CONCLUSIVES.....	123

À Jeanne, Joseph,
Capucine, Gabrielle et Marin

Introduction

Nous vivons une période qui va progressivement invisibiliser le concept psychanalytique de transfert. La psychiatrie, sous l'influence de puissants lobbies d'inspiration essentiellement génétique et neuroscientifique, en accord objectif avec une administration préoccupée d'économies à courte vue, et qui n'a aucune honte à vendre le service public au privé à but lucratif, est à risque de se déshumaniser rapidement, sans tenir aucun compte des enseignements de son histoire complexe, qui nous a pourtant permis de comprendre que les maladies mentales résultent de multiples facteurs bio-psycho-sociaux. Si les avancées psychopathologiques et sociales sont maintenant mieux cernées, les indéniables progrès de la génétique et des neurosciences sont attendus avec grand intérêt, mais jamais au point de devenir les seuls dignes d'intérêt. Car, si cette hypothèse se confirme, il est à craindre qu'une psychiatrie sans sujet, quasi vétérinaire, ne voie le jour, avec des prétentions scientifiques calquées sur l'Evidence Based Medicine (EBM), bien loin de l'ambition de

Jacques Schotte¹ appelant à une anthropopsychiatrie, et ne prenant plus suffisamment en considération, ni l'importance des relations intersubjectives, ni celle des déterminants sociaux dans les soins des patients. Qu'en sera-t-il alors des relations transférentielles qui, certes, continueront d'exister mais ne feront plus partie de l'équation des soins ?

Et pourtant, cette notion est sans doute l'une des plus déterminantes de la psychiatrie, grâce aux découvertes de la psychopathologie freudienne. Ce concept reste une invention géniale de Freud pour comprendre et soigner la névrose occidentale poids moyen. Malheureusement, le concept de névrose est tombé en désuétude dans la terminologie officielle de la psychiatrie, dominée par la classification internationale du DSM V. Il est désormais remplacé par la notion de troubles, et débarrassé de toute connotation psychanalytique. Or, la psychopathologie des névroses permettait de rechercher un sens aux différents symptômes qu'elle « incarnait », en donnant la possibilité au patient de devenir acteur dans cette « recherche ». Ainsi lui évitait-elle la prise addictive de médicaments anxiolytiques et/ou antidépresseurs, fortement conseillée par la logique des nouvelles classifications, et souvent, lorsqu'ils sont prescrits sans un travail psychothérapique conjoint, sans autres effets qu'une anesthésie chimique des ressorts du désir et de ses avatars.

1. J. Schotte, *Vers l'anthropopsychiatrie*, Paris, Hermann, 2008.

Des travaux métapsychologiques ont été nécessaires pour étendre la compréhension et les effets thérapeutiques du concept de transfert aux *pathologies archaïques*², et notamment aux psychoses. Elles aussi, à l'instar des névroses, ont été progressivement démantelées au profit d'un catalogue de comportements observables, susceptible d'une prescription de neuroleptiques, d'une éducation thérapeutique et de thérapies cognitivo-comportementales, sans aucune perspective psychopathologique.

S'agissant des enfants, nous avons même vu que la notion de psychose a été bannie des nouvelles classifications, à la grande satisfaction des contempteurs de la psychanalyse, sous le prétexte que cette appellation justifiait l'intervention... d'un psychiatre. Les troubles envahissants du développement, remplacés dans le DSM V par les troubles du spectre autistique (TSA), ont définitivement rompu avec la psychiatrie puisque, désormais, ce sont les neuropédiatres, dont beaucoup n'ont pas l'expérience de leur prise en charge quotidienne à long terme, qui sont habilités à diagnostiquer les troubles du neurodéveloppement, dont les TSA sont la pathologie emblématique, et l'autisme, l'empan imposé. Rappelons que ce sont l'autisme infantile et la dépression de l'enfant, décrits

2. Je propose de définir les pathologies archaïques comme celles qui concernent les enfants et les adultes qui restent dans un monde d'objets partiels, sans parvenir de façon stable à l'objet total. Ce sont principalement les autismes, les psychoses, les schizophrénies. Mais les pathologies limites, les dysharmonies de structure psychotique, certaines carences affectives, les addictions, peuvent également en faire légitimement partie.

dans la même année (1943) par Kanner et Spitz, qui ont puissamment contribué à la naissance de la pédopsychiatrie. Il n'est donc pas étonnant que la survie même de la pédopsychiatrie soit en jeu.

Exit les pathologies archaïques de l'enfant qui, selon la classification française proposée en son temps par Misès, réunissent les autismes, les psychoses infantiles et les dysharmonies évolutives rassemblant des enfants qui ne peuvent développer des relations transférentielles telles que Freud les a si bien révélées dans son œuvre consacrée à la névrose. Tous ceux qui ont pris en charge ces enfants savent par expérience que les relations transférentielles avec eux existent, mais qu'elles se développent selon d'autres modalités que celles qui sont décrites dans la névrose. En effet, ces enfants ont la particularité de ne pas atteindre la relation objectale telle qu'elle a été décrite par les premiers psychanalystes. Et, sur le plan psychopathologique, certaines pathologies des adultes partagent la même caractéristique, au premier rang desquelles figurent les personnes schizophrènes.

Si de nombreux élèves de Freud ont tenté de prendre en charge les pathologies archaïques des enfants et des adultes sur le mode de la cure-type, il faut bien reconnaître aujourd'hui que les résultats ont été médiocres³. Peut-être August Aichhorn a-t-il été une exception lorsqu'il a tenté avec un certain succès d'accueillir et d'éduquer des « jeunes à l'abandon »

3. E. Roudinesco, *Freud en son temps et dans le nôtre*, Paris, Le Seuil, 2014.

en Autriche. Également Harry Stack Sullivan⁴ et Frieda Fromm-Reichmann aux États-Unis avec les personnes psychotiques, et quelques autres praticiens que je ne pourrais tous citer.

En revanche, lorsque Tosquelles a proposé de repenser la métapsychologie du transfert à l'aune de ces pathologies préobjectales, en insistant sur la nécessité de l'institution comme chaînon manquant dans leurs prises en charge, un nouveau pas a été franchi dans le domaine de la psychopathologie transférentielle, et les enseignements de la psychanalyse ont à nouveau pu porter leurs fruits de façon féconde. Joyce McDougall, une grande psychanalyste du xx^e siècle, insistait sur l'importance de « refabriquer la métapsychologie avec chaque patient nouveau ».

La constellation transférentielle est le résultat de cette évolution essentielle dans la prise en charge des pathologies archaïques, et elle est corrélée avec l'invention de la psychothérapie institutionnelle.

Cet ouvrage tentera de faire le point sur ce concept fondamental qui rend possibles les soins psychiatriques des enfants et des adultes présentant ces graves pathologies, selon une perspective psychopathologique transférentielle.

4. M. Minard, « Harry Stack Sullivan, le précurseur », *Sud/Nord*, n° 26, 2016, p. 51-72.

La notion de transfert dans la névrose et dans la psychose

Laplanche et Pontalis définissent le transfert en psychanalyse comme « un processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux », ce qui est le cas dans le cadre de la relation analytique. On assiste dans le transfert à « une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué¹ ». Dans l'histoire de la psychanalyse, Freud est amené à observer le phénomène du transfert à l'occasion de l'échec du traitement cathartique d'Anna O. avec Joseph Breuer. C'est là qu'il renoncera à l'hypnose. Au tout début du ^{xx}e siècle, la psychanalyse de Dora constitue véritablement une de ses premières expériences psychanalytiques avec une personne présentant une névrose hystérique. Il en tirera

1. J. Laplanche, J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1990.

de nombreux enseignements sur les difficultés à « manier le transfert dans la névrose ». Plus tard, en 1914, dans *Remémoration, répétition et perlaboration*, il introduira la notion de névrose de transfert au cours de laquelle le patient répète dans le transfert ses conflits infantiles. Il précise en 1920 que « le transfert substitue une névrose de transfert à la névrose et permet ce faisant de remplacer toujours davantage la répétition par la remémoration² ». Mais Freud et ses successeurs seront confrontés à de nombreux problèmes inhérents aux phénomènes de transfert dans le déroulement des cures, pour les patients et pour les praticiens, et dans les théorisations qui en résulteront. Le transfert passera ainsi d'une forme de résistance dans la cure à celle de concept fondamental qui permet de la mener à bien, mais à certaines conditions éthiques. Nous pouvons retenir, à la suite de Freud et de Ferenczi, que le transfert est « un processus constitutif de la cure psychanalytique par lequel les désirs inconscients de l'analysant concernant des objets extérieurs viennent se répéter, dans ce cadre, sur la personne de l'analyste, mise en position d'accueillir ces divers objets³ ». Dans son enseignement, Lacan considère le transfert comme l'un des quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, et il le définit comme

2. S. Freud, « Au-delà du principe de plaisir », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 57-58.

3. E. Roudinesco, M. Plon, « Transfert », dans *Dictionnaire de la psychanalyse*, 2011, p. 1572.

« la mise en acte, par l'expérience analytique, de la réalité de l'inconscient⁴ ».

Le névrosé qui vient voir Freud lui raconte une histoire, la sienne, qui a une continuité relative. Il est capable d'élaborer un récit de son existence. Cela lui permet de resituer les choses considérées comme absurdes ou problématiques – lapsus, cauchemars, actes manqués, conduites d'échec, symptômes névrotiques... – en essayant de les comprendre comme l'expression actuelle d'un langage inconscient, à la lumière de son histoire infantile retrouvée par « associations libres » d'idées et de souvenirs au long des séances. Il est donc le narrateur de sa propre existence.

À l'opposé, une personne schizophrène ne peut accéder à cette narration. Lorsque vous lui demandez de raconter sa vie, elle est souvent en difficulté voire dans l'incapacité de le faire. Et si vous faites l'effort de reconstituer quelque chose pour elle – un récit – rien n'est gagné. Parfois, elle dira : oui c'est moi, et, si elle est dissociée, soutiendra peut-être qu'elle ne vous a jamais raconté tout cela. Et là, c'est vous qui êtes dérouté par la personne psychotique. Chez elle, il n'y a pas de constance dans le récit, il n'y a pas de tissu d'autonarration stable qui lui permette de dire : je dis quelque chose en première personne, et je l'inscris dans mon registre narratif. Non, cela ne s'inscrit pas. Son discours est déconnecté du sens commun.

4. J. Lacan, Le Séminaire, Livre XI (1963-1964), *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1973.

Elle peut dire des choses très intelligentes – Antonin Artaud pouvait tenir des discours géniaux, mais de temps en temps, lorsqu’il était pris dans son délire, ce qu’il disait n’avait plus de consistance interne. Le discours de la personne schizophrène n’est pas un système stabilisé, il est en permanence en remodelage. Elle ne peut donc construire son existence à partir de lui.

Le transfert existe pourtant : le patient rencontre un soignant, il ressent vis-à-vis de lui un élan affectif, une pulsion de rapprochement, d’agrippement, de haine, il éprouve de façon souvent ambivalente des émotions – des « affects » comme on disait à l’époque freudienne – vis-à-vis de lui. Mais tout cela n’est pas contenu dans des rapports intersubjectifs classiques, selon notre code social habituel.

Le schizophrène possède un inconscient à ciel ouvert. Dans le transfert avec lui, les soignants sont amenés à accueillir les choses comme elles viennent, et tentent de les rassembler, de les lier en une narration. Finalement, la fonction soignante repose, comme le propose Jacques Hochmann s’inspirant de Paul Ricœur⁵, sur une mise en récit. Si le patient à qui l’on fait raconter sa vie se reconnaît dans le récit que le soignant va faire pour lui, il ira mieux parce que le soignant lui a proposé une fonction contenant dans laquelle il s’est senti porté – fonction phorique – et, pour une part, reconnu. Il s’agit d’une sorte de stade du miroir par la narration.

5. P. Ricœur, *Temps et récit*, Paris, Le Seuil, 3 tomes, 1983-1985.

En réalité, la mise en récit s'élabore asymptotiquement dans la relation avec les soignants. La vie quotidienne du patient est traversée par des passages à l'acte et les soignants, plutôt que de les considérer comme les éléments d'un discours encore énigmatique à déchiffrer, sont trop souvent en train de le surveiller pour les « prévenir ». Ils notent dans leur cahier de consignes, classiquement, qu'il est intenable, voire dangereux et qu'il va falloir augmenter son traitement, alors qu'il est envahi par des angoisses archaïques. Cette accumulation de « transmissions ciblées » se traduit, hélas trop souvent, par des passages à l'acte « iatrogènes » en retour. Avec la néo-psychiatrie actuelle, le risque est de se focaliser sur les seuls comportements, et de passer à côté de ce qu'ils cherchent à signifier.

Un patient veut sortir de son pavillon d'hospitalisation pour aller fumer une cigarette. Le soignant qui peut l'autoriser a beaucoup de travail à finir avant de l'accompagner. Deux heures plus tard, le patient revient et redemande à aller fumer. Le soignant ne peut toujours pas le lui autoriser. Le patient devient agressif avec le soignant. Ce dernier le menace de contention en raison de son agressivité. Quelques minutes plus tard, sa violence aboutit à une contention. Après cet « incident », le soignant déprimé déclare à ses collègues : « Je n'ai pas souhaité faire un métier dans la relation pour en arriver là ! Si on avait été plus nombreux, on n'aurait jamais mis ce patient en contention... » Plus tard, lors d'un rendez-vous avec le médecin du travail de l'hôpital, il se plaint

semble plus pertinente. Le débat actuel est faussé par des résultats plus favorables, annoncés comme scientifiques, en faveur de la première méthode, alors qu'il est difficile de soumettre la seconde à des évaluations comparatives. De plus, il faut reconnaître qu'elle n'a pas consacré suffisamment de travaux à cet effet, car elle était davantage centrée sur les études de cas uniques. Un certain nombre de chercheurs¹ s'y emploient désormais, et il apparaît que les résultats à plus long terme sont tout à fait comparables, voire supérieurs aux premiers. Mais si la psychothérapie institutionnelle accepte le recours aux deux méthodes en fonction des problématiques à résoudre, la constellation transférentielle a essentiellement besoin de la seconde. La difficulté réside dans le fait que les techniques de management utilisées aujourd'hui sont résolument engagées dans la méthode « a priori ». Et il est certain que le *new management* actuel ne va pas dans le sens souhaité. Or, on n'a jamais vu des soignants adopter des attitudes humaines avec des patients gravement touchés par la maladie s'ils ne sont pas considérés eux-mêmes de façon humaine par leurs responsables ; on ne peut être ni bienveillant par décret, ni généreux en suivant un protocole. L'expérience nous a montré que, sans le recours à ces détours institutionnels nécessaires, les personnes présentant des pathologies archaïques ne pourront pas être suffisamment aidées pour vivre

1. J.M. Thurin, « De l'évaluation des psychothérapies à la recherche en psychothérapie et psychanalyse », *Research in Psychoanalysis*, n° 23, 2017.

dans et avec la cité, en fonction de leurs ressources propres et des accompagnements de soignants engagés dans une relation humaine avec eux. Car il s'agit toujours, dans notre domaine, de construire artisanalement² en lien avec le patient son costume thérapeutique sur mesure, plutôt que de choisir la facilité industrielle du prêt-à-porter. C'est pourquoi la constellation transférentielle peut, en attendant des temps plus favorables, constituer une forme de résistance basale très opérante pour les patients, et porteuse d'espoir pour les soignants.

2. E. Venet, *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*, Lagrasse, Verdier, 2020.