

ERIC BERNE

**Analyse
transactionnelle
et
psychothérapie**

p b p

pbp

eric berne

analyse
transactionnelle
et
psychothérapie

330

petite bibliothèque payot

106, boulevard saint-germain, 75006 paris

Cet ouvrage, traduit de l'américain par Sylvie Laroche, est paru en première édition française en 1971 dans la « Bibliothèque Scientifique » des Éditions Payot.

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

**Eric Berne, Transactional Analysis in Psychotherapy.
Grove Press, Inc., New York.**

In Memoriam
Patris Mei David
Medicinae Doctor et Chirurgiae Magister
atque Pauperibus Medicus

Montréal, Canada, 1882-1921.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	9
Introduction.....	15
Chapitre Premier : Considérations générales.....	19

PREMIÈRE PARTIE

PSYCHIATRIE DE L'INDIVIDU ET ANALYSE STRUCTURALE

Chapitre II : La structure de la personnalité.....	27
» III : Fonction de la personnalité.....	36
» IV : Psychopathologie	43
» V : Pathogénèse	52
» VI : Symptomatologie	60
» VII : Diagnostic	69

DEUXIÈME PARTIE

PSYCHIATRIE SOCIALE ET ANALYSE TRANSACTIONNELLE

Chapitre VIII : Les échanges sociaux.....	85
» IX : Analyse des transactions	92
» X : Analyse des jeux.....	100
» XI : Analyse des scénarios.....	118
» XII : Analyse des relations	130

TROISIÈME PARTIE

PSYCHOTHÉRAPIE

Chapitre XIII : Thérapie des psychoses fonctionnelles.....	141
» XIV : Thérapie des névroses.....	156
» XV : Thérapie de groupe	169

TABLE DES MATIÈRES

QUATRIÈME PARTIE

LES FRONTIÈRES DE L'ANALYSE TRANSACTIONNELLE

Chapitre XVI : Structure détaillée de la personnalité.....	197
» XVII : Analyse structurale avancée.....	206
» XVIII : Thérapie du mariage.....	217
» XIX : Analyse régressive.....	230
» XX : Considérations théoriques et techniques.....	239
Appendice : Un exemple de traitement terminé.....	255
Index des patients.....	273
Index des auteurs cités.....	275
Index des matières.....	277
Table des figures.....	283

TABLE DES FIGURES

1. Diagrammes structuraux.....	29
2. Exclusion.....	45
3. Contamination.....	47
4. Développement de la personnalité.....	53
5. Diagrammes structuraux.....	55
6. Structure d'un délire.....	63
7. Diagramme des places occupées.....	94
8. Types courants de transactions.....	95
9. Passe-temps et jeux.....	103
10. Diagramme des places occupées.....	125
11. Analyses de relations.....	132
12. Analyses qualitative et quantitative des relations.....	136
13. Décontamination.....	147
14. Renforcement de la frontière entre l'Adulte et l'Enfant...	150
15. Groupe de l'hôpital psychiatrique.....	177
16. Groupe des mères.....	179
17. Structure détaillée de la personnalité.....	199
18. Éléments parentaux.....	207
19. Éléments parentaux (<i>suite</i>).....	211
20. Programmation.....	250

PRÉFACE

Ce livre trace l'esquisse d'un système cohérent de psychiatrie individuelle et sociale tel qu'on l'a enseigné pendant les cinq dernières années au Séminaire de Thérapie de Groupe à l'Hôpital Mount Zion de San Francisco, au Congrès Médical de Psychiatrie tenu à Monterey Peninsula, aux Séminaires de Psychiatrie Sociale de San Francisco, et plus récemment à l'Hôpital psychiatrique d'Atascadero, et à l'Institut Neuro-Psychiatrique Langley Porter. Cette approche est maintenant employée par des thérapeutes et des personnes chargées de travail de groupe, soit dans le cadre de différentes institutions officielles, soit en dehors, dans des consultations privées, pour traiter presque toutes les formes de troubles mentaux, affectifs et caractériels. L'intérêt croissant qu'on lui porte, la diffusion de plus en plus large de ses principes, ont montré combien ce livre était nécessaire, car il était devenu de plus en plus difficile de répondre à toutes les demandes de conférences, de textes épuisés, et de faire face à une correspondance débordante.

L'auteur a eu la chance de pouvoir visiter des hôpitaux psychiatriques dans quelque trente pays d'Europe, d'Asie ou d'Afrique et dans les îles de l'Atlantique et du Pacifique, et il a eu l'occasion de mettre à l'épreuve les principes de l'analyse structurale dans différents types de groupes raciaux et de cadres culturels. Leur précision et la valeur des prédictions qu'ils permettent se sont assez bien défendues dans des conditions particulièrement difficiles où il fallait faire appel à des interprètes pour toucher des gens aux mentalités très lointaines.

Étant donné que l'analyse structurale est une théorie plus générale que la psychanalyse orthodoxe, il serait préférable, et plus équitable envers l'auteur, que le lecteur résiste, au moins dans un premier temps, à la tentation bien compréhensible de faire rentrer celle-là dans celle-ci. Si le processus a lieu dans le sens contraire, comme il le devrait, on découvrira qu'on

peut facilement considérer la psychanalyse, du point de vue méthodologique, comme un aspect hautement spécialisé de l'analyse structurale. Par exemple l'analyse transactionnelle, qui est l'aspect social de l'analyse structurale, montre qu'il existe plusieurs formes différentes de « transactions croisées ». Une seule de ces formes, appelée ici « Transaction Croisée de Type I », regroupe en fait la presque totalité des multiples phénomènes de transfert. D'autres exemples des relations existant entre psychanalyse et analyse structurale seront donnés dans le cours du texte.

SÉMANTIQUE.

Plus loin on emploiera le terme *analyse transactionnelle* quand on voudra parler du système dans son ensemble, y compris de l'analyse structurale. Dans des contextes précis, on pourra aussi trouver ce terme dans son sens le plus étroit d'analyse de transactions particulières.

Par *psychiatrie sociale*, on entend l'étude des aspects psychiatriques de transactions spécifiques, ou d'ensembles de transactions qui ont lieu entre des personnes précises (deux ou davantage) à un moment et en un lieu donné. Pour désigner l'épidémiologie psychiatrique comparée, c'est-à-dire l'étude comparée des problèmes psychiatriques de groupes sociologiques, culturels, ou nationaux différents, qu'on appelle aussi quelquefois la « psychiatrie sociale », on peut pour plus de précision et plus de justesse employer l'expression « psychiatrie comparée ». (L'auteur a déjà abordé la discussion de ce problème de nomenclature (1956), en faisant remarquer que Yap, dès 1951, parlait de « psychiatrie comparée »).

Il s'applique souvent aux êtres humains en général, quel que soit leur sexe. *Est* dans un contexte technique signifie « est régulièrement, d'après ce que l'auteur a pu constater au cours de son travail ». *Semble être* signifie « me paraît être, à la suite d'observations réitérées, mais pas suffisantes pour me donner actuellement une certitude ». Quand on parle de gens réels, on dit « adulte », « parent » et « enfant ». Quand ces mots prennent une majuscule (*Adulte*, *Parent* et *Enfant*) ils se rapportent à des états du moi, non pas à des gens. Les adjectifs qui leur correspondent sont « parental », « adulte » et « infantile », qui parfois prennent une majuscule, parfois non, suivant le contexte.

Quand dans ce livre on parle de psychanalyse et de ce qui s'en rapproche, on fait allusion à la psychanalyse dite « orthodoxe », c'est-à-dire à la résolution de conflits infantiles par l'emploi systématique de l'association libre, en rapport avec les phénomènes de transfert et de résistance selon les principes de Freud. Il faut néanmoins rappeler que, au bout de quinze ans, l'auteur et le mouvement psychanalytique se sont officiellement séparés, il y a quelques années déjà (dans les meilleurs termes du monde) ; en outre, l'auteur ne conçoit pas la fonction du moi de la même façon que la majorité des psychanalystes orthodoxes, ses vues se rapprochant davantage de celles de Federn (1952) et de son élève Edoardo Weiss (1950).

REMERCIEMENTS

Ma gratitude va tout d'abord à ceux qui à San Francisco m'ont encouragé en me témoignant leur intérêt pour l'analyse transactionnelle dès ses premiers pas : le Dr. R. J. Starrels qui en a suivi l'évolution presque *ab initio* ; le Dr. Martin Steiner qui a organisé les premiers séminaires à l'Hôpital Mount Zion et M^{me} Eugenia Prescott du Département d'Hygiène de San Francisco qui a organisé le premier séminaire du soir. Je suis particulièrement reconnaissant à tous ceux qui m'ont invité ou qui m'ont permis de soumettre mes idées au jugement critique de leurs collaborateurs et d'en donner la démonstration clinique : le Dr. Norman Reider de l'Hôpital Mount Zion ; le Dr. Donald Shaskan de la Clinique d'Hygiène Mentale de la Veterans Administration ; le Dr. Robert Harris de l'Institut neuropsychiatrique Langley Porter et le Dr. Reginald Rood et le Dr. Victor Arcadi de l'Hôpital psychiatrique d'Atascadero.

Les développements les plus décisifs ont eu lieu aux Séminaires de Psychiatrie Sociale de San Francisco. C'était pour moi une grande récompense de voir tant de gens les suivre semaine après semaine pendant des mois et même des années, alors qu'ils avaient souvent de longues distances à parcourir et que cela exigeait, dans la plupart des cas, des sacrifices considérables pour des gens aussi occupés qu'eux. Ceux qui m'ont régulièrement fait bénéficier de leurs critiques et de leurs tributs, et ceux qui ont appliqué l'analyse structurale et transactionnelle à leurs patients, en séances individuelles ou de groupe, en me faisant part des résultats obtenus, tous ont donc permis d'étoffer de la façon la plus efficace la théorie par des exemples cliniques. Parmi eux je tiens à citer M^{lle} Viola Litt, secrétaire des séminaires ; M^{lle} Barbara Rosenfeld, qui a consacré plusieurs heures chaque semaine à l'analyse transactionnelle et qui a suggéré un grand nombre d'idées utiles ; M. Harold E. Dent ; le Dr. Franklin Ernst ; M^{lle} Margaret Frings ; le Dr. Gordon Gritter ; le Dr. John Ryan ; M^{me} Myra

Schapps et M. Claude Steiner. Ma reconnaissance va aussi à tous ceux qui ont participé activement au Congrès Médical de Psychiatrie tenu à Monterey Peninsula ou qui l'ont suivi avec régularité (une expérience hebdomadaire agréable, sans formalisme et fort éclairante à laquelle on a donné un titre imposant) : le Dr. Bruno Klopfer ; le Dr. David Kupfer, le Dr. Herbert Wiesenfeld et M^{lle} Anita Wiggins, R. N. Cette liste pourrait être allongée de façon à inclure ceux qui ont suivi les séminaires de temps en temps et qui, par leurs questions et leurs observations, ont stimulé une réflexion ultérieure. J'ai aussi beaucoup apprécié les chances qui m'ont été offertes par les organisateurs de toutes les réunions auxquelles j'ai été invité comme conférencier. Mes remerciements vont en outre à tous ceux qui ont offert de suivre en tant qu'observateurs les groupes thérapeutiques et qui m'ont ainsi permis de vérifier si ma version des faits n'était qu'un fruit de mon imagination ou si elle était en quelque mesure partagée. Je suis surtout reconnaissant aux patients qui m'ont révélé la structure de leur personnalité et qui m'ont permis d'élaborer les principes de l'analyse transactionnelle.

Enfin mes remerciements s'adressent à tous ceux dont l'aide a été précieuse pour la rédaction de cet ouvrage : à tous les médecins, presque une centaine, qui l'ont lu avec attention et m'ont fait bénéficier de leurs remarques ; à ma femme pour l'attention qu'elle a consacrée à ce que mon mécanisme fonctionne sans accroc et pour sa patience pendant toutes les soirées que j'ai passées à travailler ; et à M^{me} Allen Williams pour la conscience et l'intelligence qu'elle a déployées dans son travail de secrétaire.

Carmel-by-the Sea, Californie.

Avril 1960.

INTRODUCTION

Un état du moi peut se décrire phénoménologiquement comme un système cohérent de sentiments liés à un sujet déterminé, et opérationnellement comme un système cohérent de types de comportement ; de façon pragmatique, il s'agit d'un système de sentiments qui détermine un système correspondant de types de comportement. Penfield¹ a démontré que chez les épileptiques les souvenirs sont conservés sous leur forme naturelle en tant qu'états du moi. Par le moyen d'une stimulation électrique directe des deux côtés du cortex temporal mis à nu, il a pu provoquer de tels phénomènes.

« Le sujet ressent à nouveau l'émotion que la situation avait fait naître en lui la première fois, et les interprétations présentes à sa conscience sont les mêmes, vraies ou fausses, que celles qu'il avait données lui-même sur le coup à l'expérience. Ainsi, le souvenir qu'on provoque n'est pas l'exacte reproduction photographique ou phonographique de scènes ou d'événements passés, mais la reproduction de ce que le patient a vu, entendu, ressenti et compris. » Il note plus loin que de telles évocations sont discontinues, et « ne se confondent pas avec d'autres expériences similaires ».

Il démontre ensuite que deux états du moi différents peuvent être présents à la conscience simultanément comme des entités psychologiques discontinues, distinctes l'une de l'autre. Un malade à qui l'on faisait ainsi revivre « par la contrainte » au moyen d'une stimulation électrique une expérience passée, se mit à crier qu'il entendait des gens en train de rire. Toutefois le malade lui-même « ne se sentait pas le cœur à rire de la plaisanterie, quelle qu'elle ait pu être. Il était en quelque sorte doublement conscient de l'existence de deux situations simultanées. Son exclamation montrait qu'il se rendait compte instantanément du désaccord entre les deux expériences — l'une dans le présent, l'autre tirée du passé et amenée de force à sa conscience ». Cela fait allusion au fait que le malade était plei-

nement conscient d'être dans la salle d'opération, et que son exclamation s'adressait au médecin ; et que pourtant, en même temps, quand un tel souvenir « est contraint à réapparaître dans la conscience du malade, celui-ci a l'impression d'être en train de le vivre ». Ce n'est que lorsque l'expérience est terminée qu'il peut la reconnaître comme un souvenir particulièrement vif du passé. Un tel souvenir est « aussi net qu'il aurait pu l'être trente secondes après l'expérience originelle ». Au moment de la stimulation, le malade « est lui-même à la fois acteur et public ».

Penfield, Jasper et Roberts ^{2, 3} mettent en relief la différence qui sépare le retour à la conscience de souvenirs revécus ainsi dans leur totalité, c'est-à-dire la réapparition d'un état du moi intégral, et les phénomènes isolés qui se produisent quand on stimule le cortex visuel ou auditif, ou encore la mémoire de la parole et des mots. Ils soulignent que dans l'enregistrement temporel sont inscrits des éléments psychiques importants, comme la compréhension du sens de l'expérience, et l'émotion qu'elle a pu causer. Toutefois Penfield lui-même n'emploie pas l'expression « état du moi ».

Dans les commentaires qu'il fait sur ces expériences, Kubie note que le sujet est à la fois observateur et observé, et que les réservoirs archipalléaux et néopalléaux sont ouverts. « La remémoration est totale par essence, elle fait intervenir beaucoup plus que le patient n'est capable d'évoquer à l'état conscient, elle s'approche de cette totalité de remémoration qui peut être atteinte quelquefois avec des patients sous hypnose. » Le passé est aussi proche et aussi vivant que le présent : on fait véritablement revivre au patient une expérience bien précise. La mémoire verbale, ou néopalléale, semble jouer le rôle d'un souvenir-écran, qui masque les souvenirs sensoriels, ou « viscéraux », suscités par les mêmes expériences. Kubie en tire la conclusion que les événements sont vécus simultanément de deux façons, « archipalléale » et « néopalléale ». Il est intéressant de noter l'opinion de Cobb, qui, dans le même recueil ⁴, déclare que « l'étude des émotions est maintenant une occupation médicale légitime », qu'il met en relation avec la physiologie de l'« archicortex ».

C'est un fait bien connu des psychologues, c'est-à-dire de tous ceux qui se consacrent à l'étude de l'esprit, quels que soient leurs titres, que des états du moi peuvent être conservés intégralement de façon permanente. Federn ⁵ est le premier à avoir affirmé sur le plan psychiatrique ce que Penfield a démontré

plus tard par ses remarquables expériences neurochirurgicales, à savoir que la réalité psychologique s'appuie sur des états du moi intégraux et discontinus. Il note que l'expression « état du moi » a rencontré des résistances quand elle a été introduite. Il était plus facile pour les gens de continuer à penser dans les formes conceptuelles orthodoxes que de s'en libérer pour adopter une démarche phénoménologique.

Weiss⁶, le principal interprète de Federn, a clarifié et systématisé la psychologie du moi de Federn. Weiss décrit un état du moi comme « la réalité telle que la vit effectivement un sujet, de son moi mental et corporel, avec les contenus qu'y a déposés sa vie passée ». A cet égard, Federn parle d'« états du moi quotidiens ». Weiss met l'accent sur ce que Penfield avait prouvé : les états du moi de niveaux d'âge antérieurs gardent une existence potentielle au sein de la personnalité. Ce point était déjà acquis sur le plan clinique grâce au fait que de tels états du moi « peuvent être réinvestis directement dans certaines conditions bien précises telles que l'hypnose, les rêves, et les psychoses ». Il remarque aussi que « deux états du moi distincts, ou davantage, peuvent lutter pour rester unis, et peuvent être présents simultanément à la conscience ». Selon Federn, le refoulement des souvenirs et des conflits traumatiques n'est possible dans bien des cas qu'à travers le refoulement de tout l'état du moi qui s'y rapporte. Les états du moi anciens sont maintenus à l'état latent, dans l'attente d'être réinvestis. En outre, quand il parle d'investissement des états du moi, Federn dit que c'est l'investissement lui-même qui est vécu comme sentiment du moi. Cela se rapporte au problème de la nature du « Soi ».

Weiss parle de « l'état du moi infantile résiduel dans la personne de l'adulte, qui en général reste investi, mais peut à tout moment être réinvesti facilement », une espèce de « moi-enfant ». D'autre part, il existe une autre sorte d'influence qu'il appelle la « présence psychique ». Celle-ci est « l'image mentale d'un autre moi », quelquefois un moi parental, qui influe sur les émotions et le comportement de la personne. Il décrit un certain nombre de situations dans lesquelles (a) l'état du moi infantile résiduel, (b) l'état du moi normal ou (c) la présence psychique peuvent respectivement déterminer les réactions de la personne.

Plus récemment Chandler et Hartman⁷, qui se servaient du LSD-25, ont montré les similitudes frappantes qui existent entre la réactivation d'états archaïques du moi par des moyens pharmacologiques, et celle qui est obtenue par une stimulation élec-

trique du cortex ; toutefois, pas plus que Penfield, ils n'emploient l'expression précise « état du moi ». Comme lui ils décrivent la venue simultanée à la conscience de deux états du moi, l'un dirigé vers la réalité externe et psychologique du moment, l'autre qui plus qu'un simple rappel est un véritable « retour au jour » de scènes qui peuvent remonter à la première année de la vie, « avec une grande richesse de couleurs et de détails ; le malade a l'impression d'être à nouveau dans la situation, il en ressent les affects dans toute leur intensité primitive ».

D'autres auteurs se sont aussi intéressés au problème des états du moi, mais les citations qui ont été faites suffiront à attirer l'attention du lecteur sur ces phénomènes. L'analyse structurale et transactionnelle qui forme le sujet de ce livre, se fonde uniquement sur des observations cliniques et sur l'expérience acquise auprès des malades, toute idée préconçue mise à part. Dans ces conditions, l'étude des états du moi intégraux est apparue comme l'approche « naturelle » à la psychologie et à la psychothérapie. Mais, comme l'a laissé entendre Federn, la plupart des thérapeutes étant habitués à penser et à travailler selon les formes conceptuelles orthodoxes, l'approche naturaliste n'est pas toujours explorée à fond. En cherchant dans ce qui a été écrit sur ce sujet la confirmation de ses conclusions dans le domaine de l'analyse structurale et transactionnelle, l'auteur a eu le plaisir de découvrir, ou de redécouvrir, qu'il suivait les traces de ses deux professeurs les plus remarquables (Penfield et Federn). La justesse des citations rassemblées ici deviendra évidente dans la suite du livre.

RÉFÉRENCES.

1. Penfield, W. « Memory Mechanisms ». Arch. Neurol. & Psychiat. 67 : 178-198, 1952, avec des commentaires de L. S. Kubie et autres.
2. Penfield, W. & Jasper, H. *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain*. Little, Brown & Company, Boston, 1954, Chap. xi.
3. Penfield, W. & Roberts, L. *Speech and Brain-mechanisms*. Princeton University Press, Princeton, 1959 (tr. fr. *Langage et Mécanismes cérébraux*, Paris, PUF, 1963).
4. Cobb, S. « On the Nature and Locus of Mind ». Réf. 1, 172-177.
5. Federn, P. *Ego Psychology and the Psychoses*. Basic Books, New York, 1952.
6. Weiss, Edoardo. *Principles of Psychodynamics*. Grune & Stratton, New York, 1950.
7. Chandler, A. L. & Hartman, M. A. « Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25) as a Facilitating Agent in Psychotherapy ». *A.M.A. Arch. Gen. Psychiat.* 2 : 286-299, 1960.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

I. LES FONDEMENTS RATIONNELS.

L'analyse structurale et l'analyse transactionnelle offrent de la personnalité et de la dynamique sociale une théorie systématique et cohérente construite à partir d'une expérience clinique, et une forme de thérapie active et rationnelle qui convient à la grande majorité des malades relevant de la psychiatrie, qu'ils peuvent comprendre facilement et qui se prête sans difficulté à leur cas.

Les psychothérapies conventionnelles peuvent en gros se diviser en deux groupes : d'un côté celles qui font intervenir des fonctions « parentales », comme donner des conseils, rassurer, etc... ; de l'autre les approches « rationnelles » fondées sur l'interprétation et la confrontation, comme la thérapie non-directive et la psychanalyse. Les approches « parentales » ont le défaut de négliger, voir de nier les fantasmes archaïques du malade, si bien qu'au bout du compte le thérapeute perd trop souvent le contrôle de la situation, et est lui-même surpris ou déçu du résultat final de la cure. Les approches rationnelles se proposent de doter le malade lui-même de mécanismes de contrôle ; les méthodes habituelles demandent généralement pour cela un laps de temps prolongé pendant lequel non seulement le malade, mais aussi ses intimes et ses familiers peuvent avoir à souffrir de sa conduite perturbée. Si le malade a des enfants en bas âge, un tel délai peut avoir un effet décisif sur le développement de leur caractère.

L'approche structurale-transactionnelle permet d'éliminer ces difficultés. Comme elle tend à développer rapidement chez le malade l'aptitude à contrôler et à tolérer ses angoisses et à limiter son « acting-out », elle possède bien des avantages d'une

thérapie « parentale ». En même temps, comme le thérapeute reste pleinement conscient de la présence d'éléments archaïques dans la personnalité du malade, rien de ce qui fait le prix de la thérapie rationnelle n'est perdu. Elle s'est montrée particulièrement appréciable dans certains cas auxquels, comme c'est bien connu, il est difficile d'appliquer avec efficacité des thérapies conventionnelles, en particulier pour différents types de psychopathes ; pour des gens atteints de schizophrénie latente, rémittente, ou de cas-limite de schizophrénie (*borderline*) et pour des maniaques-dépressifs ; pour des adultes retardés mentaux.

Du point de vue pédagogique, il est beaucoup plus facile d'enseigner avec de bons résultats l'analyse structurale et transactionnelle que bien d'autres approches cliniques. On peut en saisir les principes en dix semaines, et un chercheur ou quelqu'un qui a par ailleurs une bonne expérience clinique peut, en un an de pratique dirigée, acquérir une bonne qualification théorique et pratique. Chez quelqu'un ayant une formation psychanalytique rigide, il peut se développer une forte résistance, au début tout du moins, aux principes de l'analyse structurale, sauf si cette personne nourrit un intérêt particulier pour la psychologie du moi.

Une auto-évaluation selon les termes de ce système est exempte des difficultés que doit affronter une auto-analyse, de telle sorte qu'il est relativement facile pour un praticien de déceler et de contrôler les facteurs archaïques ou issus de préjugés dans ses propres réactions.

2. LA PROCÉDURE.

Pour le travail en groupe comme pour le travail individuel, cette méthode procède par étapes qui peuvent être définies avec exactitude, et qui suivent, au moins dans les grandes lignes, un certain ordre de succession, si bien que le thérapeute comme le patient peuvent à tout moment faire le point sur la position thérapeutique avec une assez grande précision, c'est-à-dire voir ce qu'ils ont réalisé jusqu'alors, et ce que sera vraisemblablement la prochaine étape.

● L'analyse structurale, qui doit précéder l'analyse transactionnelle, cherche à différencier et à analyser les états du moi. Cette procédure a pour but d'assurer la prédominance des états du moi qui ont recours à l'épreuve de la réalité, et d'éliminer en eux toute contamination par des éléments archaïques ou

étrangers. Quand cela est fait, le malade peut passer à l'*analyse transactionnelle* : tout d'abord l'analyse de transactions simples, ensuite l'analyse de séries stéréotypées de transactions, enfin l'analyse d'opérations longues et complexes qui font souvent intervenir plusieurs personnes et qui se fondent généralement sur des fantasmes assez compliqués. Comme exemple de ces derniers, on peut citer le fantasme de sauvetage d'une femme dont tous les maris successifs sont alcooliques. Cette phase a pour but le *contrôle social*, c'est-à-dire le contrôle par l'individu de ses propres tendances à manœuvrer d'autres gens d'une manière destructive ou ruineuse, et en même temps de sa tendance à réagir sans discernement et sans avoir la liberté de ses actes quand il est manœuvré par d'autres gens.

Au cours de ces opérations thérapeutiques, les états archaïques du moi fixés à la suite d'un traumatisme ont été différenciés, mais ils existent toujours. Au terme de cette suite d'opérations, l'individu est dans une position particulièrement favorable, grâce à la prédominance de l'épreuve de la réalité, pour essayer de résoudre les conflits et les déformations archaïques. L'expérience a montré qu'une telle continuation n'est pas essentielle au succès thérapeutique de la méthode, et c'est au jugement clinique de décider s'il faut poursuivre ou non dans cette voie, compte tenu des marges de liberté que chaque situation offre.

3. LE LANGAGE.

Alors que l'exposé théorique est assez complexe, les applications pratiques de l'analyse structurale et transactionnelle font appel pour tout vocabulaire ésotérique à six mots seulement. L'*extéropsyché*, la *néopsyché* et l'*archéopsyché* sont considérées comme des *organes* psychiques, qui se manifestent phénoménologiquement comme des *états du moi* extéropsychiques (par ex. d'identification), néopsychiques (par ex. d'élaboration des données) et archéopsychiques (par ex. régressifs). En langage familier on appelle respectivement ces types d'états du moi le *Parent*, l'*Adulte* et l'*Enfant*. Ces trois substantifs constituent la terminologie de l'analyse structurale. Les problèmes méthodologiques mis en jeu par le passage des organes aux phénomènes et aux substantifs ne concernent pas les applications pratiques.

Certains ensembles de manœuvres sociales qui se représentent régulièrement semblent remplir à la fois des fonctions défen-

sives et procurer des satisfactions. En langage familier on les appelle des *passé-temps* et des *jeux*. Certains d'entre eux, qui procurent avec facilité à la fois des bénéfices primaires et des bénéfices secondaires, tendent à devenir particulièrement courants ; le jeu de « l'Association de Parents d'Élèves » par exemple est très répandu dans ce pays chaque fois que des parents se retrouvent ensemble dans des réceptions ou dans des groupes. Certaines opérations plus complexes se fondent sur une large planification de la vie à l'état inconscient, qu'on appelle un *scénario*, d'après les scénarios de théâtre qui sont des dérivés intuitifs de ces drames psychologiques. Ces trois termes, « *passé-temps* », « *jeu* » et « *scénario* », constituent le vocabulaire de l'analyse transactionnelle.

On démontrera que le Parent, l'Adulte et l'Enfant ne sont pas des concepts comme le Surmoi, le Moi et le Ça, ou comme les constructions de Jung, mais des réalités phénoménologiques ; de la même façon, les *passé-temps*, les *jeux* et les *scénarios* ne sont pas des abstractions, mais des réalités sociales opérationnelles. Dès qu'il a acquis une connaissance solide de la signification psychologique, sociale et clinique de ces six termes, l'analyste transactionnel (médecin, psychologue, spécialiste des sciences sociales, assistante sociale) est à même de les utiliser comme outils thérapeutiques, outils de recherche, outils de travail, suivant les occasions et selon ses qualifications.

NOTES.

La souplesse des approches employées par tous les thérapeutes avertis rend impossible une *classification rigide des psychothérapies*. La subdivision en deux classes, « parentale » et « rationnelle », correspond en gros au schéma fourni en 1943 par Giles W. Thomas¹, qui s'appuyait sur la classification de Merrill Moore (1942). K. E. Appel² subdivise les psychothérapies en « Approches psychologiques directes ou symptomatiques », qui comprennent l'hypnose, la suggestion, l'exhortation morale (Dubois), la persuasion (Déjerine), l'autorité, la direction et la volonté, et en « Approches qui font intervenir la réorganisation de la personnalité », comprenant la psychobiologie (A. Meyer), « l'étude de la personnalité », la psychanalyse et les méthodes qui s'y rapportent et la thérapie de la « croissance dynamique », auxquelles il faudrait ajouter aujourd'hui la thérapie non-directive (Rogers). Ces deux catégories à leur tour recoupent en gros respectivement les approches « parentale » et « rationnelle ». Un troisième type, qui entre dans une catégorie spéciale, est la thérapie de jeu que l'on applique aux enfants ; cette dernière peut parfois n'être ni parentale ni rationnelle mais « infantile ».

La facilité d'enseigner (ou d'apprendre) le système présenté ici est illustrée par le fait que ceux qui ont étudié l'analyse transactionnelle la mettent maintenant en application avec des patients relevant de la psychiatrie générale dans des groupes thérapeutiques ou en traitement

individuel, au sein des cadres institutionnels les plus divers, ainsi qu'avec plusieurs catégories de patients qui seront décrites ou mentionnées dans le cours du texte. (Plus récemment ce système a commencé à être employé par des infirmières à spécialisation psychiatrique, des personnes chargées de délinquants en liberté surveillée, des ministres du culte et par le personnel de l'Armée et de la Marine).

En ce qui concerne l'*auto-analyse*, le dicton veut que « le problème avec l'auto-analyse soit le contre-transfert ». (Il existe au moins une demi-douzaine de psychiatres qui tous affirment, en toute modestie, être l'auteur de cet aphorisme). Cette difficulté peut être résolue assez brillamment par la procédure structurale.

Pour ce qui est du vocabulaire, les termes « néopsychique » et « archéopsychisme » sont attestés dans le « Dictionnaire de Psychiatrie » de Hinsie et Shatzsky³. « Archipallium » et « néopallium » sont des termes neurologiques bien connus⁴.

RÉFÉRENCES.

1. Thomas, G. W. « Group Psychotherapy : A Review of the Recent Literature ». *Psychosom. Med.* 5 : 166-180, 1943.
2. Appel, K. E. « Psychiatric Therapy ». Dans *Personality and the Behavior Disorders* (sous la direction de J. M. Hunt). Ronald Press Company, New York, 1944, pp. 1107-1163.
3. Hinsie, L. E. & Shatzsky, J. *Psychiatric Dictionary*. Oxford University Press, New York, 1940.
4. Tilney, F. & Riley, H. A. *The Form and Functions of the Central Nervous System*, Paul B. Hoeber, New York, 1928.

PREMIÈRE PARTIE

***PSYCHIATRIE DE L'INDIVIDU
ET ANALYSE STRUCTURALE***

CHAPITRE II

LA STRUCTURE DE LA PERSONNALITÉ

M^{me} Primus, une jeune mère de famille, avait été adressée à un psychiatre pour examen par son médecin de famille. Pendant une minute ou deux elle resta assise, l'air tendu, les yeux fixés sur le sol, puis elle se mit à rire. Quelques instants plus tard son rire cessa, elle regarda le docteur à la dérobée, puis détourna de nouveau les yeux et se remit à rire. Ces faits se répétèrent dans le même ordre à trois ou quatre reprises. Ensuite assez brusquement ses ricanements cessèrent, elle se redressa sur sa chaise, tira sur sa jupe et tourna la tête vers la droite. Elle garda cette nouvelle attitude pendant quelques instants et le psychiatre, après l'avoir observée en silence, lui demanda si elle entendait des voix. Elle fit signe que oui, sans détourner la tête, en continuant à écouter. Le médecin intervint une nouvelle fois pour lui demander quel âge elle avait. Grâce à son intonation soigneusement étudiée, il réussit à attirer son attention. Elle se tourna vers lui, reprit ses esprits et répondit à sa question.

A partir de là elle répondit à toute une série de questions précises, de façon concise et pertinente. En un bref laps de temps le psychiatre avait obtenu assez de renseignements pour justifier un premier diagnostic de schizophrénie aiguë, et il était en mesure de reconstruire quelques-unes des causes occasionnelles de sa maladie ainsi que certains des faits saillants de sa première enfance. Après cela il ne lui posa aucune question pendant un moment et très vite elle retomba dans son état précédent. Le cycle de ses gloussements minaudiers, de ses coups d'œil furtifs et des instants où, d'un air guindé, elle prêtait attention à ses hallucinations, se répéta jusqu'à ce que le médecin lui eût demandé quelles étaient ces voix et ce qu'elles racontaient.

Elle répondit qu'il s'agissait apparemment d'une voix

d'homme et qu'il la traitait de noms horribles, en employant des mots qu'elle n'avait jamais entendus auparavant. Puis le thérapeute porta l'entretien sur sa famille. Elle décrivit son père comme un homme merveilleux, un mari plein d'égards, un père aimant, apprécié par tout le monde dans sa ville, et ainsi de suite. Toutefois il se révéla très vite qu'il buvait beaucoup et que dans ces moments-là il se montrait différent ; il employait des gros mots. Interrogée sur la nature de ces gros mots, elle se rendit compte qu'elle avait entendu dans sa bouche quelques-unes des épithètes que la voix de son hallucination employait.

Cette malade présentait de façon assez frappante trois états différents du moi qui se caractérisaient par des variations dans son attitude, dans sa manière d'être, dans l'expression de son visage et dans d'autres caractéristiques physiques. Le premier correspondait à ses ricanements timides, fort semblables à ceux d'une petite fille d'un certain âge ; le second à sa raideur vertueuse, celle d'une lycéenne qui a commis une peccadille sexuelle et qui a failli être prise sur le fait ; dans le troisième elle était capable de répondre à des questions comme une femme adulte qu'elle était, et elle montrait que dans cet état elle conservait intactes sa compréhension, sa mémoire et sa capacité de raisonnement.

Les deux premiers états du moi étaient archaïques dans la mesure où ils convenaient à un stade antérieur de son développement, mais étaient inadaptés à la réalité présente de l'entretien. Dans le troisième elle se montrait fort capable de saisir toutes les données de la situation présente et d'agir en conséquence, ce qui caractérise de façon générale un comportement d'« adulte », qui ne serait pas à la portée d'un enfant ou d'une lycéenne troublée par des problèmes sexuels. Quand elle « reprenait ses esprits », sous l'impulsion du ton prosaïque du psychiatre, c'était la manifestation d'un processus de transition entre l'état archaïque du moi et l'état adulte.

Le terme « état du moi » veut simplement désigner les différents états d'esprit et les patterns de comportement qui y correspondent, tels qu'ils se présentent à l'observation directe, et il permet d'éviter au départ l'emploi de constructions théoriques telles que « pulsion », « civilisation », « surmoi », « animus », « eidétique » et ainsi de suite. L'analyse structurale se contente d'affirmer que l'on peut classer et décrire avec précision de tels états du moi et que cette façon de procéder « va bien » quand elle s'applique à des malades mentaux.

En essayant de déterminer les grandes lignes d'une classification, on s'aperçut que l'on était conduit par le matériel clinique réuni à formuler l'hypothèse de l'existence chez les adultes de vestiges des états du moi infantile, qui, dans certaines circonstances, pourraient être revécus. Comme on l'a déjà fait remarquer dans l'introduction, ce phénomène a pu être observé à plusieurs reprises en liaison avec l'hypnose, la psychose, les drogues pharmacologiques et la stimulation électrique directe du cortex temporal. Mais une observation attentive a permis de pousser l'hypothèse un peu plus loin et de supposer que de tels vestiges peuvent tout aussi bien se manifester spontanément chez une personne dans son état normal.

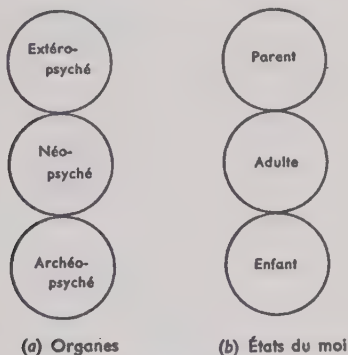


FIGURE I.

Ce qui se passait en réalité c'était que l'on pouvait observer chez le patient (il l'observait d'ailleurs lui-même) un glissement d'un état d'esprit à un autre et d'un pattern de comportement à un autre. La situation typique montrait un état du moi caractérisé par une épreuve de réalité et un jugement rationnel relativement convenables (processus secondaire) et un autre défini par une pensée autistique et par des peurs et des espérances archaïques (processus primaire). Le premier correspondait au comportement habituel des adultes responsables, alors que dans le second on pouvait reconnaître la façon dont agissent les très jeunes enfants, quel que soit leur âge. On arriva ainsi à émettre l'hypothèse de deux organes psychiques, la néopsyché et l'archéopsyché ; il sembla opportun de désigner respective-

ment sous le nom d'Adulte et d'Enfant les manifestations phénoménologiques et opérationnelles de ces deux organes, et aucune des personnes intéressées par ce problème ne fit d'objection à l'emploi de ces termes.

L'Enfant de M^{me} Primus se manifestait sous deux aspects différents ; celui de la fillette « mauvaise » (sexy) prédominait quand aucune stimulation extérieure ne venait la distraire. On voit mal comment M^{me} Primus aurait pu, dans cet état, assumer les responsabilités d'une femme sexuellement mûre. La ressemblance entre son comportement et celui d'une petite fille était si frappante que cet état du moi pouvait être considéré comme archaïque. A un moment donné une voix qu'elle percevait comme venant de l'extérieur la coupait court et elle basculait dans l'état du moi d'une fillette « gentille » (guindée). Selon les critères établis précédemment cet état devait lui aussi être classé parmi les états archaïques. La différence entre les deux venait de ce que la fillette « mauvaise » se laissait aller à des formes d'expression plus ou moins personnelles et qu'elle faisait ce qui lui passait par la tête, alors que la fillette « gentille » s'adaptait au fait qu'elle était punie. Les deux états, le naturel et l'adapté, étaient des manifestations archéopsychiques, et par conséquent des formes de l'Enfant de M^{me} Primus.

L'intervention du thérapeute avait déterminé le passage à un nouveau système. Son comportement, sa vivacité, son épreuve de réalité, et sa façon de penser, mais aussi son attitude, l'expression de son visage, sa voix et son tonus musculaire adoptèrent une allure plus familière une fois que l'état du moi adulte de maîtresse de maison responsable eut été réactivé. Ce passage, qui se répéta à plusieurs reprises au cours de l'entretien, constituait une brève accalmie dans sa psychose. Cela conduisit à décrire la psychose comme un déplacement d'énergie psychique ou, pour employer le terme accepté couramment, d'*investissement*, du système adulte au système infantile. Cela conduisit aussi à décrire l'accalmie comme un déplacement dans le sens inverse.

N'importe quel observateur à l'œil exercé aurait aisément découvert la provenance de la voix entendue au cours de l'hallucination et des obscénités « insolites » qu'elle proférait, à voir le changement qu'elle déterminait dans le comportement de la patiente. C'est pour confirmer cette impression que le médecin porta la conversation sur la famille de la malade. Comme on pouvait l'imaginer, la voix se servait des mêmes mots que son père, à la grande surprise de celle-ci. Cette voix appartenait au

système extéropsychique ou parental ; ce n'était pas la « voix de son surmoi », mais celle d'une personne réelle. Une nouvelle fois nous avons là la preuve que le Parent, l'Adulte et l'Enfant représentent des personnes bien réelles, qui font partie de la vie du patient ou qui en ont fait partie, et à qui l'on peut attribuer un nom et un état civil précis. Dans le cas de M^{me} Primus, le Parent ne se manifestait pas sous la forme d'un état du moi, mais sous celle d'une voix extérieure. Au début d'un traitement il convient de s'attacher à établir un diagnostic et à distinguer l'Adulte de l'Enfant, tandis que l'on peut avec profit renvoyer l'examen du Parent à un stade ultérieur de la cure. Pour illustrer l'activité du Parent nous donnerons deux autres exemples.

C'est en étudiant le cas de M. Segundo que l'auteur a pour la première fois été amené à développer sa théorie de l'analyse structurale ; celui-ci racontait l'histoire suivante :

Un garçon de huit ans habillé en cow-boy qui passait ses vacances dans un ranch aida le valet de ferme à desseller un cheval. Quand ils eurent fini le valet de ferme dit : « Merci, cow-boy ! », à quoi son aide répondit : « Je ne suis pas un vrai cow-boy, je ne suis qu'un petit garçon. »

Il ajoutait ensuite : « C'est exactement ce que je ressens. Je ne suis pas un vrai avocat, je ne suis qu'un petit garçon. » M. Segundo était un avocat fort réputé, bon père de famille, prenant une part active à la vie de son pays et jouissant de la sympathie générale. Au cours du traitement toutefois il se comportait souvent comme un petit garçon. Parfois au cours de la séance il demandait : « A qui parlez-vous, à l'avocat ou au petit garçon ? ». Quand il n'était pas dans le cadre de son bureau ou de la salle d'audience il n'était pas rare que le petit garçon prît le dessus. Il se retirait alors loin de sa famille dans un petit chalet à la montagne où il possédait un stock de whisky, de morphine, de photos obscènes et de fusils. Il s'y adonnait à des rêveries enfantines, les rêveries qu'il faisait quand il était petit garçon, et à des activités sexuelles que l'on qualifie couramment d' « infantiles ».

Par la suite, une fois qu'il eut une idée plus ou moins claire de ce qui en lui était l'Adulte et de ce qui était l'Enfant (car il n'était pas toujours un petit garçon, mais parfois un vrai avocat), M. Segundo introduisit son Parent dans la situation ; en effet ses actions et ses sentiments ne rentraient pas tous dans les deux premières catégories, et certains états ne correspondaient ni à l'une ni à l'autre. Ils avaient certains caractères qui

rappelaient l'image qu'il se faisait de ses parents, ce qui amena à créer une troisième catégorie dont la validité clinique fut prouvée par des observations ultérieures. Ces états du moi n'avaient pas l'aspect autonome de l'Adulte et de l'Enfant, ils semblaient avoir été introduits de l'extérieur et il émanait d'eux un relent d'imitation.

En particulier M. Segundo avait envers l'argent trois types d'attitude nettement distincts. L'Enfant était pingre et il cherchait à s'assurer une prospérité de quatre sous par des moyens sordides : dans cet état, en dépit des risques que comportait ce geste pour un homme dans sa position, il volait dans les grands magasins des chewing-gums et d'autres babioles du même genre avec désinvolture, comme lorsqu'il était enfant. L'Adulte maniait de grosses sommes d'argent avec l'assurance, le jugement et le bonheur d'un banquier et il était prêt à dépenser de l'argent pour en gagner. Mais une autre partie de lui-même rêvait de tout prodiguer pour le bien public. Il venait d'une famille pieuse et philanthropique et, tout comme son père, il ne manquait pas de faire des dons généreux à des œuvres charitables, dans un esprit de sentimentalisme bienveillant. A mesure que le feu philanthropique s'éteignait, l'Enfant reprenait le dessus, plein d'un ressentiment vindicatif envers ceux qui en avaient bénéficié, et l'Adulte lui emboîtait le pas en se demandant pourquoi diable il cherchait à se ruiner pour des raisons aussi sentimentales.

L'une des plus grandes difficultés que l'on rencontre dans la pratique de l'analyse structurale consiste à convaincre le patient (ou la personne qui étudie ce système) que l'Enfant, l'Adulte et le Parent ne sont pas des idées commodes ou des néologismes intéressants, mais des termes qui renvoient à des phénomènes liés à des réalités effectives. Le cas de M. Segundo le démontre assez clairement : si l'on a employé le terme d'Enfant à propos de la personne qui volait des chewing-gums, ce n'est ni par facilité ni parce que souvent les enfants font de petits larcins, mais parce que lui-même volait des chewing-gums quand il était enfant avec la même attitude désinvoltée et en employant la même technique. L'Adulte fut appelé ainsi non parce que M. Segundo jouait le rôle d'un adulte, en imitant le comportement des grandes personnes, mais parce que dans son activité d'homme de loi et dans ses opérations financières il montrait une épreuve de réalité très sûre. Le terme de Parent n'a pas été choisi en vertu de l'attitude traditionnellement « paternelle » ou « maternelle » des philanthropes, mais parce que le patient

imitait effectivement la conduite et l'état d'esprit de son père lors de ses activités de bienfaisance.

Dans le cas de M. Troy, schizophrène qui avait subi des électrochocs après s'être effondré au cours d'un combat naval, l'état parental était si profondément enraciné que l'Adulte et l'Enfant n'avaient que rarement l'occasion de se montrer, à tel point qu'au départ le patient était incapable de comprendre la notion d'Enfant. Dans ses rapports avec les autres il avait le plus souvent une attitude uniformément dogmatique : tout comportement infantile chez les autres, la moindre manifestation de naïveté, de charme, de turbulence ou de frivolité, avait le don de provoquer de sa part une explosion de mépris, un blâme violent ou une punition. Il était célèbre parmi les membres de son groupe thérapeutique pour son attitude que l'on peut résumer par la phrase « A mort les petits salauds ». Il était tout aussi sévère envers lui-même, et apparemment son seul but était, pour employer le jargon du groupe, « d'empêcher son Enfant de mettre le nez hors de son trou ». C'est une attitude que l'on retrouve souvent chez les malades qui ont subi des électrochocs : ils semblent rendre l'Enfant responsable (à bon droit peut-être) de la « raclée » qu'ils ont reçue ; le Parent est fortement investi et il réprime sévèrement la plupart des manifestations infantiles, souvent avec l'aide de l'Adulte.

Il y avait quelques étranges exceptions dans la rigueur de M. Troy : vis-à-vis des aventures amoureuses et de la boisson il ne prenait pas l'attitude d'un tyran, mais celle d'un père bienveillant qui en sait long et il était prêt à faire bénéficier de son expérience toutes les jeunes femmes et tous les fêtards. Ses conseils toutefois étaient dangereux et ils se fondaient sur des préjugés vulgaires qu'il était tout à fait incapable de modifier même si à plusieurs reprises ceux-ci s'étaient révélés complètement faux. On découvrit sans surprise que lors de son enfance son père le raillait ou le frappait si parfois il faisait preuve de naïveté, de charme, de turbulence ou de frivolité, tout en l'abreuvant d'histoires d'intempérance et de débauches. Par conséquent l'état du moi parental, dont la fixité servait à le protéger, reproduisait d'assez près les attitudes de son père. Cette fixation du Parent ne laissait aucune marge aux activités de l'Adulte ni à celle de l'Enfant, sauf dans les domaines où son père faisait preuve d'habileté ou d'indulgence envers lui-même.

L'examen des personnes fixées de telle sorte à un état du moi est fort instructif. Le Parent inébranlable, tel qu'on l'observe chez des gens comme M. Troy ; l'Adulte inébranlable, que

l'on trouve chez les savants à l'esprit objectif et sans humour ; et l'Enfant inébranlable (« Quel enfant je fais ! ») illustrent assez bien quelques-unes des caractéristiques superficielles de ces trois types d'états du moi. Pour certaines personnes, le fait d'exhiber constamment le même état du moi constitue une profession et une source de revenus : les prêtres sont des Parents ; les diagnostiqueurs sont des Adultes et les clowns des Enfants *.

Les cas présentés jusqu'ici nous permettent de définir les fondements théoriques de l'analyse structurale qui comprennent trois principes pragmatiques et trois hypothèses générales. Par « principe pragmatique » on désigne un état de fait auquel on ne connaît jusqu'à maintenant aucune exception, à savoir que :

1. Toute personne adulte a été autrefois un enfant.
2. Tout être humain dont les organes cérébraux fonctionnent correctement est doué d'une épreuve de réalité convenable.
3. Tout individu qui parvient à l'âge adulte a eu soit de véritables parents, soit des gens qui en tenaient lieu.

Les hypothèses qui leur correspondent sont les suivantes :

1. Des vestiges de l'enfance survivent par la suite sous forme d'états intégraux du moi (vestiges archéopsychiques).
2. L'épreuve de réalité est une fonction d'états du moi discontinus et non une « faculté » isolée (fonctionnement néopsychique).
3. Le pouvoir exécutif peut être assumé par l'état intégral du moi d'une personne étrangère, telle que le sujet se la représente (fonctionnement extéropsychique).

En résumé la structure de la personnalité comprend selon cette théorie trois organes : l'extéropsyché, la néopsyché et l'archéopsyché (Fig. 1 a). Ceux-ci se manifestent phénoménologiquement et opérationnellement sous la forme de trois types d'états du moi, qui sont respectivement le Parent, l'Adulte et l'Enfant (Fig. 1 b).

* Le cas de chaque patient est présenté de façon fragmentaire : un même cas peut être repris sous ses différents aspects à plusieurs reprises pour illustrer des points précis. L'« Index des patients », à la fin du livre, indique tous les passages relatifs à chaque malade, afin d'aider le lecteur qui le désire à suivre un cas particulier tout au long du texte.

NOTES.

Des termes psychanalytiques comme « processus primaire », « processus secondaire » et « épreuve de réalité » sont expliqués de façon très concise par Freud dans l'*Abrégé de Psychanalyse*¹. Le problème des rapports entre les hallucinations et les contenus mentaux archaïques, en particulier les « images originaires », a été abordé par l'auteur dans d'autres publications².

Les cas de M^{me} Primus et de M. Segundo ont déjà été décrits³. J'ai soigné récemment plusieurs avocats, aussi veux-je souligner avec netteté pour couper court à toute tentative d'identification que M. Segundo n'est pas l'un d'eux. En réalité il exerce une autre profession à 5 000 kilomètres de mon bureau dans une anonymité à toute épreuve.

RÉFÉRENCES.

1. Freud, S. *Abrégé de Psychanalyse*. PUF, Paris, 1950.
2. Berne, E. « Primal Images and Primal Judgement » *Psychiat. Quart.* 29 : 634-658, 1955.
3. Berne, E. « Ego States in Psychotherapy » *Amer. J. Psychother* 11 : 293-309, 1957

CHAPITRE III

FONCTION DE LA PERSONNALITÉ

I. RÉACTION AUX STIMULI.

Les différents systèmes de la personnalité, tout comme les différents organes du cerveau et du corps, ne réagissent pas de la même façon aux stimuli. L'extéropsyché se modèle de façon dogmatique sur une autre personne et s'efforce d'imposer un ensemble de critères de jugement empruntés. La néopsyché s'attache avant tout à transformer les stimuli en éléments d'information, et à élaborer et à classer ces éléments en s'appuyant sur ses expériences précédentes. L'archéopsyché a tendance à avoir une réaction plus impulsive fondée sur la pensée pré-logique et sur des perceptions peu nuancées ou déformées. En réalité chacun de ces aspects de la personnalité perçoit le monde qui l'entoure d'une manière qui varie selon sa fonction et sa réaction est par conséquent la réponse à un ensemble de stimuli différents. Un exemple simpliste mais qui illustre bien cette situation nous est fourni par les réactions soulevées par les récits d'escroqueries dont regorgent les pages de faits divers des journaux. Chez certaines gens ces récits provoquent une réaction moraliste, parentale. Plus souvent les gens se demandent avec un intérêt objectif, typiquement Adulte, comment l'escroc s'y est pris. Mais la réaction la plus commune est sans aucun doute la pensée naïve, infantile, qui reste dans la plupart des cas inexprimée : « Voilà une idée intéressante ». Pour employer le langage de l'analyse transactionnelle, le Parent réprobateur joue au « Tribunal », l'Adulte joue à l'« Expert Comptable » et l'Enfant veut jouer « aux Gendarmes et aux Voleurs ».

En outre ces trois aspects de la personnalité s'influencent mutuellement. Les fantasmes de l'Enfant peuvent exciter (c'est-à-dire chagriner) le Parent, et l'Enfant est particulièrement

sensible aux stimuli inhibiteurs qui émanent de ce dernier. Ce rapport est en général une réplique du rapport originel enfant-parent tel que l'individu l'a vécu autrefois

2. LE FLUX D'INVESTISSEMENT.

M^{me} Tettar, jeune mère de famille de vingt-deux ans, avait été adressée à un psychiatre parce qu'elle souffrait d'un état d'excitation très grave à la suite de la naissance de son second enfant. Au cours des séances, une de ses occupations les plus fréquentes était de « cuisiner » sans cesse le thérapeute. Par exemple elle n'arrêtait pas de lui demander ce qu'elle devait faire maintenant que sa bonne allait partir, ou si elle devait entrer à l'hôpital. Très vite il devint possible de lui montrer que ses questions, qui semblaient au premier abord une demande de renseignements de la part de son Adulte, étaient en réalité, à un niveau plus profond, une tentative de son Enfant pour manœuvrer le thérapeute d'une façon ou de l'autre. A cela elle répondait en rejetant la faute sur sa mère qui l'avait couvée ; elle expliquait comment elle avait l'habitude de supplier celle-ci de faire à sa place des choses qu'elle aurait très bien pu faire elle-même et elle estimait que sa mère n'aurait pas dû se laisser faire.

A mesure que l'on avançait dans l'examen de ce problème au cours de la séance, la tenue de la patiente commençait à changer. Elle se redressait sur sa chaise, l'expression de son visage se faisait plus détendue, sa voix prenait de l'assurance, et au lieu de geindre et de poser sans cesse des questions elle se montrait aimable, gaie et ouverte : c'était son ancien soi qui réapparaissait, comme elle le fit remarquer elle-même. Mais au moment où le thérapeute la reconduisait à la porte à la fin de l'heure, elle retombait dans son état d'esprit précédent et recommençait à gémir. Puis brusquement elle reprenait ses esprits, souriait gaiement et disait : « Voilà que ça me reprend ! ».

On peut expliquer de tels glissements dans les états du moi, que l'on observe aussi bien chez des gens en bonne santé que chez des malades, au moyen du concept d'énergie psychique, ou investissement : à un moment donné l'état du moi qui est investi d'une certaine façon possède le *pouvoir exécutif*. Pour l'instant on peut se contenter de parler du « flux d'investissement ». La conduite de M^{me} Tettar, par exemple, peut s'expliquer dans cette perspective de la façon suivante : quand elle

arrivait son Enfant était fortement investi ; l'investissement se portait graduellement de l'Enfant sur l'Adulte jusqu'à ce que l'Adulte prît le pouvoir exécutif ; au moment où elle partait l'investissement était drainé à nouveau dans l'Enfant et quand elle « reprenait ses esprits » l'investissement reflue brusquement sur l'Adulte. Une explication analogue peut rendre compte des cycles dans le comportement et dans l'attitude de M^{me} Primus.

3. LES FRONTIÈRES DU MOI.

Lorsqu'on a dit plus haut que l'investissement se portait *de l'Enfant sur l'Adulte* et vice-versa, cette notion ou cette métaphore impliquait l'existence d'une frontière de quelque sorte entre les deux états du moi. Cette hypothèse a une validité du point de vue neurologique, mais l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de la vérifier sur le plan physiologique, aussi nous bornerons-nous dans le cadre de ce livre à prendre en considération les phénomènes psychologiques.

Dans son état pré-psychotique et pendant les rémissions qui se produisaient au cours des séances thérapeutiques, M^{me} Tettar était pleinement consciente de certaines obsessions, phobies et compulsions qui n'étaient *pas conformes au moi*. A ces moments-là elle était en mesure de juger son obsession de la propreté, sa peur de la saleté et sa compulsion à se laver les mains plusieurs fois de suite, comme étrangères à son « Soi véritable ». Quand elle raisonnait ainsi, son esprit était partagé en deux systèmes : le « Soi véritable » et le « Soi non-véritable ». Le « Soi véritable » jouissait d'une bonne épreuve de réalité en ce qui concerne la saleté et la propreté tandis que l'autre Soi en était dépourvu. Le « Soi véritable » avait des notions d'hygiène (d'autant plus que son mari travaillait dans un service de santé public) dont la valeur aurait échappé à un enfant, tandis que l'autre Soi était guidé par une pensée magique comme un enfant à un stade donné de son développement. Ainsi le « Soi véritable » était typiquement Adulte, alors que l'autre était typiquement Enfant.

La façon dont M^{me} Tettar concevait ces deux aspects de sa personnalité impliquait l'existence d'une frontière entre les deux, puisque dans son esprit certains types de comportement et certaines façons de sentir appartenaient au système qu'elle jugeait comme son soi véritable, alors que d'autres faisaient

partie d'un autre système, extérieur au premier. Le nombre des constatations analogues justifie l'hypothèse selon laquelle chaque état du moi est une espèce d'entité qui se détache en quelque sorte du reste des contenus psychiques, y compris des autres états du moi qui ont existé plusieurs années ou quelques instants auparavant, ou qui existent simultanément. Pour exprimer cette situation de la façon la plus commode et probablement la plus adéquate, on peut dire que chaque état du moi possède une frontière qui le sépare des autres états du moi. Par conséquent une série de cercles comme ceux de la Figure 1 b représente assez bien la structure de la personnalité.

4. LE PROBLÈME DU SOI.

En parlant de non-conformité par rapport au moi quand M^{me} Tettar se lavait les mains, on se référerait à une non-conformité par rapport au moi-Adulte. Toutefois, dans son état psychotique, quand son « Soi véritable » était l'Enfant, le fait de se laver les mains devenait *conforme au moi* : c'est-à-dire que, dans ces moments-là, elle acceptait les rationalisations excessivement compliquées qu'elle donnait pour expliquer son comportement, ce qui n'avait rien d'étonnant puisque les rationalisations elles-mêmes étaient l'œuvre de l'Enfant. Dans son état névrotique celles-ci étaient perçues par l'Adulte, qui les désavouait, tandis que dans son état psychotique la personnalité qui les percevait était celle qui les avait mises sur pied. En d'autres termes, le fait de se laver les mains était chez elle incompatible avec le moi Adulte et conforme au moi Infantile, si bien qu'elle le percevait comme non-conforme ou conforme selon la nature de son « Soi véritable » du moment.

Il s'agit maintenant d'établir ce qui détermine le « Soi véritable ». Ce n'est évidemment pas le pouvoir exécutif, puisque dans sa condition non psychotique, quand à contre-cœur elle se lavait les mains ou traquait le moindre grain de poussière, le pouvoir exécutif était aux mains de l'Enfant, mais c'était l'Adulte qui était encore ressenti comme « Soi véritable ».

Pour avoir une bonne intelligence clinique de ce phénomène on doit supposer que l'investissement se présente sous trois états : lié, délié et libre. Un singe sur un arbre nous fournit une bonne analogie physique. S'il reste inactif, le fait de se trouver en hauteur ne lui assure qu'une énergie potentielle. S'il tombe cette énergie potentielle se transforme en énergie

cinétique. Mais comme il est un être vivant, il peut sauter, et il faut alors prendre en considération une troisième composante, l'énergie musculaire, pour comprendre comment il fait pour toucher terre à l'endroit voulu. Quand il est inactif, son énergie physique est liée, pour ainsi dire, à sa position. Quand il tombe cette énergie est déliée et quand il saute une troisième composante vient s'y ajouter, déterminée par son libre choix. L'énergie cinétique et l'énergie musculaire prises ensemble forment ce qu'on peut appeler l'énergie active. L'investissement lié correspond donc à l'énergie potentielle, l'investissement délié à l'énergie cinétique et l'investissement libre à l'énergie musculaire ; ces deux derniers types d'investissement pris ensemble forment ce qu'on peut appeler l'*investissement actif*.

On considère que les frontières du moi sont dans la plupart des cas plus ou moins perméables. Elles sont relativement imperméables à l'investissement lié et délié, tandis que l'investissement libre peut passer assez aisément d'un état du moi à l'autre.

On peut résumer la situation psychologique de la façon suivante :

(a) L'état du moi dans lequel l'*investissement libre* prédomine est ressenti comme le *Soi* ; ou, comme dit Federn¹, « c'est l'investissement lui-même qui est vécu comme sentiment du moi ».

(b) Le pouvoir exécutif revient à l'état qui possède à un moment donné la quantité la plus grande d'investissement actif (somme nette de l'investissement délié et de l'investissement libre). On peut illustrer ces deux principes dans le cas de M^{me} Tettar en examinant ses trois états cliniques différents.

1. Dans son état normal son « ancien soi », l'Enfant, ne possède qu'un *investissement lié* ; il est par conséquent *latent*, alors que l'Adulte est chargé d'un investissement libre et est par conséquent vécu comme « Soi véritable ». L'Adulte possède en outre le pouvoir exécutif, car il dispose de la quantité la plus grande d'investissement actif (délié plus libre).

2. Dans son état névrotique, quand elle se lave les mains, l'investissement libre réside toujours dans l'Adulte, alors que l'Enfant possède l'*investissement délié*. Cet investissement délié est plus important, du point de vue quantitatif, que l'investissement actif de l'Adulte. L'Enfant a par conséquent le pou-

voir exécutif alors que l'Adulte est toujours vécu comme « Soi véritable ».

3. Dans son état psychotique l'Enfant possède l'investissement délié ainsi que l'investissement libre qui a été drainé de l'Adulte, ce qui fait que celui-ci est relativement démuné d'investissement actif. L'Enfant a donc le pouvoir exécutif et il est en même temps ressenti comme « Soi véritable ».

5. GLISSEMENTS DANS LES ÉTATS DU MOI.

Dans un tel système les glissements d'un état du moi à l'autre reposent sur trois facteurs : les forces qui agissent sur chacun des états ; la perméabilité des frontières entre les différents états et la capacité d'investissement de chaque état du moi. La condition clinique du patient dépend des rapports de force entre ces trois facteurs ; ce sont eux aussi qui déterminent la procédure thérapeutique à suivre (ou les techniques de séduction à employer pour exploiter le patient). Dans le cas de M^{me} Tettar la thérapie avait été programmée de façon à s'occuper de chacun des facteurs l'un après l'autre.

Pour commencer, le thérapeute essaya d'activer l'Adulte, comme dans le cas de M^{me} Primus, en mettant l'accent sur l'épreuve de réalité. On partait de l'hypothèse que la néopsyché, en tant que système, était intacte : il s'agissait donc d'en accroître l'investissement actif (c'est-à-dire délié et libre). Le transfert et les considérations sociales jouaient leur rôle dans cette mobilisation. Ensuite le thérapeute essaya de clarifier et de renforcer la frontière entre l'Adulte et l'Enfant pour « capter » cet investissement accru de l'Adulte. Enfin il essaya d'augmenter la capacité d'investissement tant absolue que relative de l'Enfant, à travers la résolution des conflits infantiles, afin que celui-ci ait moins tendance à se manifester de façon malade à des moments inopportuns. L'examen des techniques employées n'a pas sa place à ce stade de la discussion, le problème étant pour l'instant de souligner l'importance d'une étude des facteurs qui amènent les glissements dans les états du moi. Les patients comprennent souvent, de façon intuitive, les principes mis en jeu, par un biais que l'on expliquera plus tard.

Au point où nous en sommes il faut préciser deux distinctions qui causent souvent des problèmes. Le Parent peut se mani-

fester soit sous la forme d'un état du moi actif, soit sous la forme d'une influence. Dans le cas de M. Troy, le Parent était à la fois le pouvoir exécutif et le « Soi véritable » et fonctionnait comme un état du moi actif, ce qui veut dire qu'il se conduisait *comme son père*. D'autre part, quand M^{me} Primus tirait sur sa jupe l'état du moi actif en elle était celui d'un enfant complaisant, tandis que son Parent n'agissait que comme influence sous la forme des voix entendues en hallucination. Elle ne se comportait pas comme son père, mais plutôt *comme son père aurait désiré qu'elle le fît*. Aussi chaque fois que l'on parle du Parent, il faut se demander si l'on se réfère à l'état du moi actif ou à l'influence parentale.

C'est l'influence parentale qui décide si c'est l'Enfant adapté ou l'Enfant naturel qui se manifeste à un moment donné. L'Enfant adapté est un état archaïque du moi soumis à l'influence parentale, alors que l'Enfant naturel est un état archaïque du moi qui est libre de cette influence ou qui essaye de s'en libérer. C'est la même différence qui existe par exemple entre un enfant obéissant et un enfant qui pique une crise de colère. Ici encore il faut se demander lequel des deux l'auteur a à l'esprit quand il parle de l'Enfant.

NOTES.

Les pages que Freud consacre à l'« énergie psychique » et à l'« investissement » (*Besetzungsenergie*) sont parmi les plus obscures¹. Colby² a essayé de résoudre certains des problèmes que ces concepts soulèvent. Le plus simple est d'accepter avec reconnaissance le concept d'investissement et d'essayer de le faire cadrer avec ses propres observations.

RÉFÉRENCES.

1. Weiss, Edoardo. *Loc. cit.*, p. 37.
2. Par ex., Freud, S. *Abrégé de Psychanalyse*, *loc. cit.*
3. Colby, K. M. *Energy & Structure in Psychoanalysis*. Ronald Press, New York, 1956.

CHAPITRE IV

PSYCHOPATHOLOGIE

L'analyse structurale permet d'établir une *pathologie générale* et systématique des désordres psychiatriques. La pathologie a pour objet l'étude des réactions des organismes vivants à la maladie. L'étude des entités nosologiques spécifiques et des mécanismes de défense particuliers appartient au domaine de la pathologie spéciale. Dans le cadre de ce livre, ce qui nous intéresse ce sont les réactions plus générales qui font intervenir l'organisation psychique dans son ensemble, ou qui sont la caractéristique commune de toute une série de désordres.

La *pathologie structurale* s'intéresse aux anomalies de la structure psychique, dont les deux plus courantes sont l'exclusion et la contamination. La *pathologie fonctionnelle* s'occupe de l'instabilité des investissements et de la perméabilité des frontières du moi.

I. EXCLUSION.

L'*exclusion* se manifeste par une attitude stéréotypée et prévisible à laquelle la personne se cramponne le plus longtemps possible lorsqu'une situation menaçante se présente. Le Parent inébranlable, l'Adulte inébranlable et l'Enfant inébranlable découlent avant tout de l'exclusion dans un but de défense des deux autres facettes complémentaires. Les bénéfices transactionnels secondaires ont tendance à renforcer l'exclusion.

Le *Parent exclusif* se rencontre de façon caractéristique chez les schizophrènes ; dans ce type de cas l'exclusion constitue la principale défense contre une activité archéopsychique confuse. De telles personnes ont la plus grande difficulté à admettre l'existence de l'Enfant, étant donné que l'exclusion a pour but de contrôler et de nier cet aspect de la personnalité. Le cas de M. Troy qui, après avoir été soigné dans un hôpital de la Marine,

suivit pendant six ans une thérapie de groupe, fournit la preuve de la fermeté d'une telle exclusion. On a décrit plus haut la structure de son Parent fortement investi ; son Adulte et son Enfant ne se manifestaient que dans les circonstances les plus propices.

Chaque fois que la conversation s'engageait sur le terrain inoffensif des lieux communs, le Parent de M. Troy relâchait suffisamment son emprise pour permettre à l'Adulte de faire une timide apparition. Il se montrait alors capable de converser de façon tolérante du temps, des faits du jour, des problèmes de notre époque et de ses tribulations personnelles. Ses façons étaient aimables et il s'en tenait à des platitudes sans danger ¹. Il faisait assez chaud pour son goût, les Noirs étaient de braves gens mais il fallait les surveiller, personne n'avait rien appris de la dernière guerre et chaque fois qu'on lave sa voiture il pleut. Parfois cet état du moi ne lui permettait guère que de faire écho avec force, comme l'oréade béotienne, aux derniers mots prononcés par quelqu'un d'autre : « faut les surveiller » ; « dernière guerre » ; « pleut ». Mais dès qu'une discussion se profilait à l'horizon, l'Adulte faiblement investi battait en retraite devant le dogmatisme farouche du Parent réintégré dans ses fonctions.

D'autre part, chaque fois que le thérapeute parlait, cela entraînait chez lui une soumission silencieuse, qui frôlait la terreur et une attitude pleine de déférence. C'était là l'Enfant adapté qui se conduisait de façon convenable sous l'œil vigilant du Parent sur le qui-vive. Mais si le thérapeute menaçait l'hégémonie parentale par une attitude indulgente envers l'une de ses peccadilles infantiles (de caractère non-sexuel, comme la turbulence), l'Enfant était chassé sur le champ et le Parent reprenait promptement le dessus avec sa politique de finissons-en-avec-ces-imbécillités et à-mort-les-petits-salauds. Le groupe était persuadé que Parent Troy avait effectivement essayé une fois de mettre en œuvre ce dernier principe en poussant Enfant Troy dans un ravin, à moins que ce n'ait été l'Enfant exaspéré qui se soit chargé de l'opération. Dans tout cela il révélait le faible investissement (délié) de son Adulte et de son Enfant et la force écrasante de son Parent dans cet état « compensé ». C'est ce type de personnalité que représente la Figure 2 a qui fut dessinée sur le tableau noir à l'intention de M. Troy à un stade approprié de son traitement, à l'époque où il commençait à attribuer un genre aux enfants autour de lui, au lieu de parler d'eux au neutre sans distinction.

La personnalité du docteur Quint illustre un autre type de structure. En tant que spécialiste des sciences sociales il était tout particulièrement à son aise avec les projets expérimentaux et les machines à calculer. D'un côté il était dépourvu du charme, de la spontanéité propres à un enfant normal et de l'autre il était incapable de défendre une opinion avec la conviction et l'indignation qui caractérisent les parents normaux.

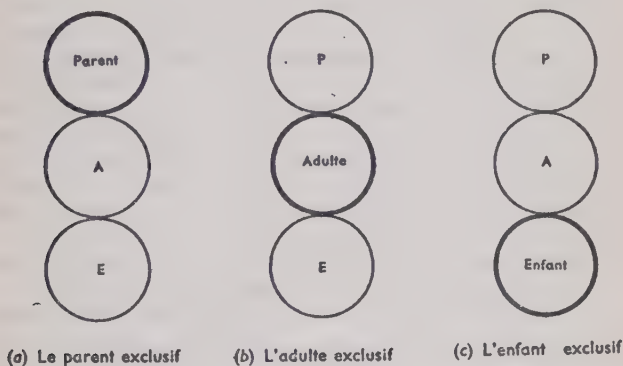


FIGURE 2.

Son procédé favori de raisonnement était de peser le pour et le contre ; lors des parties il n'arrivait pas à se mêler à la gaieté générale, et quand cela était nécessaire il était incapable de rassurer sa femme ou d'avoir une attitude paternelle envers ses étudiants. Comme il avait un *Adulte exclusif* il ne pouvait pratiquement que planifier, recueillir des renseignements et élaborer des données et il s'était forgé une réputation bien méritée de spécialiste remarquable dans ces domaines. Son Adulte était son « Soi véritable » et il se donnait corps et âme à la manipulation des chiffres.

Par conséquent, dans presque toutes les situations, il s'arrangeait pour tenir son Enfant et son Parent sous la griffe de fer de l'intellectualisation. Malheureusement l'exclusion échouait dans le cas des activités sexuelles, car les aspects écartés recevaient alors une telle charge d'investissement délié que l'Adulte perdait le contrôle. Le résultat était qu'« il » (c'est-à-dire l'Adulte qui était encore son « Soi véritable ») se sentait perdu

et impuissant dans la bataille qui s'ensuivait entre l'Enfant et le Parent réactivés. Ceci mettait en lumière la fonction défensive de l'exclusion. Comme il l'avait découvert à ses dépens, la moindre concession à l'égard de l'Enfant débouchait sur un comportement impulsif et toute tolérance envers les attitudes parentales l'amenait à s'accabler de reproches et entraînait une dépression. La structure de la personnalité du docteur Quint est représentée par la Figure 2 b.

L'*Enfant exclusif*, représenté par la Figure 2 c, s'observe le plus souvent dans la réalité courante chez les personnalités impulsives et narcissiques, comme le sont certains types de prostituées de « haut bord », et sur le plan clinique dans certaines formes de schizophrénie active, où les états du moi rationnels (Adulte) et dogmatiques ou protecteurs (Parent) sont écartés. Dans de nombreux cas l'Adulte ou le Parent peuvent se manifester faiblement, mais une menace les fait battre en retraite facilement et l'Enfant séducteur ou confus reprend sa place. Il s'agit alors des prostituées et des schizophrènes « intelligents » et « serviables ». Dans d'autres cas on peut se trouver en face de manifestations surprenantes de finesse « innée » et de moralité élémentaire, mais leur nature est essentiellement infantile, comme le montre une comparaison avec le comportement d'enfants réels ou avec les études de Piaget ^{2, 3}.

Le problème clinique présenté par de telles exclusions pathologiques met en lumière à la fois la fonction et la nature de l'état du moi dominant. Toute tentative d'entrer en communication avec les aspects écartés échoue à cause de l'idiosyncrasie du Parent, de l'Adulte ou de l'Enfant sur la défensive qui, dans leurs réactions, font appel, par exemple, à la religiosité, à l'intellectualisation ou à une pseudo-soumission flatteuse. Du point de vue opérationnel, ce qui caractérise ces personnalités, c'est que dans les conditions normales toutes leurs réactions manifestes proviennent d'un système unique.

Les deux autres systèmes sont *destitués*. Pendant longtemps il fut presque impossible d'atteindre l'Adulte ou l'Enfant de M. Troy ou le Parent ou l'Enfant du docteur Quint. L'exaspération des hommes qui essayent de faire appel à la moralité ou à la rationalité des femmes impulsives et narcissiques est un exemple notoire des difficultés que l'on rencontre avec les phénomènes d'exclusion.

Il faut souligner que les états du moi exclusifs ne sont pas des rôles. La question des rôles sera examinée plus tard.

2. CONTAMINATION.

Les meilleurs exemples de *contamination* nous sont fournis par certains types de préjugés ou par les délires. Le diagramme de la Figure 3 *a* représente la structure d'un préjugé : on peut

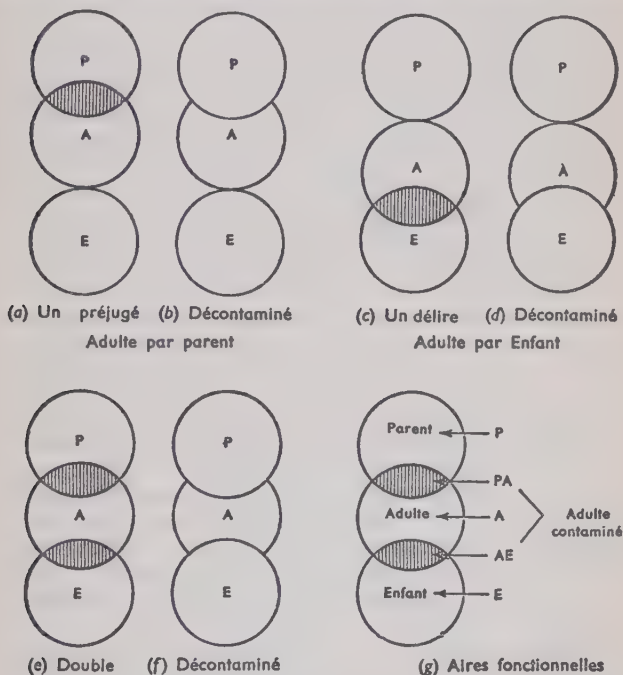


FIGURE 3.

remarquer qu'une partie du Parent empiète sur l'Adulte et est comprise à l'intérieur des frontières du moi Adulte. Le fils d'un missionnaire voulait prouver que la danse est un péché en s'appuyant sur des faits qui s'étaient produits dans une île du Pacifique où son père avait séjourné en 1890. Il finit par se rendre compte que cette conclusion conforme à son moi Adulte, con-

clusion qu'il ressentait et qu'il défendait comme un argument rationnel, était en réalité un préjugé Parental. Après le traitement ce préjugé fut confiné, avec d'autres, dans le Parent, grâce à une rectification des frontières du moi adulte comme le montre la Figure 3 *b*. Cela signifie qu'en pratique, dans des circonstances normales, ce patient était capable de parler de façon rationnelle de la danse et des activités du même genre avec sa fille d'une quinzaine d'années et sa femme, mais que dans certains états de stress l'Adulte était destitué et le Parent prenait le dessus en réaffirmant son intransigeance. Quand l'Adulte était réactivé il était capable de considérer objectivement ce qui s'était passé. Au fur et à mesure que l'Adulte se renforça, les éclats Parentaux se firent moins fréquents. Mais cela n'aurait pas été possible sans la décontamination thérapeutique préalable de l'Adulte, c'est-à-dire le passage de la situation définie par la Figure 3 *a* à celle de la Figure 3 *b*.

Une femme était persuadée qu'on l'épiait quand elle était dans sa salle de bains. Son état clinique montra qu'il s'agissait d'un délire, comme on en eut la preuve de façon convaincante par ailleurs. En outre, des événements de son enfance ramenés au jour permirent aisément de comprendre l'arrière-plan génétique de cette idée. Toutefois elle s'entêtait à produire des arguments logiques pour prouver l'existence d'un nid d'espions dans son arrière-cour. La structure de ce délire est représentée dans la Figure 3 *c*. Il s'agissait d'une contamination de l'Adulte par l'Enfant. Au cours du traitement elle se rendit compte que, dans d'autres domaines, sa personnalité présentait un aspect archaïque qui n'était pas conforme à son moi Adulte. Cela lui permit de découvrir l'existence de l'Enfant. Plus tard elle fut à même de voir le caractère archaïque des preuves qu'elle fournissait sur les espions. Son Adulte put ainsi être décontaminé et le système délirant fut relégué dans l'Enfant. Lorsque les frontières du moi eurent été rectifiées, comme le montre la Figure 3 *d*, les délires cessèrent d'être conformes au moi Adulte. Il fallait maintenant que l'Adulte soit destitué pour que les délires puissent réapparaître en tant que tels. Grâce à un processus de clarification et de renforcement, les frontières du moi Adulte devinrent de plus en plus difficiles à briser. La patiente devint ainsi capable de faire face à des états de stress de plus en plus aigus et les intervalles de lucidité se firent de plus en plus longs.

La Figure 3 *e* représente une *double contamination* et la Figure 3 *f* sa résolution à la suite du traitement. Ces diagrammes

pourraient laisser croire que l'Adulte sort rétréci du traitement, mais il faut se rappeler que la situation réelle correspond plutôt à un diagramme tri-dimensionnel. Ce n'est pas que l'on ampute l'Adulte des contaminations, mais que, pour ainsi dire, on l'écaille. Pour recourir à une métaphore, on racle de la même façon la coque d'un bateau pour que la navigation ne soit pas gênée par les anatifes qui s'y accrochent.

Une contamination simple implique la présence de quatre aires dans la personnalité, alors qu'une contamination double en comporte cinq, comme le montrent les flèches de la Figure 3 *g*. L'Adulte du patient voit dans tout ce qui provient des aires P et E l'œuvre du Parent ou de l'Enfant, alors qu'il ressent ce qui sort des aires PA, A et AE comme conforme à son moi Adulte et qu'il le défend comme tel. C'est là que le thérapeute intervient en corrigeant la mauvaise interprétation du patient et en l'aidant à réaliser la décontamination de l'Adulte et la rectification de ses frontières. Les techniques, les mécanismes, les problèmes thérapeutiques et les précautions nécessaires pour faire évoluer la situation du stade défini par la Figure 3 *e* à celui de la Figure 3 *f* seront examinés au moment voulu.

3. PATHOLOGIE FONCTIONNELLE.

Certains patients sont susceptibles à la fois de faire preuve d'une obstination têtue ou de passer rapidement de façon opportuniste d'un état du moi à l'autre. Ce qui caractérisait la conduite de l'un d'eux, M^{me} Sachs, c'était qu'en société (d'un côté) elle se cramponnait avec entêtement à des préjugés raciaux ou familiaux quoi qu'il pût lui en coûter et que (de l'autre côté) dans ses rapports conjugaux elle pleurait, elle gémissait, elle accusait son mari et le punissait opiniâtrement par sa passivité agressive jusqu'à ce qu'elle ait obtenu ce qu'elle désirait. Parfois lorsque son Enfant têtue s'était manifesté avec une telle intensité sans interruption pendant trois ou quatre jours, elle souffrait d'une terrible migraine.

Toutefois, au cours des séances thérapeutiques la situation était bien différente : un mot du thérapeute suffisait pour que son sectarisme indigné laisse la place à un Enfant geignard ; un autre mot en revanche pouvait l'interrompre et fixer de façon temporaire l'Adulte rationnel, qui était capable de considérer son attitude antérieure avec une objectivité remarquable. Mais il suffisait d'un faux pas de la part du thérapeute pour

entraîner la réapparition du Parent hostile, dédaigneux ou de l'Enfant qui se complaisait dans son propre malheur. Le flux entre l'investissement lié et l'investissement délié dans chaque état semblait avoir une faible viscosité et l'investissement libre lui aussi était labile. Au cours des séances, donc, le Soi véritable pouvait passer rapidement d'un état du moi à l'autre et la charge de chacun d'eux pouvait atteindre une intensité extrême ou disparaître sans la moindre difficulté. Mais sa vie de tous les jours montrait aussi que chaque état du moi était capable dans des circonstances particulières de maintenir la charge active et de garder le pouvoir exécutif pendant une longue période, ce qui prouvait l'existence de frontières solides entre les états du moi. Il semble par conséquent que dans le cas de certaines personnes l'on puisse parler de *labilité de l'investissement* sans qu'il y ait de défauts dans les frontières du moi. En fait, il peut découler de ces qualités, quand elles sont convenablement maîtrisées, une grande efficacité de fonctionnement et une bonne souplesse d'adaptation. Le type complémentaire existe aussi : il est caractérisé par des frontières du moi solides et par un *investissement paresseux* ; on le trouve chez des gens qui sont lents à se mettre à jouer, à penser ou à faire la morale et lents aussi à s'arrêter.

La *perméabilité* des frontières du moi présente elle aussi deux pôles. Le mécanisme de l'exclusion ne se rencontre que chez des gens ayant des frontières du moi *rigides*. Ainsi certains schizophrènes ont des difficultés à « *compenser* » ou à maintenir leur *compensation*. Les asthéniques, dépourvus d'une identité très affirmée, qui glissent d'un état du moi à l'autre sans qu'aucun ne soit très marqué, ont des frontières du moi lâches. Chez eux l'Enfant et le Parent, bien qu'ils soient faibles, s'infiltrent ou font irruption sans grande difficulté à l'intérieur des frontières de l'Adulte, et une faible tension suffit à faire changer le Soi véritable. M^{me} Sachs avait un Enfant débraillé, mais l'organisation d'ensemble de sa personnalité ne manquait pas de netteté. La personnalité tout entière des gens ayant des frontières du moi lâches donne l'impression d'avoir du laisser-aller.

RÉFÉRENCES

1. Cf. Harrington, A. *The Revelations of Dr. Modesto*. Alfred A. Knopf, New York, 1955. Il s'agit là de l'une de ces satires que, curieusement, l'on peut prendre aisément au sérieux. Elle traite du « centralisme »,

technique particulièrement dépourvue de relief pour faciliter l'entente entre les gens.

2. Piaget, J. *La construction du réel chez l'enfant*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1950.

3. Piaget, J. *Le jugement moral chez l'enfant*, Paris, F. Alcan, 1932.

CHAPITRE V

PATHOGÉNÈSE

On peut concevoir la vie somatique comme un continuum à l'intérieur duquel l'état général du corps se modifie continuellement suivant les principes de la fluidité biologique et de l'homéostasie. Néanmoins, du point de vue clinique il vaut mieux considérer les effets des différents stimuli sur chacun des systèmes en particulier, et isoler de façon plus ou moins arbitraire des époques au sein du continuum.

On peut considérer à son tour la vie psychique comme un continuum comprenant un état du moi unique qui se modifie continuellement par rupture ou par adaptation. Dans ce cas aussi il est en général plus utile pour les cliniciens de considérer séparément chaque époque et chaque système. Il existe un rythme naturel des époques psychologiques, caractérisé par des éclats d'activité qui s'intercalent entre des périodes de repos relatif. En temps ordinaire la psyché subit pendant la journée le pilonnage constant de stimuli intérieurs et extérieurs, qui ne peuvent pas tous être « assimilés » tout de suite. La période de sommeil qui vient ensuite permet à cette assimilation de s'effectuer. On peut donc considérer à bon droit une journée comme l'« unité de mesure du moi ». Dans cette perspective les rêves ont pour fonction d'assimiler ce qui a été vécu au cours de la journée précédente. La journée nouvelle s'ouvre donc sur un état du moi relativement frais et le processus se répète. Si quelque chose ne peut pas être « assimilé », les rêves ont tendance à devenir répétitifs et à l'état de veille le moi commence à stagner *. Il s'agit là d'une conception assez familière.

* Depuis que ces lignes ont été écrites, les travaux de Dement sur la privation de rêves ont été publiés ⁴.

On peut illustrer la genèse de la personnalité pathologique par une simple métaphore, en comparant les expériences de chaque journée, c'est-à-dire de chaque unité du moi, à une pièce de monnaie qui sort irrégulière de la matrice et qui est polie pendant la nuit. Dans l'idéal une vie exempte de traumatismes consisterait en une pile de pièces de monnaie, dont chacune porterait le poinçon de la même personnalité, tout en

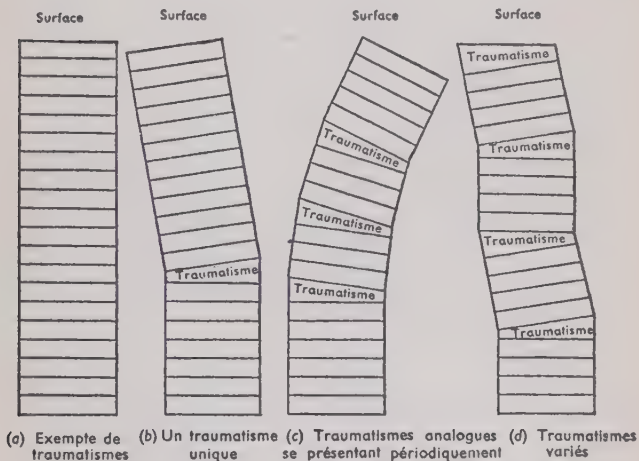


FIGURE 4.

étant légèrement différente des autres ; toutes seraient polies de telle sorte que la pile tout entière serait bien régulière et d'aplomb, comme dans la Figure 4 a. Un état du moi traumatique, en revanche, serait comme une pièce gauchie, qui ferait biaiser la pile même si toutes les pièces suivantes sont régulières, comme dans la Figure 4 b. Dans le cas d'une série d'états du moi traumatiques, tous de la même nature, se présentant de façon périodique, la pile pencherait de plus en plus dans la même direction jusqu'à ce qu'elle risque de s'écrouler, comme dans la Figure 4 c. Si les traumatismes étaient de nature différente, la pile pencherait de droite à gauche chaque fois et pourrait même par hasard se retrouver verticale, tout en ayant

une instabilité inhérente, comme dans la Figure 4 d. De toute façon les déformations en s'ajoutant algébriquement déformeraient l'équilibre et la direction de la pile.

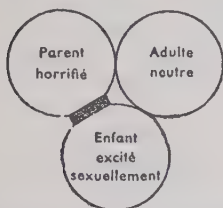
Cette métaphore traduite en termes cliniques signifie qu'un traumatisme précoce peut faire perdre son aplomb à la pile ; un second traumatisme peut la faire pencher encore davantage et les traumatismes ultérieurs peuvent la rendre de plus en plus instable, même si dans certains cas la monnaie du dessus cache les dévers du dessous. L'important est qu'il suffit peut-être de modifier une ou deux pièces pour corriger la situation.

Il est évident que la stabilité générale est d'autant plus affectée que la pièce gauchie se trouve placée vers le bas de la pile. A ce point on pourrait parler de différents types de pièces : les centimes de l'enfance, les cent sous de la période de latence, les francs de l'adolescence et les louis de la maturité. Dans ce cas un seul centime tordu peut faire dégringoler des milliers de louis. Cette petite pièce tordue est le symbole de ce que l'on a appelé jusqu'à maintenant l'Enfant. L'Enfant est un état du moi gauchi, qui s'est fixé et qui a infléchi la direction de toute la partie ultérieure du continuum. De façon plus précise il s'agit soit d'une seule unité du moi déformée grossièrement (un centime vraiment mauvais), soit d'un ensemble d'unités du moi légèrement déformées (une série de pièces sortant d'une matrice défectueuse). Dans le cas des névroses traumatiques l'Enfant est l'état confus du moi qui s'est fixé le jour J du mois M de l'année X de l'enfance du patient. Dans le cas des psychonévroses l'Enfant est l'état du moi malsain qui s'est répété jour après jour dans des conditions semblables du mois A au mois B de l'année C lors de l'enfance du patient. Dans l'un et l'autre cas le nombre des états archaïques et pathologiques du moi (ou des séries d'états du moi) fixés chez un individu est fort restreint, un ou deux et, rarement, trois. On laisse au lecteur le soin de développer ultérieurement la métaphore des pièces de monnaie, qui a d'autres applications que celles mentionnées jusqu'ici.

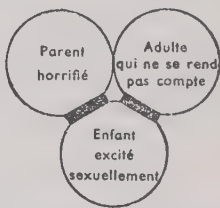
Dans la famille Hept la grand-mère avait enseigné des perversions sexuelles à son petit-fils de trois ans de son 39^e à son 42^e mois. Chaque matin, jusqu'à ce que sa mère parte au travail, il restait dans le lit avec son aïeule dans un état d'attente et d'excitation qu'elle lui avait appris à cacher si quelqu'un entrant dans la pièce. A cet état du moi complexe faisait suite un état d'abandon sexuel. Un jour l'heureux dissimulateur et soupirant s'enhardit assez pour faire une tentative

avec sa mère pendant qu'elle s'essuyait au sortir du bain. Cela vint confirmer chez elle un doute naissant qui auparavant lui avait semblé si étrange qu'elle s'était crue au bord de la psychose. Son horreur fut si grande que le petit garçon resta cloué sur place : cet état du moi fortement chargé se fixa dans sa totalité et se scinda du reste de la personnalité. En ce sens ce moment épique marqua la naissance de son Enfant.

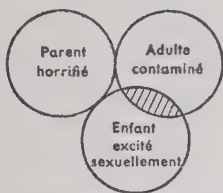
Dans ce cas le traumatisme décisif ne fut point la séduction mais la réaction de la mère. Plus tard, lorsque la personnalité du garçon fut analysée en ses composantes Parentale,



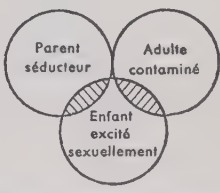
(a) Un homme confus sur le plan sexuel



(b) Une névrose traumatique



(c) Une perversion chargée de remords



(d) Une perversion psychopathique

FIGURE 5.

Adulte et Infantile, on découvrit que l'Enfant, qui se manifestait parfois au niveau phénoménologique et au niveau social, consistait en un état du moi qui reproduisait avec un plein investissement tous les éléments présents dans la chambre de la grand-mère. Il s'agissait de l'état du moi de l'enfant âgé de 38 à 41 mois qui avait réellement existé auparavant. Bien que l'enfant lui-même ait disparu irrévocablement en tant que phénomène singulier dans l'univers, son état du moi survivait inchangé, prêt à renaître dans tout son éclat dans certaines

occasions. Son Parent opposait à son propre comportement infantile ou à un comportement semblable chez d'autres, l'attitude horrifiée que sa mère avait prise dans la salle de bains (Figure 5 a). Il n'y avait pas moyen de se rendre compte si l'Enfant était exclu de l'Adulte aussi bien que du Parent, ce qui aurait permis de diagnostiquer une névrose traumatique (Figure 5 b), ou bien si certains éléments de l'Enfant étaient par contamination conformes au moi Adulte, ce qui aurait donné dans ce cas une perversion chargée de remords (Figure 5 c). Si ç'avait été sa mère elle-même qui l'avait séduit, certains éléments de l'Enfant auraient pu être conformes non seulement au moi Adulte mais aussi au Parent, entraînant ainsi une perversion « psychopathique » (Figure 5 d). D'autre part, si la situation avec la mère ne s'était pas produite il aurait pu y avoir simplement une addition de légers traumatismes journaliers entraînant une psychonévrose.

M^{lle} Ogden avait été séduite par son grand-père à l'âge de six ans, alors que son Parent oedipien était déjà bien établi. Le Parent avait été destitué pendant l'événement, aussi s'était-elle, dans une certaine mesure, montrée active. Elle avait gardé le secret vis-à-vis de sa mère parce qu'elle ne s'attendait pas à un accueil très enthousiaste de ce côté-là. Le côté sexuel de son état du moi de ce jour-là avait été exclu (de l'Adulte), alors que le côté cachottier était resté conforme au moi Adulte comme il l'avait été à l'époque. Quand l'état du moi intégral, c'est-à-dire son Enfant dans sa totalité, se manifestait dans ses rêves, il reproduisait sans grande modification l'état du moi qui caractérisait la petite fille réelle le 12 octobre 1924 à 15 heures, au moment de la séduction. Dans sa vie quotidienne elle était strictement asexuée, ne se maquillait pas et s'habillait avec l'austérité d'une religieuse. Toutefois la cachotterie étant conforme à son moi Adulte, elle rationalisait cette conduite pathologique ; et comme sa mère était elle aussi cachottière, il y avait aussi conformité par rapport au moi Parental ; cette attitude était donc non seulement pathologique, mais aussi « psychopathique ». Un jour elle raconta une longue histoire à propos d'une ancienne camarade de classe dans une école qui se trouvait à 5 000 kilomètres de là, mais en l'appelant « cette personne » et en refusant de citer son prénom ou même, au début, de préciser son sexe parce que le thérapeute aurait pu « tomber sur elle tôt ou tard et il aurait su qui elle était ». Elle ajouta : « De toute façon ma mère m'a appris à ne jamais citer de noms et je suis bien de son avis. »

La structure d'une névrose de caractère est analogue à celle d'une « psychopathie », et jusqu'ici tout semble prouver que la différence tient uniquement au milieu social. Il y a un siècle, dans les îles Fidji, un chef qui mangeait de la chair humaine, assommait ses femmes et faisait avaler du verre pilé aux serviteurs qui lui avaient déplu, semble n'avoir frappé ses contemporains que par son méchant caractère, sans qu'ils aient vu en lui un « psychopathe » criminel¹. De nos jours les gouvernements coloniaux font souvent appel au conseiller psychiatrique dans les cas de comportement barbare.

En fait l'analyse structurale conduit à des conclusions surprenantes au sujet des gens 'normaux', qui sont toutefois en accord avec les jugements cliniques les plus sérieux. En termes structuraux une personne est « heureuse » quand les aspects importants du Parent, de l'Adulte et de l'Enfant sont conformes les uns avec les autres. Un jeune docteur ayant des problèmes conjugaux était pourtant heureux dans son travail. Son père était un médecin respecté par sa femme, si bien que son Parent approuvait sa carrière sans conflit intérieur. Son Adulte était satisfait car sa spécialité l'intéressait, il y était compétent et il aimait le travail soigné. L'exercice de sa profession permettait de sublimer et de gratifier la curiosité sexuelle de son Enfant. Le Parent, l'Adulte et l'Enfant se respectaient l'un l'autre et chacun d'eux trouvait dans la profession du patient la satisfaction qu'il recherchait. Mais étant donné que les parents et les enfants ne peuvent pas tout le temps être d'accord, il était parfois fort malheureux lorsqu'il était loin de son bureau. La morale de l'histoire, c'est qu'on peut définir le bonheur mais que l'on ne peut pas être heureux tout le temps.

Toutefois, si troublant que cela puisse être, la même analyse s'applique aux « criminels heureux » des camps de concentration. On a beau se rassurer en s'imaginant que ces gens devaient être au fond d'eux-mêmes des âmes torturées, cette hypothèse est, selon l'opinion de quelques observateurs qualifiés, sans fondement². L'anecdote suivante illustre la structure de la personnalité « heureuse » lorsqu'elle est poussée à son terme logique :

Un jour un jeune homme en rentrant chez lui annonça à sa mère : « Comme je suis content ! Je viens de monter en grade ! » Sa mère le félicita et en sortant la bouteille de vin qu'elle avait mise de côté pour cette occasion elle lui demanda quelles étaient ses nouvelles fonctions.

« Ce matin », répondit le jeune homme, « je n'étais qu'un

garde dans le camp de concentration, mais ce soir j'en suis le nouveau commandant ! »

« C'est très bien, mon enfant », répondit sa mère, « tu vois comme je t'ai bien élevé ! »

Dans son cas, tout comme dans celui du jeune docteur, le Parent, l'Adulte et l'Enfant trouvaient sa carrière intéressante et ils en tiraient des satisfactions ; il avait donc tout pour être heureux. Son patriotisme rationnel répondait aux ambitions que sa mère avait mises en lui et en même temps son sadisme archaïque recevait des gratifications. Dans cette perspective il n'y a rien d'étonnant à ce que dans la vie réelle un grand nombre de ces gens aient été capables, dans leurs moments de loisir, d'aimer la musique et la littérature. Ce parallèle désagréable soulève de sérieux problèmes au sujet de certaines attitudes naïves à propos des rapports qui existent entre le bonheur, la vertu et l'efficacité (y compris sous la forme grecque du « bon ouvrier »³). Cette anecdote est aussi un exemple frappant pour les gens qui demandent « comment il faut élever les enfants », mais qui sont incapables de définir ce qu'ils attendent d'eux. Il ne suffit pas de vouloir qu'ils soient « heureux ».

Il y a un autre type de personnalité « normale » que l'on peut décrire structuralement : ce sont les personnes « bien organisées ». On les décrit comme des gens ayant des frontières du moi bien tracées mais non étanches. Ils peuvent être sujets à de graves conflits intérieurs, mais ils sont capables d'isoler le Parent, l'Adulte et l'Enfant de façon à permettre à chacun d'accomplir ses fonctions de façon relativement stable. (L'isolement est une forme d'exclusion moins catégorique et plus saine). Un instituteur écossais très bien noté sur le plan professionnel but presque chaque soir pendant trente ans un litre de whisky et pourtant il arrivait à l'heure chaque matin à l'école et faisait bien son métier. Pendant les heures de travail il était capable d'isoler complètement son Adulte, si bien que son intempérance resta plus ou moins inconnue à des générations d'élèves qui l'aimaient beaucoup. Chez lui l'Adulte était destitué et l'Enfant prenait le dessus pendant qu'il buvait. Pendant toutes ces années son Parent resta faiblement investi, mais au cours d'une certaine phase de sa vie cet aspect prit l'avantage aussi complètement que l'Enfant l'avait fait auparavant et il ne toucha plus à une bouteille, pour autant qu'on le sache. En contrepartie il sema la terreur parmi ses élèves car maintenant ils avaient affaire à son Parent et non plus à

son Adulte. Pendant ses années de boisson cet homme n'était pas heureux car son Parent désapprouvait sa conduite, mais il était bien organisé.

Le concept de « maturité » a un sens particulier en analyse structurale. On peut postuler sur des bases cliniques solides l'existence en chaque personne d'un Adulte pleinement développé ; aussi selon l'analyse structurale il n'existe pas de « personne non mûre ». Il y a des gens chez lesquels l'Enfant a le pouvoir exécutif et qui par conséquent se conduisent comme s'ils n'avaient pas atteint leur maturité ; mais si l'intervention thérapeutique réussit à investir leur Adulte, destitué ou non-institué, leur comportement devient « mûr » comme dans le cas de M^{me} Primus. Ainsi le comportement peut « ne pas être mûr », mais l'individu lui-même ne le peut pas (à part peut-être dans le cas d'une défaillance dans le développement organique). Une radio qui n'est pas branchée ne marche pas, elle en est néanmoins virtuellement capable et il suffit de mettre la prise. Un patient fait fausse route en supposant que le docteur ne possède pas de radio ou que celle qu'il a est cassée simplement parce qu'il n'y a pas de musique pendant l'entretien. L'expérience de l'auteur lui permet d'affirmer que tous les névrosés, bien plus, tous les déficients mentaux, tous les schizophrènes chroniques et tous les psychopathes « non mûrs » ont un Adulte pleinement formé. Le problème ce n'est pas que ces gens « manquent » de maturité, mais qu'il est difficile de « brancher » leur Adulte.

Les mots « mûr » et « non mûr » ayant pris une signification malheureuse, la meilleure politique consiste à les rayer du vocabulaire clinique. Les biologistes sont les seuls à les employer aujourd'hui dans un sens objectif et Adulte ; chez le reste des gens le Parent semble s'être emparé de ces termes pour élargir son propre lexique.

RÉFÉRENCES.

1. Derrick, R. A. *A History of Fiji*. Printing and Stationery Dept., Suva, 2^e éd. rév. 1950.
2. Cohen, Elie A. *Human Behavior in the Concentration Camp*. W. W. Norton & Company, New York, 1953.
3. Cf. Platon, Aristote et Kant sur le thème du bonheur, *passim*.
4. Dement, W. « The Effect of Dream Deprivation ». *Science* 131 : 1705-1707, 1960.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Ici encore il est bon de commencer par tracer un tableau d'ensemble de la question pour permettre de mieux comprendre les phénomènes particuliers à ce domaine. Les diagrammes structuraux, qu'on est obligé de dessiner sur deux dimensions, donneraient une meilleure image de la situation s'ils pouvaient être tridimensionnels ou même, si on pouvait rendre intelligible une telle chose du point de vue clinique, quadridimensionnels. Toutefois, même sur deux dimensions ils suffisent à stimuler la réflexion.

Par instinct on a placé le Parent au sommet et l'Enfant au-dessous. Cette intuition a des fondements moraux solides. Le Parent est le guide des aspirations éthiques et de la soif de transcendance ; l'Adulte s'occupe des réalités terrestres de la vie objective et l'Enfant est un purgatoire et parfois un enfer pour les tendances archaïques. C'est une façon de penser qui est apparue naturellement chez tous les peuples en tous temps. Freud a mis en exergue à son livre sur l'interprétation des rêves une citation de Virgile : « Si je ne peux pas plier les Dieux, je mettrai en mouvement les mondes inférieurs. »

Cette hiérarchie morale est corroborée par l'expérience clinique : le Parent est le membre le plus faible, l'Adulte est destitué moins facilement et l'Enfant semble presque infatigable. Sous l'influence de l'alcool par exemple, le Parent est le premier à être anesthésié, si bien que l'Enfant, s'il est déprimé ou inhibé, peut s'exprimer avec plus d'entrain ou de liberté, ce qui a pour conséquence de le rendre sur le plan social plus agréable ou plus désagréable. C'est ensuite le tour de l'Adulte, si bien que les techniques sociales et les jugements objectifs sur la réalité physique commencent à s'affaiblir. Ce n'est qu'avec les doses les plus fortes que l'Enfant, libéré de ses

entraves, troublé par sa propre liberté, commence à s'évanouir à mesure que l'inconscience survient. L'opinion courante qui veut que les gens révèlent leur soi véritable sous l'empire de la boisson signifie que l'Enfant adapté qui obéit aux ordres du Parent et de l'Adulte laisse la place à l'Enfant naturel, à mesure que les niveaux supérieurs de fonctionnement s'effacent. Lorsque les effets d'une anesthésie disparaissent, cet ordre peut être renversé, avec plus ou moins de clarté, en accord avec le principe de l'orthriogenèse défini par Federn¹.

Si l'on tient compte de certains phénomènes complexes et de certaines idiosyncrasies, la situation est la même lorsque le sommeil survient. L'être moral de l'état vigile cède la place, lors de l'état hypnagogique, à un rêveur éveillé amoral, mais ayant l'esprit pratique. Au lieu de penser à l'attitude que la morale, que la pratique ou que le plaisir lui *dicteraient*, dans son demi-sommeil il commence à se demander ce qu'il aimerait faire, sans s'occuper de problèmes moraux mais en ne perdant jamais de vue dans ses rêveries les réalités possibles. Quand le sommeil survient l'éthique et les interdictions sombrent dans l'oubli, ainsi que le monde objectif de la réalité avec ses limites physiques et sociales, si bien que l'Enfant est relativement libre de continuer sa course magique dans les rêves. Il est vrai que certains restes de fonctionnement Adulte et Parental sont parfois visibles, même avant l'élaboration secondaire², mais cela ne contredit pas le principe hiérarchique ; ils sont dus à la présence dans l'Enfant lui-même d'influences archaïques parentales et d'un sentiment de la réalité. Voilà ce qui distingue de manière décisive le phénomène de l'état du moi infantile du concept du Ça. Le terme d'Enfant désigne un état d'esprit organisé qui existe ou a existé auparavant alors que Freud décrit le Ça comme « un chaos, une marmite pleine d'émotions bouillonnantes... (il ne témoigne) d'aucune organisation, d'aucune volonté générale »³.

Les symptômes sont tous des *manifestations* d'un état du moi unique et bien défini, actif ou exclu, bien qu'ils puissent être le résultat de conflits, d'accords ou de contaminations entre deux états du moi différents. Par conséquent, en analyse structurale le premier travail à propos des symptômes est d'établir quel est l'état du moi qui est en train de se manifester en eux. Cette opération est aisée dans certains cas, mais dans d'autres elle demande une grande finesse dans le diagnostic et beaucoup d'expérience. L'attitude irritable de M. Troy envers la turbulence reproduisait celle de son père et était clairement

Parentale. Le pédantisme du docteur Quint et le goût du secret de M^{lle} Ogden demandaient à être étudiés de plus près. Lorsque le Parent de M. Troy était destitué, cela l'entraînait à boire beaucoup et à se conduire de manière impulsive : dans un cas comme dans l'autre, il s'agissait de manifestations de l'Enfant, de même que dans le cas des accès de mauvaise humeur du docteur Quint et dans celui de l'anxiété somatique de M^{lle} Ogden face à une menace. Cela signifie que dans chaque cas certains traits de « caractère » étaient l'expression d'un état du moi, alors que certaines manifestations « symptomatiques » étaient l'expression d'un autre.

Sur la base de ces deux principes il devrait être possible d'analyser les symptômes psychiatriques en termes structuraux, y compris ceux dans lesquels se déploie l'activité simultanée de deux états du moi différents.

Les hallucinations sont généralement des manifestations du Parent : on en a l'exemple avec les voix entendues par M^{me} Primus. Les deux types d'hallucinations les plus fréquents sont les épithètes obscènes et les incitations au meurtre. On peut considérer à coup sûr que l'accusation « Tu es un homosexuel » aussi bien que l'ordre « Tu dois le tuer ! » sont des souvenirs revécus et pas tellement déformés d'injonctions parentales.

Alors que la voix elle-même émane du Parent, le public est constitué par l'Enfant et quelquefois par l'Adulte contaminé. Dans les états confusionnels, qu'ils soient dus à une intoxication, à un épisode schizophrénique aigu ou à une terreur homosexuelle, l'Adulte est destitué et l'Enfant effrayé reste le seul auditeur. Dans certains états paranoïdes l'Adulte actif mais contaminé se joint à l'Enfant pour reconnaître la présence effective de la voix. Dans le cas moins fréquent où la voix est celle de l'Enfant, c'est encore l'Adulte contaminé qui reconnaît la présence de la voix.

On peut éclaircir ce point au moyen de la Figure 6 a qui présente trois états du moi seulement mais quatre régions. Si le « Soi véritable » à un moment donné est l'Adulte, les voix qui émanent de l'Enfant ou du Parent peuvent, si elles sont élaborées par l'aire contaminée, être perçues comme provenant de l'extérieur de la personnalité. Dans cette région l'épreuve de réalité est défectueuse parce que l'aire est ressentie comme appartenant à l'Adulte, alors qu'elle est en effet une intrusion de l'Enfant irréaliste. Compte tenu des transpositions topologiques nécessaires, cette situation est fort plausible du point de vue neurologique. Si les verbalisations sont élaborées par

l'aire dégagée de l'Adulte, elles ne seront pas perçues comme des hallucinations, mais comme « la voix de la conscience » ou comme des « impulsions puériles » et elles seront considérées comme des phénomènes intérieurs. Dans ce cas l'aire défec-tueuse élaborera quelque chose d'autre et le résultat en sera une manifestation psychopathologique d'un autre type.

Les délires sont en général des manifestations de l'Enfant, mais ils naissent de l'aire contaminée de la Figure 6 *a*, qui se

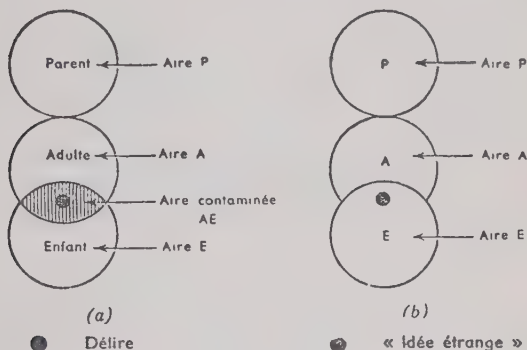


FIGURE 6

trouve à l'intérieur des frontières du moi Adulte. Ils sont par conséquent conformes au moi Adulte, ce qui signifie que l'épreuve de réalité ne peut fonctionner avant que les frontières entre l'Adulte et l'Enfant n'aient été rectifiées comme dans la Figure 6 *b* : dans ce cas les délires deviennent incompatibles avec le moi Adulte et ne sont plus ressentis comme des délires, mais comme des idées étranges, aussi longtemps que l'Adulte demeure le « Soi véritable ». En effet l'Adulte dit alors : « Une partie de moi pense que c'est ainsi, mais *moi* je ne le pense pas. » Mais si l'Adulte est destitué et si l'Enfant devient le « Soi véritable », la personne dira à nouveau : « *Moi* je pense qu'il en est vraiment ainsi », étant donné que maintenant l'idée est conforme au « Soi véritable ». Dans le cas de M. Troy, dont le Parent était le « Soi véritable », les équivalents de ce qui avait été des délires lors de son état psychotique (alors que l'Enfant était le « Soi véritable »), étaient maintenant répudiés avec

violence, d'une manière typiquement parentale, comme « des idées idiotes, stupides », avec le sous-entendu paternel habituel de « A mort le petit salaud qui a des idées pareilles ».

Les frontières du moi semblent se comporter comme des membranes complexes douées d'une perméabilité fortement sélective. Des lésions dans la frontière entre l'Adulte et l'Enfant peuvent faire apparaître l'un des symptômes appartenant au groupe des « symptômes de frontières » : sensations d'irréalité, d'étrangeté, dépersonnalisation, sentiment de déjà vu, de jamais vu * et leurs analogues comme le sentiment de déjà raconté * bien connu. Leur gravité, comme celle de tant d'autres symptômes, dépend de la façon dont se distribue l'investissement libre. Si l'Adulte est le « Soi véritable », tous ces symptômes rentrent, pour le présent tout au moins, dans la « psychopathologie de la vie quotidienne » ; si l'Enfant est le « Soi véritable » ils forment une partie du matériel psychotique. De toute façon ils sont pathognomoniques des lésions des frontières, qu'elles soient légères et bénignes ou malignes et difficiles à soigner.

Le patient qui après avoir écouté le docteur avec attention lui dit : « Pourquoi est-ce que je vous écouterai puisque vous n'existez pas ? » montre qu'il a complètement perdu le sens de la réalité. Dans son cas le « Soi véritable » est l'Enfant qui a exclu l'Adulte en bloquant la frontière du moi entre les deux états du moi. Par conséquent l'élaboration néopsychique des données, qui n'est pas forcément détériorée, ne peut pas influencer l'Enfant. Celui-ci fait comme si l'Adulte n'existait pas et cette situation entraîne comme dérivé secondaire la sensation que le monde extérieur n'existe pas. Dans des cas de ce type cette hypothèse se vérifie si l'on découvre que le patient, lorsqu'il était enfant, s'était lui-même coupé du reste du monde. Maintenant l'Adulte entend et comprend parfaitement bien ce que dit le docteur, mais les données fournies à l'Adulte n'arrivent pas jusqu'à l'Enfant et celui-ci par conséquent se sent fondé à dire que ces données n'existent pas, c'est-à-dire que le docteur n'existe pas. Dans ces cas, donc, les appels à la raison, pour bien qu'ils soient reçus par l'Adulte, ne peuvent généralement pas modifier les opinions de l'Enfant qui s'est isolé lui-même.

La structure du sentiment d'étrangeté est, de façon assez curieuse, la même que celle de l'intuition (*insight*). Ici le monde extérieur perd le sens qu'il avait auparavant à la suite de

* En français dans le texte (N. d. T.).

l'exclusion de l'Enfant par l'Adulte. L'élaboration archaïque des données propre à l'Enfant n'entre plus en jeu et l'Adulte ressent cette perte sous la forme d'un sentiment d'étrangeté. Ainsi le « Soi véritable » est l'Enfant dans le sentiment d'irréalité et il est l'Adulte dans le sentiment d'étrangeté ; dans les deux cas il s'agit d'une sclérose fonctionnelle de la frontière intéressée. Au cours de la psychothérapie l'*insight* apparaît lorsque l'Adulte est décontaminé et lorsque la frontière entre l'Enfant et l'Adulte est rétablie convenablement. Ainsi le sentiment d'étrangeté tout comme l'*insight* sont dus à un renforcement de la frontière entre l'Adulte et l'Enfant à un moment où l'Adulte est le « Soi véritable », mais dans un cas le renforcement est pathologique tandis que dans l'autre il mène au rétablissement des processus normaux. (L'*insight* peut aussi se produire au niveau de la frontière entre le Parent et l'Adulte, mais on peut laisser cela de côté pour l'instant).

Le cas de M. Ennat, biologiste célibataire de vingt-quatre ans, est un exemple de l'exclusion de l'Enfant lors du sentiment d'étrangeté. Il racontait en se plaignant qu'un jour où il était à la chasse tout lui avait brusquement paru dépourvu de sens et qu'il en avait toujours été ainsi depuis. Il se pliait à la routine quotidienne sans stimulations et sans gratifications conscientes. Son Adulte chercha une explication et un soulagement par des moyens intellectuels. Il commença à s'interroger sur les origines de l'univers, de la vie et de lui-même en termes philosophiques. Son choix en matière de profession avait évidemment pour but avant tout de répondre à ces questions et il semblait avoir été dicté par une curiosité sexuelle infantile. Il était clair que sa vie monastique avait entraîné une accumulation de tension sexuelle chez l'Enfant. Étant donné que la sexualité de l'Enfant avait une orientation sadique, cette situation n'était pas saine. En même temps la rage de l'Enfant contre son père se faisait plus intense ; pour résoudre ces deux types de tensions il avait exclu l'Enfant et il en payait maintenant lourdement le prix.

Bien qu'il eût l'impression que rien n'avait de sens pour lui (c'est-à-dire pour son Adulte), il était évident que l'Enfant continuait à s'intéresser fortement à ce qui se passait autour de lui. De temps en temps quand quelqu'un du groupe le questionnait sur ses sentiments, il se frappait violemment la cuisse avec le poing en criant : « Je ne *sais* pas pourquoi je ressens de telles choses ! ». Lui-même (c'est-à-dire son « Soi véritable ») ne se rendait absolument pas compte du fait qu'il se frappait la cuisse

et il fit preuve d'un étonnement sincère quand on le lui fit remarquer. Des recherches montrèrent que ce geste était un vestige lié à ses vicissitudes au cours de son apprentissage de la propreté. Ainsi les événements qui se passaient autour de lui étaient pleins de sens pour son Enfant alors qu'ils n'en avaient aucun pour son Adulte. Le sentiment d'étrangeté était dû au fait qu'il n'existait pas de communication entre l'archéopsyché et la néopsyché.

Dans le cas de la dépersonnalisation, les stimuli somatiques peuvent être élaborés d'une manière efficace mais déformée par l'Enfant confus ; toutefois les déformations sont incompréhensibles à l'Adulte car elles demeurent non conformes à l'état du moi Adulte. Si elles deviennent conformes au moi Adulte, de sentiments de dépersonnalisation elles sont transformées en délires de changements corporels, ce qui signifie que l'Adulte vient à l'aide de l'Enfant en rationalisant les changements imaginés. Les protestations contre les « sentiments » sont des manifestations de l'Adulte, alors que les délires sont des expressions de l'Enfant. L'image somatique déformée ne constitue pas un phénomène nouveau, mais elle est demeurée à l'état latent depuis l'enfance, jusqu'à ce qu'une lésion de la frontière du moi entre l'Adulte et l'Enfant lui permette de s'infiltrer dans l'aire néopsychique et d'y provoquer des confusions. Selon cette hypothèse on devrait trouver lors de la phase des prodromes une sclérose de la frontière, tandis que le symptôme indiquerait une mince fissure dont les effets seraient localisés de façon permanente ou temporaire par des mesures défensives appropriées.

Les symptômes dont on a parlé jusqu'ici — hallucinations, délires et symptômes des frontières — ont tous un caractère schizoïde. Dans le cas de l'hypomanie le Parent est exclu par l'Enfant avec l'aide de l'Adulte contaminé, si bien que le jugement néopsychique, bien qu'il soit affaibli, est encore en vigueur. Si la manie se déclare, l'Adulte aussi bien que le Parent sont dépossédés par l'Enfant surinvesti, qui a donc champ libre pour déployer son activité frénétique. L'exclusion, toutefois, est comme un miroir poli d'un seul côté : le Parent scandalisé mais temporairement immobilisé peut observer tout ce qui se passe. L'Enfant profite de l'impossibilité d'agir dans laquelle se trouve le Parent, mais il est pleinement conscient du fait qu'il est observé. C'est de là que viennent les délires de déjà vu, déjà connu *. Si jamais il y a une reddition des comptes

* En français dans le texte (N. d. T.).

elle peut être terrible. Lorsque l'Enfant est épuisé, le Parent peut être surinvesti à son tour et prendre sa revanche.

Il n'y a pas de contradiction sur ce point entre les caractéristiques structurales des psychoses maniaco-dépressives et la théorie psychanalytique⁴. La psychanalyse s'occupe des mécanismes génétiques, alors que l'analyse structurale s'intéresse à l'investissement des précipités anthropomorphiques : les vestiges de l'enfant qui a existé autrefois en lutte avec les vestiges des parents qui ont eux aussi existé réellement. Si cette lutte est décrite ici en termes anthropomorphiques c'est justement parce qu'elle garde une allure personnalisée : il ne s'agit pas d'un combat entre des forces abstraites et conceptuelles, mais de la réédition des luttes pour la survie entre des personnes bien réelles lors de l'enfance ; c'est tout au moins ce que ressent le patient.

Les symptômes névrotiques ou psychotiques sont l'expression d'un état du moi unique et bien défini, bien qu'ils puissent être le résultat ou le point de départ de conflits complexes. Par exemple le symptôme caractéristique de l'hystérie de conversion est l'apparition de l'Enfant, qui est en temps ordinaire exclu de l'Adulte par une forme sélective particulière d'exclusion connue sous le nom de refoulement, ce qui permet à l'Adulte de vaquer à ses affaires d'un air désinvolte. La thérapie consiste à abattre la barrière de façon à ce que l'Enfant et le thérapeute puissent converser en la présence de l'Adulte actif. Si l'Enfant réussit à persuader le thérapeute de destituer l'Adulte par l'emploi de drogues ou de l'hypnose, ils pourront passer ensemble une heure fort amusante, mais le résultat thérapeutique dépendra en fin de compte de l'attitude de l'Adulte et du Parent envers ce procédé, attitude liée à son tour à l'habileté du thérapeute.

Les désordres caractériels et les psychopathies sont des manifestations de l'Enfant avec, du point de vue structural, la collaboration de l'Adulte dans un cas comme dans l'autre. La présence ou l'absence de remords marque l'opposition ou la participation du Parent. Les névroses d'impulsion, qui peuvent donner lieu à des transactions en apparence analogues et qui ont les mêmes effets du point de vue social, présentent une structure différente car elles sont l'irruption de l'Enfant sans que l'Adulte ni le Parent n'interviennent.

RÉFÉRENCES.

1. Federn, P. *Loc. cit.*
2. Freud, S. *La science des rêves*, PUF, Paris, 1950.
3. Freud, S. *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Gallimard, Paris, 1936.
4. Fenichel, O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. W. W. Norton & Company, New York, 1945, chap. xvii. (Tr. fr. *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF, 1953).

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

I. PRÉDISPOSITIONS A L'APPRENTISSAGE.

Bien que M. Ennat, le jeune biologiste, se fût frappé la cuisse avec le poing trois ou quatre fois au cours de chaque réunion de groupe, le thérapeute mit plusieurs semaines avant de s'en apercevoir, c'est-à-dire avant que son Adulte ne s'en aperçût, absorbé peut-être qu'il était par le contenu des paroles de M. Ennat ; peut-être aussi ce geste semblait-il si caractéristique du patient qu'il avait été mis hâtivement au rang des « habitudes », ou bien considéré comme un détail insignifiant, une simple trivialité dans la Gestalt de la personnalité de M. Ennat. Mais de toute évidence l'Enfant du thérapeute était plus éveillé car un jour, après que M. Ennat se fut frappé la cuisse en criant en réponse à une question que lui avait posée un membre du groupe : « Je ne *sais* pas pourquoi je fais cela », le docteur lui demanda : « Vous est-il jamais arrivé de mouiller votre lit quand vous étiez enfant ? ». A cette question M. Ennat sursauta et répondit que oui ; le docteur voulut savoir quelle était la réaction de ses parents ; ils avaient l'habitude de lui en demander l'explication sur un ton de reproche, raconta M. Ennat.

« Et que leur disiez-vous ? », demanda le docteur.

« Je disais : « Je ne *sais* pas pourquoi je fais cela ! », répliqua M. Ennat, en se frappant la cuisse. C'est à ce moment-là qu'on lui fit remarquer, à son grand étonnement, que depuis qu'il participait au groupe il avait l'habitude de faire ce geste.

Cette anecdote illustre le rôle du thérapeute lors du diagnostic des états du moi. Son Adulte aurait dû reconnaître, et il le faisait en général, dans les gestes et les intonations déplacés et habituellement inconscients, des explosions déguisées

d'états du moi par ailleurs latents. Ce genre de perspicacité faisait partie de son bagage professionnel. Cela l'amena à comprendre que les gestes de M. Ennat correspondaient à une activité spasmodique de la part de son Enfant. Ce qu'il y a d'insolite dans la situation c'est que l'Enfant du thérapeute, par une voie intuitive et subconsciente¹, plutôt que délibérée et consciente comme l'aurait été celle de son Adulte, avait réussi à saisir avec précision les attaches pulsionnelles du geste² et son origine dans l'enfance de M. Ennat.

Le diagnostic des états du moi est une question de finesse d'observation et de sensibilité d'intuition ; la première peut s'apprendre mais la seconde ne peut qu'être cultivée. L'habileté à établir cette sorte de diagnostic ne dépend toutefois ni de la formation professionnelle, ni du niveau intellectuel, mais elle se fonde plutôt sur des facteurs psychodynamiques. Ceux qui n'ont pas peur de savoir, même s'ils ne savent pas par quel procédé ils y arrivent, réussiront bien en général, tandis que les gens qui ont peur des connaissances non contrôlées rationnellement² ne se montreront pas très brillants.

M. Dix, dont le Q.I., calculé d'après l'échelle Bellevue-Wechsler, oscillait entre 85 et 90 lors de deux tests faits à l'intervalle d'un an, atteignit une habileté et une précision tout à fait remarquables dans le diagnostic des états du moi des membres de son groupe thérapeutique. Les nouveaux membres du groupe avaient tendance au début à le traiter avec condescendance à cause de sa naïveté apparente, de son manque de maîtrise verbale et de la pauvreté de son langage. Cette attitude se transformait en pitié et en commisération quand ils découvraient que non seulement son intelligence n'était pas très développée, mais qu'en outre il était encore un peu confus à cause d'une schizophrénie en voie de guérison. Lorsqu'ils le connaissaient mieux, toutefois, leur attitude changeait nettement et ils le traitaient avec beaucoup plus de respect quand ils découvraient sa perspicacité à diagnostiquer correctement le rôle de chacun d'entre eux dans le groupe. Bien vite ils cessaient de le considérer comme un objet fragile et ils n'hésitaient plus à discuter avec lui comme s'il était un être humain ordinaire.

Un manque de pénétration dans le diagnostic lorsque les principes ont été convenablement expliqués est dû, semble-t-il, plutôt à des résistances qu'à un manque d'aptitude. Le docteur Endicott était un praticien intelligent et plein de succès, qui montrait des symptômes somatiques. Dans le groupe il avait tendance à jouer le rôle d'un co-thérapeute et à employer la

terminologie spécialisée et les théories psychologiques qu'il avait apprises en faculté. Il regardait l'analyse structurale de haut et il en employait les termes avec une ironie à peine voilée. Quoi que fût le groupe, cela ne l'aurait pas poussé à s'examiner avec plus d'attention. Ses ripostes se faisaient de plus en plus savantes à mesure que grandissait la pression exercée par les autres membres moins cultivés. Un jour il s'effondra sous le poids de ces gens d'un niveau « inférieur » et il s'enfuit de la pièce. Quand il revint deux séances plus tard, il présentait toujours son ancien soi. Il lui était absolument nécessaire de se conduire en Parent sous le couvert d'une attitude médicale pseudo-adulte pour exclure son Enfant terrorisé (son père avait lui aussi tendance à se montrer hautain). En bref il présentait envers l'analyse structurale le même genre de résistance que M. Troy, mais il avait des armes plus efficaces.

Malheureusement le thérapeute ne pouvait pas entrer dans un jeu intellectuel de « Psychiatrie », qui aurait donné momentanément un sentiment de sécurité au docteur Endicott. Comme son collègue refusait de le prendre au sérieux, il devait être sacrifié au bien des autres membres, qui par leur force lui devinrent bientôt intolérables. Il refusa d'envisager une thérapie individuelle qui aurait pu lui être utile en le préparant à participer au groupe. A la longue il interrompit la psychothérapie et il se tourna aussitôt vers un traitement chirurgical. Du point de vue intellectuel il était parfaitement apte à comprendre l'analyse structurale, mais il préférait sacrifier ses viscères plutôt que ses résistances. Ce cas constitue l'un des échecs de l'analyse purement structurale à ses débuts, avant que l'analyse transactionnelle n'intervienne. M. Dix et le docteur Endicott représentent des cas extrêmes. En général c'est l'attitude de l'Enfant envers le thérapeute ou le professeur, et envers les thérapeutes ou les professeurs qui l'ont précédé (ce que recouvre partiellement le terme de « transfert » en langage psychanalytique) qui détermine quelle sera l'habileté du patient ou de l'étudiant à établir les diagnostics, lorsque les autres résistances sont de force égale. Les patients qui ont suivi auparavant une analyse ou une thérapie analytique s'adaptent facilement à l'analyse structurale si on les initie avec tact. Certains types de médecins comme le docteur Endicott et de psychologues comme le docteur Quint, qui pour des raisons personnelles restent sur la défensive devant toutes les formes de thérapie analytique, réagissent mal. Les médecins et les psychologues cliniciens qui, du point de vue psychodynamique,

peuvent se permettre de s'y intéresser, font de très bons patients car ils sont habitués à penser en termes de diagnostic et de psychologie.

Le cas le plus intéressant est celui des étudiants qui ont suivi une analyse personnelle ou qui ont reçu une formation psychanalytique. Pour des raisons existentielles (parce qu'ils se sont voués à l'approche analytique, ou bien parce qu'ils ont peut-être l'impression que leur carrière dépend de leur orthodoxie analytique, ou encore parce que le meilleur moyen de satisfaire leurs « besoins de dépendance » consiste pour eux à rester en bonnes relations avec leurs groupes psychanalytiques locaux) il leur est parfois difficile de consacrer leurs dons de diagnosticiens à observer des états du moi dans leur totalité plutôt qu'à isoler des manifestations du surmoi, du moi et du ça ou du conscient et de l'inconscient. En ce sens on peut dire que la psychanalyse est une résistance à l'analyse structurale (ainsi qu'à la thérapie du groupe, étant donné que de nos jours l'analyse transactionnelle est indubitablement la méthode préférable dans ce cas. Rares sont les psychanalystes orthodoxes qui admettent la possibilité de psychanalyser, au sens formel du terme, un groupe ou un individu dans un groupe. En fait c'est précisément pour cette raison que de nombreux psychanalystes, pour ne pas dire la plupart d'entre eux, considèrent avec quelque scepticisme les prétentions des thérapeutes de groupe³. Néanmoins on comprend très bien qu'il soit difficile pour de jeunes psychanalystes de passer du cadre conceptuel qu'ils emploient vis-à-vis des patients individuels à un cadre différent quand ils sont confrontés à un groupe). Pour les internes de première année et pour les stagiaires il est, évidemment, bien trop compliqué d'apprendre les deux systèmes à la fois.

2. CRITÈRES DE DIAGNOSTIC.

On peut observer les caractéristiques de l'état du moi parental aux réunions des associations de parents d'élèves, qu'elles se tiennent dans la salle des fêtes de l'école ou dans un coin du salon lors d'un cocktail. C'est dans les rencontres scientifiques que les caractéristiques de l'Adulte se manifestent le plus nettement. Quant aux caractéristiques de l'Enfant, on peut les voir dans la nursery ou les connaître à travers les travaux de Piaget⁴.

Du point de vue clinique les états du moi se manifestent sous deux formes : comme états d'esprit cohérents et complètement investis, vécus comme « Soi véritable », ou bien comme intrusions, en général déguisées ou inconscientes, dans l'activité du « Soi véritable » courant. Un exemple de la première forme nous est fourni par l'état du moi parental de M. Troy, et de la seconde par le geste de M. Ennat se frappant sur la cuisse, qui était une intrusion inconsciente de son Enfant dans son état du moi adulte. Les contaminations représentent l'inclusion permanente d'une partie d'un état du moi dans un autre, comme dans le cas du fils du missionnaire dont le Parent s'était infiltré dans l'Adulte (en termes fonctionnels, son état du moi néopsychique était contaminé par un état du moi extéro-psychique). On pourrait aussi expliquer les phénomènes décrits plus haut en postulant l'existence d'un mécanisme neurophysiologique.

Un état du moi recouvre l'ensemble du comportement et de l'expérience de l'individu à un moment donné, aussi un état du moi non contaminé en activité devrait, quel que soit son type, avoir une influence caractéristique sur chacun des éléments du comportement et de l'expérience. De la même façon l'intrusion d'un élément isolé ou d'un ensemble d'éléments d'un état du moi latent dans un état du moi actif devrait porter les caractéristiques de l'état du moi qui fait irruption. Ce sont ces caractéristiques qui forment les critères permettant de diagnostiquer l'un ou l'autre des états du moi, et il devrait être évident maintenant qu'elles se manifestent dans tous les actes, dans toutes les attitudes et dans toutes les façons de ressentir. Par conséquent on peut chercher les critères de diagnostic dans tous les types de comportement, involontaire, volontaire ou social, ou on peut les découvrir lors de toute expérience nouvelle au moyen de l'introspection. Ce sont les aspects du comportement qui intéressent avant tout le thérapeute, étant donné que les expériences intérieures du patient ne lui sont pas accessibles jusqu'à ce que celui-ci ait appris les principes de l'analyse structurale. En pratique ses patients sont la plupart du temps assis ou étendus, si bien qu'il ne peut tirer d'indications ni de leur allure ni de leur démarche.

Le maintien. La raideur paternelle, accompagnée souvent d'un geste du doigt tendu, ainsi que le gracieux mouvement du cou de la mère deviennent bien vite des attitudes Parentales familières. La concentration pensive, souvent marquée par les lèvres serrées ou les narines légèrement dilatées, est typique-

ment Adulte. L'attitude de la tête penchée pour indiquer la timidité ou le sourire qui l'accompagne et qui la transforme en coquetterie, sont des manifestations de l'Enfant, comme le sont aussi le geste de détourner la tête et les sourcils froncés de la maussaderie, contenance qui peuvent être transformées en un rire réticent et chagriné par les taquineries du Parent. En observant dans leur vie familiale des parents, des lycéens et de jeunes enfants, on découvrira d'autres attitudes caractéristiques propres à chaque type d'état du moi. Un exercice intéressant et instructif consiste à feuilleter le texte et surtout les photo-gravures du livre de Darwin sur l'expression des émotions⁵, en ayant à l'esprit l'analyse structurale.

Les gestes. On établit l'origine extéropsychique du geste d'interdiction en localisant son prototype chez l'une des figures parentales de l'histoire du patient. Le geste de montrer peut être en général considéré comme appartenant en propre à l'Adulte, qu'il s'agisse d'un cadre parlant à un collègue ou à un client, d'un contremaître donnant des instructions à un ouvrier ou d'un professeur donnant des indications à un élève. Le geste de se protéger, quand il n'est pas demandé par la situation, est une manifestation de l'Enfant. On peut facilement reconnaître de manière intuitive les variantes de ces gestes-types quand elles ne sont pas trop subtiles. Le geste de pointer le doigt, par exemple, peut accompagner parfois une exhortation de la part du Parent, ou parfois une accusation plaintive de l'Enfant qui semble supplier une figure parentale.

La voix. Il n'est pas rare que les gens aient deux voix, chacune avec une intonation différente, bien que dans le cabinet du thérapeute ou dans le groupe l'une ou l'autre puisse disparaître pendant de très longues périodes. Par exemple quelqu'un qui se présente dans le groupe comme « quel enfant je fais ! » peut ne pas laisser voir pendant plusieurs mois la voix cachée de la colère Parentale (celle peut-être d'une mère alcoolique) ; ou bien il faudra attendre un moment de tension aiguë dans le groupe pour que la voix du « travailleur avisé » s'évanouisse en cédant la place à celle de l'Enfant terrorisé. Toutefois les familiers du patient peuvent être accoutumés à cette dichotomie d'intonation. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des individus qui ont trois voix différentes. Ainsi dans le groupe on peut avoir affaire littéralement à la voix du Parent, à celle de l'Adulte et à celle de l'Enfant qui viennent toutes du même individu. Lorsque la voix change il n'est généralement pas difficile de trouver d'autres preuves de changement

dans l'état du moi. On en a un exemple saisissant quand « quel enfant je fais ! » est brusquement remplacé par une réplique de sa mère ou de sa grand-mère en furie.

Le vocabulaire. Le thérapeute peut jouer le rôle d'un linguiste profane mais perspicace dans le pays où il habite, assez perspicace tout au moins pour discerner certains mots et certaines phrases qui sont pathognomoniques de chaque état du moi. Le meilleur exemple en Amérique est fourni par la différence existant entre « puéril » (*childish*) qui est invariablement un mot parental et « infantile » (*child-like*) qui est un mot adulte lorsqu'il est employé spontanément, comme le font les psychologues de l'enfance et les biologistes. Il peut, toutefois, être pseudo-adulte quand il est employé par des patients qui jouent au jeu dit de « la Psychiatrie ».

Les mots parentaux typiques sont : mignon, fiston, vilain, bas, vulgaire, dégoûtant, ridicule et la plupart de leurs synonymes. Les mots adultes sont : négatif, capable, économe, désirable. Les serments, les jurons et les épithètes sont en général des manifestations de l'Enfant. Les substantifs et les verbes sont essentiellement adultes car ils s'appliquent à la réalité objective, sans préjugés, déformations ou exagérations, mais le Parent et l'Enfant peuvent s'en servir dans un but bien à eux. L'analyse du mot « bon » est un exercice d'intuition simple et amusant. Avec une majuscule implicite *B* c'est un mot parental ; lorsque son emploi peut se défendre de manière réaliste il est adulte ; quand il marque la satisfaction d'un besoin pulsionnel, sous la forme essentiellement d'une exclamation, il vient de l'Enfant et il est un synonyme bien élevé de quelque chose du style « Miam, miam ! » ou « Mmmm ! ». Il est un signe particulièrement courant de contamination, et de préjugés parentaux inexprimés qui sont rationalisés sous forme adulte : le mot est alors prononcé comme s'il prenait un petit *b*, mais un examen des faits peut montrer que du point de vue phénoménologique il prend une majuscule *B*. Cet examen peut mettre la personne qui parle en colère, sur la défensive ou la rendre anxieuse et les preuves qu'elle apporte à l'appui de son opinion sont dans le meilleur de cas sans consistance ou prévenues.

Un phénomène intéressant est l'emploi d'adverbes de sentiment hyperboliques, emploi qui pour une raison qui n'est pas encore très claire (à l'auteur) est principalement le fait de gens ayant des fantasmes clairement sadiques. Un patient interrompait de temps en temps le « rapport journalier » de son Adulte pour remarquer avec des larmes d'émotion dans la voix : « Je

suis si *follement* heureux ! » ou : « Tout le monde m'aime *énormément* en ce moment ! » Quand le thérapeute s'enquit : « Qui vous a demandé si l'on vous aime ? » il répondit : « Personne, mais c'est une bonne question. Qui me l'a demandé ? Cela doit être mon Parent. » Ses parents lui avaient en effet appris à montrer une reconnaissance pleine de pathos pour son bonheur, à penser aux Arméniens qui mouraient de faim, au petit garçon qui était obligé de se servir de béquilles, et ainsi de suite. A d'autres moments, au lieu d'interrompre son débit comme pour répondre à une question silencieuse, son Enfant glissait un mot emphatique « au cas où quelqu'un (c'est-à-dire son Parent) aurait été en train d'écouter », même s'il n'y avait pas de question silencieuse. Il disait par exemple : « Cette femme était formidablement contente — je veux dire qu'elle était vraiment très contente. » Dans ce cas l'Enfant avait glissé le mot « formidablement » et l'Adulte avait corrigé spontanément l'hyperbole, étant donné que dans son travail il n'était pas porté à l'exagération (l'un de ses rêves d'enfance était d'arriver à toucher un manche à incendie énorme pour sentir « la grande giclée »).

Les catégories et les exemples cités ci-dessus sont donnés simplement comme illustrations. Il existe un très grand nombre de patterns de comportement possibles chez les êtres humains. Les anthropologues ont établi des listes d'attitudes fort longues⁶. Les pasimologues estiment que des combinaisons musculaires différentes peuvent produire quelque 700 000 gestes élémentaires distincts⁷. Il existe assez de nuances dans le timbre de la voix, dans sa hauteur, son intensité et sa gamme pour monopoliser l'attention d'écoles entières de professeurs et d'étudiants. Les problèmes du vocabulaire sont si complexes qu'ils sont répartis entre plusieurs disciplines. Et les quatre catégories citées plus haut ne sont que quelques-uns des types presque innombrables d'indications qui sont à la disposition du diagnosticien structural.

La seule école pratique pour la personne qui veut étudier sérieusement est l'observation : elle doit observer des parents dans leur rôle de parents, des adultes agissant sur la base des données à leur disposition et jouant leur rôle de citoyens réfléchis et responsables, des enfants agissant comme tels lorsqu'ils sont en train de téter, dans leur berceau, dans leur chambre, dans la baignoire, dans la cuisine ou encore à l'école ou sur le terrain de jeux. Lorsqu'elle aura cultivé ses dons d'observation et d'intuition, elle pourra se servir de ce qu'elle a appris pour rendre service à des patients sur le plan clinique.

3. LE DIAGNOSTIC COMPLET — RÉSUMÉ.

L'exposé heuristique de l'analyse structurale tire à sa fin. Avant de passer au domaine de la psychiatrie sociale, il est opportun de résumer ce qui a été dit jusque là et d'énoncer à nouveau quelques-uns des principes mis en jeu.

Il existe trois types d'états du moi, le Parent, l'Adulte et l'Enfant, et les organes psychiques correspondants où ils sont placés ou dont ils sont la manifestation sont l'extéropsyché, la néopsyché et l'archéopsyché. Les propriétés principales de ces organes sont les suivantes :

1. Le pouvoir exécutif. Chacun d'eux engendre des patterns idiosyncratiques de comportement organisé. Ils sont donc de la compétence de la psychophysiologie et de la psychopathologie et en dernier ressort de la neuropsychologie.

2. La faculté d'adaptation. Chacun d'eux est capable d'adapter ses réponses de comportement à la situation sociale immédiate dans laquelle se trouve l'individu. Pour cette raison ils sont du domaine des sciences « sociales ».

3. La fluidité biologique. Les réponses subissent des modifications liées à la croissance naturelle et au développement de l'expérience. Cette propriété soulève des questions d'ordre historique qui intéressent la psychanalyse.

4. Le caractère psychique, car ils sont des médiateurs des phénomènes de l'expérience ; ils sont par conséquent du ressort de la psychologie et en particulier de la psychologie introspective, phénoménologique, structurale et existentielle.

Pour analyser de façon complète un état du moi il faut que ces quatre aspects puissent être examinés et un tel diagnostic ne sera pas valide tant que des rapports n'auront pas été établis entre ces quatre aspects. Du point de vue clinique l'analyse tend à se développer dans l'ordre suivant :

A. Un état du moi parental est un ensemble de sentiments, d'attitudes et de patterns de comportement qui ressemblent à ceux d'une figure parentale. Habituellement le diagnostic se fait au départ sur la base de l'expérience du clinicien en matière de maintien, de gestes, de voix, de vocabulaire et autres caractéristiques (*diagnostic de comportement*). Il est confirmé lorsque cet ensemble spécifique de patterns a tendance à se manifester

de préférence comme réponse au comportement infantile de la part de quelqu'un dans l'entourage du patient (diagnostic *social* ou *opérationnel*). Une confirmation ultérieure est fournie si l'individu réussit à indiquer avec précision la figure parentale qui a offert le prototype de son comportement (diagnostic *historique*). Il est vérifié définitivement si l'individu peut revivre dans toute son intensité, sans grande modification, le moment ou l'époque à laquelle il a assimilé l'état du moi parental (diagnostic *phénoménologique*).

Le Parent peut prendre deux formes typiques. Le Parent *dogmatique* se manifeste sous la forme d'une série d'attitudes et de schémas de jugement non rationnels qui semblent arbitraires, qui ont généralement un caractère prohibitif et qui peuvent être conformes ou non au milieu culturel ; lorsqu'ils sont conformes on a tendance à les accepter comme rationnels ou tout du moins justifiables sans trop les mettre en question. Le Parent *nourricier* se manifeste souvent sous la forme de *sympathie envers* un autre individu ; il s'agit là encore d'une attitude qui peut être conforme ou non au milieu culturel.

Il faut distinguer l'état du moi parental de l'*influence* parentale. On peut supposer l'existence d'une telle influence lorsque l'individu se montre obéissant comme un enfant. Le Parent a pour *fonction* de ménager l'énergie et de diminuer l'angoisse en rendant certaines décisions « automatiques » et relativement inébranlables, et il y réussit tout spécialement si les décisions ont tendance à être conformes au milieu culturel.

B. L'état du moi Adulte est caractérisé par un ensemble de sentiments, d'attitudes et de patterns de comportement lui appartenant en propre, qui sont adaptés à la réalité courante. L'Adulte étant dans l'état actuel de choses le moins bien connu des trois types d'états du moi, on le décrit couramment dans la pratique clinique comme l'état résiduel obtenu après la ségrégation de tous les éléments décelables du Parent et de l'Enfant. On peut aussi le considérer de façon plus abstraite comme le dérivé d'un modèle de la néopsyché. On peut décrire en quelques mots un tel modèle de la façon suivante :

La néopsyché est un calculateur de probabilité qui s'auto-programme partiellement et qui a pour but de contrôler les effecteurs par rapport à l'environnement extérieur. Sa caractéristique particulière est qu'à chaque époque l'état de son énergie est déterminé par le décalage entre les probabilités calculées et les résultats effectifs. Cet état d'énergie se marque comme décharge ou surcharge (par exemple, une lumière verte,

ressentie comme plaisir, satisfaction ou admiration ; ou une lumière rouge vécue comme « frustration », déception ou indignation). Cette caractéristique, dans différentes conditions de probabilité, fournit une explication descriptive à la « pulsion d'emprise » et à l'admiration pour les efforts en vue d'atteindre des qualités comme la responsabilité, l'honnêteté, la sincérité et le courage. L'intéressant de la chose c'est que chacune de ces quatre qualités peut être ramenée à un simple jugement de probabilité.

D'après les quatre niveaux de diagnostic l'Adulte peut être défini comme organisé, adaptable et intelligent et il est vécu comme un rapport objectif avec le monde extérieur basé sur une épreuve de réalité indépendante. Dans le cas de chaque individu, il faut tenir compte des possibilités passées d'apprentissage. L'Adulte d'une personne très jeune ou d'un paysan peuvent donner des jugements très différents de ceux d'un travailleur ayant reçu une formation professionnelle. Le critère ne réside pas dans l'exactitude des jugements ni dans le fait que les réponses soient plus ou moins acceptables (ce qui dépend du milieu culturel de l'observateur), mais dans la qualité du processus d'élaboration des données et de l'emploi que l'individu fait des données dont il dispose.

C. L'état du moi infantile est un ensemble de sentiments, d'attitudes et de patterns de comportement qui sont des vestiges de l'enfance de l'individu. Là encore le diagnostic de comportement se fait d'habitude tout d'abord sur la base de l'expérience clinique. Le diagnostic social peut être établi si cet ensemble de patterns se manifeste plus spécialement en présence de quelqu'un qui se conduit de façon parentale. Si le diagnostic est correct il sera confirmé historiquement par le souvenir de sentiments ou de comportements similaires au cours de la première enfance. La confirmation phénoménologique décisive, toutefois, n'a lieu que si l'individu peut revivre l'état du moi complet dans toute son intensité avec peu de modifications. Cette reviviscence est tout à fait efficace et saisissante si le patient peut, à l'état de veille, revivre un moment traumatique ou une époque de fixation et elle est le meilleur moyen pour entraîner la conviction du thérapeute et celle du patient ; il s'agit là de l'une des étapes critiques du procès thérapeutique.

L'Enfant peut prendre deux formes : l'Enfant *adapté* se manifeste par un comportement que l'on peut interpréter comme soumis à l'emprise de l'influence parentale (par exemple la

complaisance ou l'effacement). L'Enfant *naturel* se manifeste par des formes indépendantes de comportement comme l'esprit de rébellion ou l'indulgence envers soi-même. Il se distingue de l'Adulte indépendant par la prédominance de processus mentaux archaïques et par une épreuve de réalité de type différent. L'Enfant « en bonne santé » a pour véritable fonction de motiver l'élaboration des données et la programmation de l'Adulte de manière à obtenir la gratification la plus grande possible pour lui-même.

Au point où nous en sommes arrivés le lecteur consciencieux se pose sans aucun doute de nombreuses questions au sujet des problèmes et des possibilités liés aux états du moi, questions dont ne peut s'occuper l'analyse structurale de premier degré, mais auxquelles l'analyse structurale de second et de troisième degré pourra répondre plus loin, comme on peut l'espérer.

NOTES.

L'intuition au sujet de l'incontinence nocturne de M. Ennat constituait une *image du moi*, une vision claire d'un état du moi de l'enfance. Dans la plupart des cas (au début tout du moins) le thérapeute doit se contenter d'un *symbole du moi* moins révélateur (« Il ressemble à un chiot pris en flagrant délit alors qu'il s'oubliait sur le tapis ») ou d'un simple *modèle du moi* descriptif (« Il s'agit d'un jeune homme tendu, plein de sentiments de culpabilité et frustré sur le plan anal »)⁸. Tout prouve qu'un modèle du moi est un produit de l'Adulte de l'observateur, tandis qu'une image du moi intéresse un côté bien précis de son Enfant⁹.

L'analogie des résultats dans les deux tests d'intelligence subis par M. Dix doit être interprétée, à mon avis, de la façon suivante : le docteur David Kupfer est un psychologue particulièrement habile à faire passer des tests ; il avait réussi à provoquer un réinvestissement de l'Adulte de M. Dix au moment des tests, même lorsque celui-ci était dans un état de confusion schizophrénique. Lorsque l'Adulte était réinvesti il fonctionnait au maximum de ses possibilités, quelle que pût être la « condition » clinique de M. Dix. Par conséquent ses résultats furent les mêmes pendant la période schizophrénique que lorsqu'il fut rétabli, car à aucun moment son Adulte n'avait été atteint du point de vue structural. Son bon ou son mauvais fonctionnement dans une situation donnée dépendait de son état d'investissement.

M. Dix fut présenté en personne après la fin de son traitement au Congrès Médical de Psychiatrie tenu à Monterey Peninsula. Les participants tombèrent d'accord avec le psychologue (1) sur le fait que le « Q. I. » de M. Dix était en dessous de la moyenne ; avec le thérapeute (2) sur le fait que M. Dix avait récemment été schizophrène et que (3) il était maintenant en état de rémission ; et avec le patient lui-même (4) sur le fait que son rétablissement était « dû à » la thérapie et (5) qu'il avait une bonne intelligence de la structure de sa personnalité. M. Dix avait auparavant eu recours à deux autres thérapeutes sans ressentir aucune amélioration. Chacun d'eux avait tenté une approche « parentale » de type différent, tandis que l'auteur s'en était constamment tenu à l'analyse structurale. Au lieu de protéger ou d'encourager l'Enfant schizophrène

confus, il avait concentré ses efforts sur la décontamination et le réinvestissement de l'Adulte intact du patient.

Deux ans après l'arrêt du traitement l'Adulte de M. Dix garde toujours le pouvoir exécutif, et il mène sa vie de façon satisfaisante tant sur le plan social que dans son travail de technicien diplômé, où ses facultés intellectuelles ont retrouvé leur niveau maximum.

Récemment Myra Schapps, qui travaille à l'Aide aux enfants retardés de San Francisco, a montré que l'analyse transactionnelle peut être comprise et appliquée avec de bons résultats par des adultes dont le « Q. I. » varie entre 60 et 80. Un groupe a été formé au Sheltered Workshop dans le but de mettre de telles personnes à même de se procurer un emploi à l'extérieur et de le conserver. A la fin de la première année 91 % des membres du groupe avaient atteint ce but : ils employaient correctement et de façon volontaire le « contrôle social » sur leur lieu de travail et ils analysaient avec autant de bonheur leurs transactions lors des séances de groupe¹⁰.

Il existe de nombreux travaux sur les rapports entre les ordinateurs et le fonctionnement du cerveau : le lecteur que cela intéresse pourra se documenter sur ce sujet à travers les œuvres de N. Wiener et de W. R. Ashby, cf. le n° 11 des Références. Par l'expression « état d'énergie » de la néopsyché on entend des manifestations telles que l'effet Zeigarnik¹².

Les rapports entre les états du moi et la *persona* de Jung qui est elle aussi une réalité sociale, historique et au niveau du comportement (et qui est distincte du « rôle » sur le plan phénoménologique), n'ont pas encore été étudiés ni éclaircis. En outre la *persona* étant une attitude *ad hoc* se distingue aussi de l'*identité* d'Erikson, qui a une plus grande autonomie. Les différences entre ces trois attitudes — *persona*, rôle et identité — semblent être liées aux rapports existant entre le soi, le pouvoir exécutif et les gens de l'entourage, et, d'après nos connaissances actuelles, sans doute constituent-elles un problème tout autant transactionnel que structural, qui tourne peut-être autour de la distinction entre l'*adaptation* en général et la *complaisance* en particulier.

En l'état actuel des choses il vaut mieux, semble-t-il, considérer « l'adolescent » comme un problème structural plutôt que comme une entité séparée ou comme un état du moi *sui generis*.

L'attitude du docteur Endicott illustre la différence entre les rôles et les états du moi. Il jouait le rôle d'un Adulte, mais son état du moi était celui d'un parent (son père). Il adoptait le rôle d'un co-thérapeute, mais le trait significatif de son comportement était son attitude hautaine. On le désigne donc comme un pseudo-Adulte parental.

Depuis les débuts de la psychanalyse, le maintien, les gestes, les métaphores et les habitudes de langage ont formé un important sujet d'étude. S. S. Feldman a récemment réuni et examiné un grand nombre d'exemples cliniques saisissants sur l'emploi des clichés, d'une phraséologie stéréotypée, des interjections, des gestes et de maniérismes d'autre sorte¹³.

RÉFÉRENCES.

1. Berne, E. « Concerning the Nature of Diagnosis ». *Internat. Record of Med.* 165 : 283-292, 1952.
2. *Idem.* « Primal Images and Primal Judgement ». *Loc. cit.*
3. *Idem.* « 'Psychoanalytic' vs. 'Dynamic' Group Therapy ». *Internat. Jnl. Group Psychother.* 10 : 98-103.
4. Piaget, J. *Loc. cit.*
5. Darwin, C. *Expression of the Emotions in Man and Animals*. D. Appleton & Company, New York, 1886.

6. Hall, E. T. « The Anthropology of Manners ». *Scientific American* 192 : 84-90, 1955.
7. Pei, M. *The Story of Language*. J. B. Lippincott Company, New York, 1949. Trad. française *Histoire du langage*. Payot, Paris, 1954.
8. Berne, E. « Intuition V : The Ego Image ». *Psychiat. Quart.* 31 : 611-627, 1957.
9. Berne, E. « Intuition VI : The Psychodynamics of Intuition ». *Psychiat. Quart.*
10. Schapps, M. R. *Reaching Out to the Mentally Retarded*. Communication lue au 86^e Forum Annuel de la National Conference On Social Welfare tenu le 26 mai 1959 à San Francisco. Le chiffre de 91 % est postérieur à celui cité dans son article (63 %).
11. Jeffres, L. A. (sous la direction de). *Cerebral Mechanisms in Behavior*. The Hixon Symposium. John Wiley & Sons, New York, 1951.
12. Zeigarnik, B. « Über das Behalten von erledigte und unerledigten Handlungen ». *Psychol. Forschung* 9 : 1-86, 1927. Kurt Lewin en parle longuement dans *Field Theory in Social Science*. Harper & Brothers, New York, 1951.
13. Feldman, S. S. *Mannerisms of Speech and Gestures in Everyday Life*. International Universities Press, New York, 1959.

DEUXIÈME PARTIE

**PSYCHIATRIE SOCIALE
ET
ANALYSE TRANSACTIONNELLE**

CHAPITRE VIII

LES ÉCHANGES SOCIAUX

I. UNE THÉORIE DES CONTACTS SOCIAUX.

L'aptitude de la psyché humaine à conserver des états du moi cohérents semble dépendre de l'existence d'un flux de stimuli sensoriels toujours nouveaux. Cette observation constitue le fondement psychobiologique de la psychiatrie sociale. En termes structuraux ces stimuli sont nécessaires pour assurer l'intégrité de la néopsyché et de l'archéopsyché. Si le flux est interrompu ou rendu monotone, on remarque que la néopsyché se désorganise peu à peu (« La pensée de l'individu est atteinte ») ; ce processus met à nu l'activité de l'archéopsyché sous-jacente (« Il a des réactions émotionnelles et puériles ») ; à la fin le fonctionnement archéopsychique est désorganisé à son tour (« Il a des hallucinations ») ¹. Ce sont les résultats de l'expérience de privation sensorielle.

Les travaux de Spitz ² vont un peu plus loin : ils montrent que la privation sensorielle chez le jeune enfant peut entraîner non seulement des changements psychiques mais aussi une détérioration organique, ce qui montre combien il est important qu'un environnement sensoriel mouvant soit préservé. En outre, un facteur nouveau et spécifique apparaît : les formes les plus importantes et les plus efficaces de stimulation sensorielle sont fournies par les échanges sociaux et par l'intimité physique. Spitz parle, par conséquent, de « privation affective » plutôt que de « privation sensorielle ».

L'incapacité de supporter de longues périodes d'ennui ou d'isolement donne lieu au concept de soif de stimuli, soif qui se porte surtout sur le type de stimuli offerts par l'intimité physique. La soif de stimuli se compare sur bien des plans, biologique, psychologique et social, à la faim de nourriture. Des

termes comme sous-alimentation, rassasiement, gourmet *, gourmand *, végétarien, ascète, art culinaire et bonne cuisinière, sont facilement transposés du domaine de la nutrition dans le domaine des sensations. Le gavage a pour parallèle l'excès de stimulation, qui peut causer des difficultés en submergeant la psyché sous un flot de stimuli trop rapide pour que ceux-ci puissent être maîtrisés sans problèmes. Dans les conditions ordinaires, quand on dispose de provisions abondantes et qu'on peut établir un menu varié, les choix, dans un domaine comme dans l'autre, sont fortement influencés par l'idiosyncrasie de chaque individu.

Le problème des facteurs constitutionnels déterminant le choix des stimulations ne se pose pas ici. Les idiosyncrasies qui intéressent de plus près le psychiatre social se fondent sur des expériences archaïques, des jugements néopsychiques et, surtout en ce qui concerne l'intimité physique, des préjugés extéropsychiques. Ceux-ci font envisager la situation avec plus ou moins de précaution, de prudence ou de complication, de telle sorte que ce n'est que dans des circonstances spéciales que l'individu fera, le cas échéant, un geste sans équivoque en direction des formes de stimulation les plus appréciées, représentées par les relations physiques. Dans la plupart des cas il se contentera d'un compromis. Il apprend à s'en tenir à des formes d'échange plus subtiles, et même symboliques, et bien que son appétit de contact physique puisse ne rien avoir perdu de sa force originelle, il arrive à se satisfaire du moindre signe de reconnaissance. Au fur et à mesure que les complexités augmentent, la quête de chaque individu se fait plus personnelle et ce sont ces différences qui rendent si variés les échanges sociaux.

La *soif de stimuli* (sublimée au premier degré en *soif de reconnaissance*) est si envahissante que les symboles de reconnaissance sont hautement appréciés et qu'ils sont attendus chaque fois que des gens se rencontrent. Le fait de les refuser délibérément est une forme de mauvaise conduite appelée *grossièreté*, et l'on considère que des marques répétées de grossièreté justifient le recours à des sanctions sociales ou même physiques. Les formes spontanées de reconnaissance, un sourire de plaisir par exemple, sont acceptées avec gratitude. D'autres gestes comme le sifflement, la révérence ou le serrement de main, ont tendance à se transformer en rituel. Il existe dans ce pays une suite de gestes verbaux, dont chacun indique un niveau de plus

* En français dans le texte (N. d. T.).

en plus haut de reconnaissance et offre une gratification de plus en plus grande. On peut résumer ce rituel de la façon typique suivante : (a) « Bonjour ! » (b) « Comment allez-vous ? » (c) « Vous n'avez pas froid avec le temps qu'il fait ? » (d) « Qu'y a-t-il de neuf ? » (e) « Vous avez d'autres nouveautés à me raconter ? ». Les implications correspondantes sont : (a) Quelqu'un est là ; (b) Quelqu'un ayant des sentiments est là ; (c) Quelqu'un ayant des sentiments et des sensations est là ; (d) Quelqu'un ayant des sentiments, des sensations et une personnalité est là ; (e) Quelqu'un ayant des sentiments, des sensations, une personnalité et auquel je porte un intérêt soutenu, est là.

Un grand nombre de constructions linguistiques, sociales et culturelles tournent autour de la question de la reconnaissance pure et simple : pronoms spéciaux, inflexions, gestes, attitudes, cadeaux et offres ont pour but de montrer que l'on sait quelle est la personne à qui l'on s'adresse et quelle est sa position. Dans le cas des lettres que ses admirateurs adressent à une vedette la reconnaissance est impersonnelle et peut être additionnée à l'aide d'une machine à calculer ; entre les différents types de réponses (imprimée, ronéotypée, photographique et personnelle) la progression est à peu près la même qu'entre les différentes étapes du rituel de salutation décrit plus haut. Ce type de reconnaissance mécanique est fort peu satisfaisant, comme le montre la préférence de nombreux acteurs et actrices pour le théâtre plutôt que pour le cinéma, même si cela entraîne pour eux un sacrifice financier considérable. Cet exemple prouve de façon saisissante combien est vaste le champ d'application du principe de Spitz.

2. LA STRUCTURATION DU TEMPS.

La simple reconnaissance, toutefois, n'est pas suffisante car, lorsque les rituels ont été épuisés, la tension monte et l'angoisse commence à apparaître. Le problème véritable dans les échanges sociaux c'est ce qui se passe après les rituels. On peut donc parler non seulement de soif de stimuli et de soif sociale, mais aussi de *soif de structure*. Tout être humain doit résoudre chaque jour le problème de la structure de ses heures de veille. Si quelqu'un ne le fait pas pour lui, comme c'est souvent le cas pendant l'enfance, il est obligé de se trouver ou de s'établir par lui-même une structure, heure par heure.

La méthode la plus courante, la plus simple, la plus com-

mode et la plus pratique pour structurer le temps c'est d'avoir recours à un plan qui règle le côté matériel de la vie extérieure, c'est-à-dire à ce qu'on appelle couramment travail. Le nom technique de ce plan est *activité* ; le terme de « travail » ne convient pas car une théorie générale de psychiatrie sociale doit admettre que les échanges sociaux sont aussi une forme de travail. Les activités ne nous intéressent ici que dans la mesure où elles offrent un cadre à la reconnaissance et aux autres formes plus complexes d'échange social.

Le côté social du problème se présente sous la forme suivante : (1) comment structurer le temps (2) dans la situation présente (3) de la façon la plus profitable en tenant compte (4) de sa propre idiosyncrasie, (5) des idiosyncrasies des autres et (6) de ce que la situation est jugée offrir dans l'immédiat et dans le futur. Le profit consiste à obtenir le plus grand nombre possible de satisfactions permises.

On peut nommer *programmation* l'aspect opérationnel de la structuration du temps. La programmation dépend de trois types de facteurs : matériels, sociaux et individuels. La programmation matérielle répond aux vicissitudes rencontrées dans les rapports avec la réalité extérieure et elle ne nous concerne pas ici. On a déjà parlé de la *programmation sociale* à propos des *rituels de salutation*. Elle est poussée plus loin avec les « *passé-temps* », qui prennent généralement la forme de discussions semi-rituelles sur des sujets aussi banals que le temps, l'argent, les faits divers ou les affaires de famille.

A mesure que les contrôles se relâchent une programmation de plus en plus individuelle se fraye un chemin, si bien que des « incidents » commencent à se produire. En surface ces incidents semblent fortuits, et c'est ainsi que les décriraient les parties intéressées, mais un examen attentif montre qu'ils tendent à se conformer à des schémas précis, susceptibles d'être triés et classifiés, et que la façon dont ils se déroulent est en réalité soumise à des normes et à des règlements tacites. Ces règlements restent latents aussi longtemps que les amitiés ou les hostilités suivent un schéma orthodoxe, mais ils deviennent manifestes dès qu'un coup non réglementaire est joué, donnant lieu au cri symbolique de « Tricheur ! ». On peut appeler *jeu* un tel enchaînement dont la programmation, à la différence des *passé-temps*, est davantage individuelle que sociale. La vie familiale et la vie conjugale tournent parfois, année après année, autour de variations sur le même jeu.

Les *passé-temps* et les jeux sont des substituts pour la pra-

tique réelle d'une intimité véritable. Pour cette raison on peut les considérer comme des fiançailles plutôt que comme des unions véritables ; en fait ce sont des formes poignantes de *jeu*.

Quand la programmation individuelle qui est en général pulsionnelle se fait plus intense, les considérations sociales et les restrictions de tous ordres commencent à s'estomper. Cette situation peut être décrite comme une *crase*, c'est-à-dire une fusion authentique de personnalités ; mais dans un langage plus familier on peut l'appeler *intimité*.

Ainsi on peut dire que les contacts sociaux, qu'ils se présentent ou non dans le cadre de l'activité, prennent deux formes : le jeu et l'intimité. La nette majorité des échanges sociaux se fait sous la forme de jeu.

3. LES ÉCHANGES SOCIAUX.

On appelle *transactions* l'aspect manifeste des échanges sociaux. Celles-ci se présentent, de façon caractéristique, en chaîne : un *stimulus transactionnel* de la part de X entraîne une *réponse transactionnelle* de la part de Y ; cette réponse devient un stimulus pour X et la réponse de X se transforme à son tour en nouveau stimulus pour Y. L'*analyse transactionnelle* s'intéresse à l'analyse de ce type de chaînes et en particulier à leur programmation. On peut démontrer que lorsque la chaîne est mise en branle, les étapes qui s'ensuivent sont fortement prévisibles si l'on connaît les caractéristiques du Parent, de l'Adulte et de l'Enfant de chacune des personnes concernées. Dans certains cas, comme on le montrera plus tard, l'inverse aussi est possible : étant donné le stimulus transactionnel initial et la réponse transactionnelle initiale, on peut déduire sans trop risquer de se tromper non seulement ce qui va suivre, mais aussi certaines des caractéristiques du Parent, de l'Adulte et de l'Enfant de chacune des personnes intéressées.

Toutes les formes d'échange social pouvant être soumises à l'analyse transactionnelle, un groupe de thérapie transactionnelle est particulièrement apte à faire ressortir le plus grand nombre d'informations possible au sujet de la programmation idiosyncrasique de chaque patient, étant donné que cette programmation est en rapport étroit avec sa symptomatologie et qu'en outre, à moins d'accidents, elle détermine sa destinée sociale. Les caractéristiques d'un tel groupe sont les suivantes :

I. Étant donné l'absence d'activité formelle et de procédure

établie, la structuration de la séance ne tient pas à une source extérieure. Toute programmation se réduit donc à l'interaction entre celle fournie par le milieu culturel et celle déterminée par les expériences particulières qui ont marqué dans le passé chaque individu.

2. L'engagement n'est que partiel et chaque membre peut refuser une réponse ou se retirer complètement du groupe sans s'exposer à des sanctions. Les responsabilités sont rarement aussi graves ou aussi durables que celles mises en jeu par des activités comme la construction d'un pont, ou par des rapports aussi intimes que la fécondation.

Par ces deux aspects le groupe est semblable à un événement mondain comme un cocktail, mais il s'en distingue par les deux critères suivants :

3. Les patients doivent néanmoins se plier à une structure de groupe précise. Le thérapeute est d'un côté et les patients de l'autre et cette situation est irréversible. Les patients paient le médecin ou suivent les règles de son établissement, mais le médecin ne paie jamais ses malades (tout du moins, jusqu'à maintenant, en sa qualité de thérapeute).

4. Le patient ne choisit pas la population à partir de laquelle le groupe sera formé, bien qu'il ait parfois le privilège de sélectionner à l'intérieur d'elle les membres du groupe ou de les rejeter.

Par ces deux derniers aspects le groupe thérapeutique se rapproche de groupes d'activité ayant un programme pré-établi, comme les groupes d'affaires ou les écoles, mais il s'en distingue par les deux premiers critères.

NOTES.

Soif de structure. Les psychologues expérimentaux affirment de façon irrévocable que la désorganisation n'est pas due à une simple privation sensorielle quantitative, mais aussi à un défaut dans la structuration, à une « monotonie » qui donne naissance à l'« ennui »¹. L'exemple classique est offert par les luttes de Robinson Crusoë pour éviter la confusion verbale en structurant le temps et l'espace sur son île solitaire². Robinson est une illustration poignante non seulement de la soif de structure, mais aussi de la soif sociale. La justesse de ce portrait imaginaire est mise en relief avec éclat par une comparaison avec les expériences de ceux qui dans la vie réelle ont été contraints à l'isolement : le Baron de Trenck pendant les dix ans qu'il passa à Magdebourg, Casanova pendant sa réclusion aux Plombs de Venise et John Bunyan pendant les douze années qu'il vécut à la prison provinciale de Bedford. On peut montrer que la néopsyché subit un drainage d'investissement provoqué par la privation de stimuli, de contacts sociaux et de structure, en comparant les patients dans les bons hôpitaux avec ceux dans les mauvais hôpitaux. La suggestibilité archaïque entraînée par de telles privations semble être l'une des armes les plus puissantes dont disposent

les chefs les plus cruels pour venir à bout des personnalités intransigeantes.

Jeu. Le jeu ne signifie pas nécessairement la « farce ». En fait la plupart des jeux humains s'accompagnent, comme le montre Huizinga ⁴, d'une charge affective sincère. Cela peut se voir dans tous les campus ou aux tables de jeu. Le trait essentiel du jeu social chez les humains, c'est que les émotions ne sont pas contrefaites, mais qu'elles se plient à des normes. On s'en rend compte quand des sanctions sont infligées à une manifestation affective illégitime. Ainsi le jeu peut être extrêmement sérieux, ou même mortel, mais ses conséquences sociales ne sont graves que si les règles sont abrogées.

Pour l'examen du contrat « Ça c'est un jeu », voir Bateson et divers auteurs ⁵. Chez les humains ce contrat conscient cache souvent un contrat inconscient : « Il ne s'agit pas d'un jeu ». Une variante en est la flèche lancée sous forme de raillerie, que l'on ne peut pas reprocher à celui qui l'a faite s'il l'a prononcée en souriant. De même le contrat conscient « Il ne s'agit pas d'un jeu » (par exemple, le contrat de mariage) peut recouvrir un contrat inconscient ou voilé du type « Ça c'est un jeu ». Un bon exemple est fourni par le jeu de la « Femme frigide » avec sa succession compliquée mais ordonnée de provocations et de récriminations réciproques. Le contrat manifeste prévoit une union sexuelle véritable, mais le contrat secret affirme « Ne prends pas mes promesses sexuelles au sérieux ». Les mêmes remarques s'appliquent au jeu du « Débiteur », auquel s'adonnent de temps en temps certains types de malades mentaux vis-à-vis des questions d'argent. Jackson et Weakland ⁶ rendent compte d'un cas qui, selon la perspective adoptée ici, est un jeu sinistre, celui du « Double tour » joué par des familles « schizophrénogéniques ».

Il est intéressant de noter que les résultats de la recherche psychologique moderne et les idées exprimées dans ce chapitre sont analogues à certaines réflexions de Kierkegaard sur l'ennui ⁷ (1843), bien que le chemin suivi soit complètement différent. En outre le contrôle social, but recherché par l'analyse transactionnelle au niveau du comportement, débouche sur le type même de mise à distance voulue, que Kierkegaard semble avoir à l'esprit quand il parle de l'amitié, du mariage et des relations d'affaires. L'idée d'une mise à distance légère mais significative est contraire à l'accent mis aujourd'hui sur la « proximité », d'un bord comme de l'autre. A la limite on peut affirmer que si les gens ne se réunissaient pas en groupes il y aurait peut-être de petites bagarres, mais que les guerres pourraient être éliminées. Ce n'est pas une solution très pratique, mais c'est un bon point de départ pour des méditations sur la guerre et la paix.

RÉFÉRENCES.

1. Heron, W. « The Pathology of Boredom ». *Scientific American* 196 : 52-56, Janvier 1957.
2. Spitz, R. « Hospitalism, Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood », 1945. Trad. fr. in RFP, XIII, 1949, pp. 397-425.
3. Berne, E. « The Psychological Structure of Space with Some Remarks on Robinson Crusoe ». *Psychoanalytic Quart.* 25 : 549-567, 1956.
4. Huizinga, J. *Homo Ludens*, Paris, Gallimard, 1951.
5. Bateson, G. et divers. « The Message 'This is Play' ». *Transactions of Second Conference on Group Processes*, Josiah Macy, Jr. Foundation, New York, 1956.
6. Weakland, J. H. & Jackson, D. D. « Observations on a Schizophrenic Episode ». *Arch. Neur. & Psych.* 79 : 554-574, 1958.
7. Kierkegaard, S. A. *Œuvres complètes*, Paris, Ed. de l'Orante, s. d.

CHAPITRE IX

ANALYSE DES TRANSACTIONS

I. INTRODUCTION.

L'analyse structurale proprement dite a pour but de maîtriser (mais pas nécessairement de résoudre) les conflits intérieurs grâce au diagnostic des états du moi, à leur décontamination, à l'action sur les frontières et à la stabilisation de ces états, afin que l'Adulte puisse garder le contrôle sur la personnalité dans les situations de stress. Lorsque le patient a tiré de l'analyse structurale seule tout le profit thérapeutique qu'elle consent, trois voies lui sont ouvertes : l'arrêt temporaire ou définitif, la psychanalyse ou l'analyse transactionnelle. Dans le cas de M. Segundo l'arrêt temporaire fut décidé d'un commun accord. Le propos de la psychanalyse en termes structuraux est de liquider l'état de confusion de l'Enfant et de résoudre les conflits entre l'Enfant et le Parent. Celui de l'analyse transactionnelle est d'établir le *contrôle social* grâce auquel l'Adulte garde le pouvoir exécutif dans ses rapports avec d'autres gens, même quand ils essaient, consciemment ou inconsciemment, d'activer l'Enfant ou le Parent du patient. Cela ne veut pas dire que dans des situations sociales l'Adulte soit le seul à être actif, mais que c'est l'Adulte qui décide quand laisser la bride à l'Enfant ou au Parent et quand reprendre le pouvoir exécutif. Un patient peut se dire par exemple : « A cette partie je peux me permettre de prendre quelques verres et de m'amuser, ce que je n'aurais pas pu faire au dîner solennel d'hier soir », et plus tard dans la soirée se dire : « Je commence à m'avachir, je ferais mieux de m'arrêter de boire et de me calmer, même s'ils sont tous là à me pousser à faire le clown. »

L'analyse transactionnelle donne d'excellents résultats dans les groupes thérapeutiques ; vice-versa, on peut dire que la fonction naturelle des groupes thérapeutiques est l'analyse transactionnelle ¹. L'analyse structurale, qui est une condition

sine qua non pour l'analyse transactionnelle, peut elle aussi être apprise dans un groupe et non en thérapie individuelle. Il est toutefois conseillé, en général, de prendre d'abord le patient individuellement à deux ou trois reprises. Les séances individuelles qui précèdent la thérapie de groupe ont pour fonction, en dehors des questions de routine comme de relever l'histoire du patient, d'introduire celui-ci à l'analyse structurale.

A l'analyse transactionnelle proprement dite fait suite l'analyse des jeux, puis l'analyse des scénarios. La première est une condition préalable pour les deux autres, car sans elle celles-ci pourraient dégénérer en une sorte de passe-temps au lieu d'être employées comme des procédures thérapeutiques rationnelles.

L'analyse des jeux est nécessaire pour obtenir le contrôle social ; l'analyse des scénarios dont l'objectif pourrait s'intituler « contrôle du plan de vie » est d'une telle complexité que de nombreux groupes thérapeutiques n'atteignent jamais ce stade ; le contrôle social courant, toutefois, est possible sans elle. Dans des situations particulières, comme les consultations données par des assistantes sociales, ou les groupes thérapeutiques conjugaux, une procédure spéciale dite « analyse des relations » peut être indiquée. Dans la plupart des cas on peut laisser de côté une analyse des relations en règle, mais chaque thérapeute de groupe, pour être à même de faire de son mieux, devrait connaître à fond cette procédure du point de vue théorique et en avoir quelque expérience pratique.

2. ANALYSE TRANSACTIONNELLE.

Au point où nous en sommes nous pouvons nous pencher sur un groupe de mères de famille âgées de 30 à 40 ans, chacune ayant un enfant au moins, groupe qui se réunissait chaque semaine pendant une heure et demie dans le cabinet du psychiatre, le docteur Q. Au bout de dix-huit mois Daphné, Lily et Rosita, qui avaient participé aux séances depuis le début, étaient les éléments les plus avancés ; Hyacinth, Holly, Camellia et Cicely, qui dans cet ordre s'étaient jointes à elles plus tard, l'étaient moins. La Figure 7 montre le *diagramme de la disposition des sièges* et indique le programme des rencontres.

Un jour Camellia, reprenant une idée qui lui était familière, annonça qu'elle avait dit à son mari que désormais elle n'aurait plus de rapports physiques avec lui et qu'il pouvait aller

se chercher une autre femme. Rosita lui demanda avec curiosité : « Pourquoi avez-vous fait cela ? » Sur quoi Camellia éclata en sanglots et répondit : « Je fais de mon mieux et après vous me critiquez. »

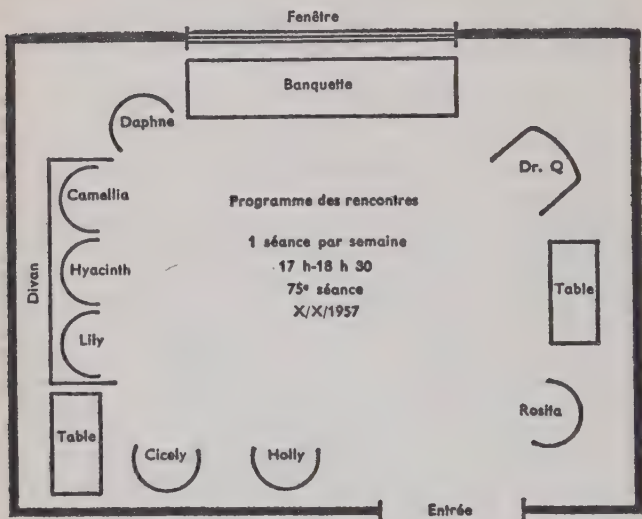


Diagramme de la disposition des sièges

FIGURE 7.

Nous avons ici deux transactions qui sont représentées par les diagrammes des Figures 8 a et 8 b. Ceux-ci furent dessinés et analysés en présence du groupe. La personnalité des deux femmes y est figurée du point de vue structural avec le Parent, l'Adulte et l'Enfant. Le premier stimulus transactionnel est le récit par Camellia de ce qu'elle avait dit à son mari, récit fait dans son état du moi Adulte que le groupe connaissait bien. Il fut relevé par l'Adulte de Rosita qui dans sa réponse (« Pourquoi avez-vous fait cela ? ») montra qu'elle s'intéressait à l'histoire de façon mûre et positive. Comme on le voit sur la Figure 8 a le stimulus transactionnel allait d'Adulte à Adulte, ainsi que la réponse transactionnelle. Si on en était resté à ce niveau la conversation aurait pu continuer tranquillement.

La question de Rosita (« Pourquoi avez-vous fait cela ? ») constituait maintenant un nouveau stimulus transactionnel et elle voulait être une phrase d'Adulte à Adulte. La réponse de Camellia, toutefois, n'était pas celle d'un adulte à un autre,

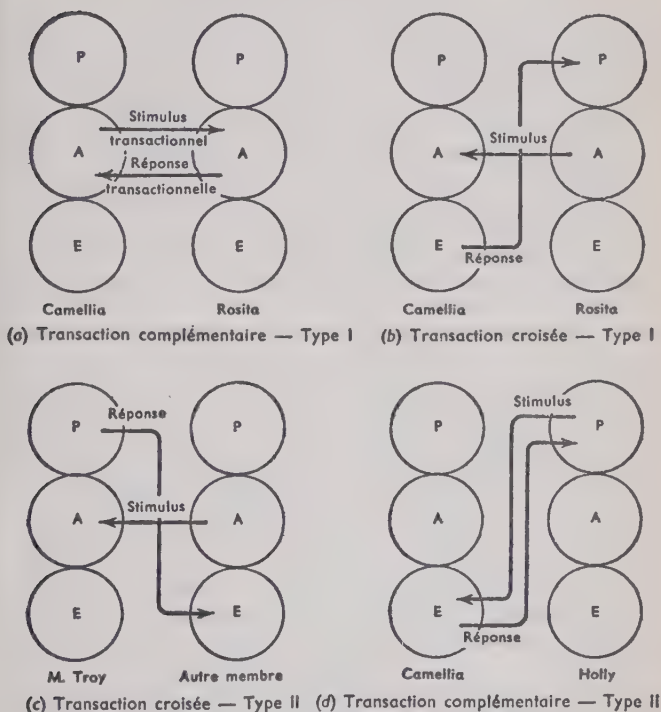


FIGURE 8.

mais celle d'un enfant répondant à un parent qui lui fait des critiques. Le fait que Camellia avait mal perçu l'état du moi de Rosita et le glissement dans son propre état du moi entraînèrent une *transaction croisée* et rompirent la conversation qui dut ensuite prendre une autre tournure. La situation est figurée en 8 b.

Ce type particulier de transaction croisée, dans laquelle le stimulus s'adresse à l'Adulte alors que la réponse est faite par l'Enfant, est probablement la cause la plus fréquente de mésentente dans les ménages et dans les rapports de travail, aussi bien que dans la vie sociale. Sur le plan clinique on en a un exemple typique dans la réaction classique de transfert. On peut dire qu'en fait cette variété de transaction croisée constitue le problème central de la technique psychanalytique.

L'inverse se produit quand un stimulus s'adresse à l'Adulte et que c'est le Parent qui lui répond. Ainsi, si quelqu'un posait une question rationnelle à M. Troy, en s'attendant à une réponse sensée, il était interloqué de se voir offrir toute une série de préjugés dogmatiques et irréflechis, comme s'il était un enfant retardé qui a besoin d'être corrigé. Cette situation est exprimée par la Figure 8 c (le même diagramme peut servir *mutatis mutandis* à représenter une réaction de contre-transfert).

On remarquera que selon un tel schéma la conversation avance tranquillement sous la forme d'une série de *transactions complémentaires* aussi longtemps que les vecteurs ne se croisent pas. Dès qu'une *transaction croisée* se produit quelqu'un est interloqué et la *relation complémentaire* s'arrête. Dans le cas de Camellia et Rosita par exemple, Rosita se tut dès que Camellia eut éclaté en sanglots. Holly, par contre, se mit immédiatement à consoler Camellia et à excuser la conduite de Rosita, sur le ton qu'elle aurait employé avec un enfant malheureux. On aurait pu paraphraser ses paroles ainsi : « Ne pleure pas, ma chérie, tout va s'arranger, tout le monde t'aime et cette méchante femme n'avait pas l'intention de te faire du mal. » Camellia répondit en « s'apitoyant sur elle-même » avec reconnaissance. La Figure 8 d montre ces transactions. Étant donné que l'Enfant de Camellia cherchait maintenant à obtenir une réponse parentale et que c'était exactement ce que lui offrait Holly, le commentaire cynique de Rosita : « Cette idylle pourrait continuer à l'infini » est correct du point de vue technique. Si elles n'avaient pas été interrompues de l'extérieur, les relations réciproques Parent-Enfant auraient pu continuer entre Holly et Camellia jusqu'à ce que l'une d'elles s'en soit lassée et ait changé d'état du moi, sur quoi une nouvelle transaction croisée se serait produite et la relation complémentaire aurait pris fin.

En réalité elle s'arrêta avec l'intervention de Rosita qui provoqua l'effondrement du Parent de Holly et la mise en activité de son Enfant malheureux et effrayé. Dans cet état elle ne pou-

vait plus rien apporter à Camellia qui se retira donc dans un silence renfrogné. C'était maintenant au tour du thérapeute d'intervenir. Il jaugea la situation avec attention et sut ramener toutes les personnes présentes à leur niveau adulte afin de pouvoir entreprendre l'analyse mentionnée plus haut. Durant cette phase ses propres transactions avec le groupe retournèrent au niveau d'origine représenté dans la Figure 8 a.

L'objectif lointain de l'intervention du docteur Q était d'établir le contrôle social. Rosita, la plus avertie des trois personnes intéressées, l'exerçait déjà de façon appréciable, comme le montrait son silence lorsque Camellia avait commencé à protester et à pleurer ; tandis que Holly, qui était novice, répondit immédiatement aux ouvertures de l'Enfant de Camellia. Rosita avait clairement compris que le groupe avait pour but de constituer une expérience didactique ; elle savait que Camellia n'apprendrait rien à être consolée et que Holly n'apprendrait rien à la consoler. De même les deux autres membres avertis, Daphné et Lily, n'avaient rien dit parce qu'elles savaient que c'était la seule conduite à tenir, alors que les deux autres novices, Hyacinth et Cicely, s'étaient tues parce qu'elles ne savaient pas quoi faire de mieux.

L'important, c'était que ce genre d'incidents arrivait régulièrement à Camellia. A ses yeux les gens passaient leur temps à ne pas la comprendre et à la critiquer. En réalité c'était elle qui systématiquement comprenait de travers les gens et les critiquait. Rosita se rendait compte avec justesse qu'elle même n'avait pas critiqué Camellia et qu'au contraire celle-ci l'avait critiquée implicitement en se mettant à pleurer. Son Adulte garda le contrôle de la situation en l'empêchant de se laisser prendre au piège déloyal de consoler Camellia et de s'excuser auprès d'elle de façon parentale. En outre il était fort de la conviction qu'en succombant elle irait à l'encontre de l'objectif thérapeutique que les séances se proposaient. Camellia avait montré plus d'une fois qu'elle excellait à s'attirer pitié et excuses. Les membres expérimentés du groupe commençaient à se rendre compte qu'elle les manœuvrait pour obtenir d'eux quelque chose à quoi elle n'avait pas droit, et à cette époque-là cette fraction du groupe se proposait de faire prendre conscience à Camellia de ce qu'elle était en train de faire ; pour cela le moyen le plus efficace était de lui refuser ce qu'elle demandait.

Elles commençaient aussi à se rendre compte que Holly traquait toutes les occasions pour se montrer parentale. Ainsi Camellia et Holly se complétaient l'une l'autre dans certaines

tendances, tendances qui chez l'une et chez l'autre étaient la source de discordes conjugales. Holly était sur le point d'entreprendre une procédure de divorce parce que son mari l'exploitait et Camellia avait des problèmes parce que son mari ne la comprenait pas et la critiquait. L'analyse transactionnelle que le docteur Q fit de cet épisode était par conséquent exacte. Des analyses répétées de situations analogues permirent à ces deux femmes de prendre de plus en plus conscience du sens véritable de leur attitude et de contrôler de mieux en mieux ces tendances à la fois dans le groupe et chez elles, ce dont profita leur situation conjugale. En même temps les analyses étaient de plus en plus instructives et convaincantes pour les autres novices, alors que les membres avertis comprenaient et mettaient en œuvre de mieux en mieux le contrôle social, car chaque expérience servait à renforcer l'Adulte. Ainsi l'analyse transactionnelle de la relation entre deux membres profitait à tout le monde, et ces bénéfices se firent sentir bien avant que l'une d'entre elles ne fût à même d'essayer de liquider l'état de confusion de son Enfant, ou de résoudre les conflits sous-jacents.

NOTES.

On connaît la difficulté qu'il y a à exposer le déroulement des séances d'un groupe thérapeutique de façon à ce qu'elles puissent être suivies clairement. On devrait toujours se servir d'un diagramme de la disposition des sièges et un tableau noir est indispensable à la discussion. Si on se passe de diagramme il se peut que personne n'en sente le manque, mais si on le fournit on se rendra très vite compte que toutes les personnes présentes le consultent fréquemment au cours de la discussion, ce qui suffit à montrer son utilité. En outre il répond automatiquement à d'innombrables questions sur la situation physique du groupe, ce qui permet de gagner beaucoup de temps.

Quinze personnes ont fait partie du groupe décrit, au cours des dix-huit mois de son existence, et dans l'ensemble le pourcentage de présence était de 95 %. Deux de ses membres s'écartaient de la norme. L'une d'elles fut transférée dans un autre groupe au bout d'une séance. L'autre, la seule à ne pas avoir d'enfants, était alcoolique. C'était la première alcoolique que l'auteur ait essayé de soumettre à l'*analyse transactionnelle*. Elle se montra incapable de tolérer l'angoisse provoquée en elle par le fait que les autres membres refusaient de jouer à son jeu de l'« Alcoolique » (voir chapitre x). Devant le ferme refus qu'ils lui opposèrent quand elle leur demanda de faire sur elle des commentaires désobligeants, elle se retira du groupe et entra volontairement dans un hôpital pour suivre une cure pour la quatrième fois.

Quatre participants, dont deux étaient post-psychotiques, allèrent vivre dans d'autres villes, dans un état nettement amélioré. Une autre cessa provisoirement de venir, tout à fait satisfaite. Une autre encore, Veronica, avait ressenti des progrès assez importants pour essayer d'améliorer de façon systématique son ménage et elle passa dans un groupe

conjugal qu'elle fréquenta avec son mari. Les sept autres pensaient que le temps, l'argent et les efforts qu'elles prodiguaient valaient la peine et que l'amélioration était sensible en elles-mêmes et en chacune des autres. Parmi ces treize personnes, quatre avaient eu recours à une ou plusieurs méthodes thérapeutiques et elles étaient à même d'évaluer de façon plus claire les bénéfices obtenus par l'analyse transactionnelle et de les comparer à ceux obtenus par leurs thérapies antérieures. Leurs observations spontanées confirmèrent l'expérience personnelle de l'auteur.

RÉFÉRENCES.

1. Berne, E. « Transactional Analysis : A New and Effective Method of Group Therapy ». *Amer. Jnl. Psychother.* 12 : 735-743, 1958.

CHAPITRE X

ANALYSE DES JEUX

I. PASSE-TEMPS.

Le gros des échanges sociaux se résume en engagements. Cela est particulièrement vrai dans le cas des groupes psychothérapiques où l'activité ainsi que l'intimité sont interdites ou inhibées. Les engagements sont de deux types : passe-temps et jeux. Un passe-temps est défini comme un engagement dans lequel les transactions sont directes. Quand la simulation apparaît dans la situation, le passe-temps devient un jeu. Il peut arriver à des gens heureux ou bien organisés, doués d'une capacité de jouissance intacte, de s'adonner à un passe-temps social pour lui-même et d'en tirer des satisfactions. Pour d'autres, en particulier pour les névrosés, le passe-temps n'est rien d'autre que ce que son nom indique, une façon de passer (c'est-à-dire de structurer) le temps : jusqu'à ce qu'on se connaisse mieux, jusqu'à ce que cette heure soit écoulée et de façon plus générale jusqu'à l'heure d'aller se coucher, jusqu'au moment des vacances, jusqu'à ce que le traitement fasse son effet, jusqu'à ce que l'on soit sauvé par une forme ou l'autre de secours, de grâce ou de mort. Du point de vue existentiel le passe-temps est un moyen d'éviter le sentiment de culpabilité, le désespoir ou l'intimité, un stratagème fourni par la nature ou par la culture pour rendre plus facile et plus tranquille la détresse. De façon plus optimiste, c'est au mieux quelque chose dont on jouit pour le plaisir et au pire un moyen de nouer des liens dans l'espoir de réaliser la crase longtemps désirée avec un autre être humain. De toute façon chaque participant s'en sert de façon opportuniste pour en tirer tous les bénéfices primaires et secondaires qu'il peut.

Dans les groupes psychothérapiques les passe-temps sont généralement parentaux ou adultes, étant donné qu'ils ont pour rôle d'é luder le vrai problème qui tourne autour de l'Enfant. Dans ces groupes les passe-temps les plus courants sont des variantes de l' « Association de parents d'élèves » et de la « Psychiatrie ». Sous sa forme projective l' « Association de parents d'élèves » est un passe-temps parental ; il a pour sujet la délinquance au sens général du mot, qu'il s'agisse de délinquance juvénile, de maris délinquants, de femmes délinquantes, de marchands délinquants, d'autorités délinquantes ou de célébrités délinquantes. Lorsqu'il est introjectif l' « Association de parents d'élèves » est adulte : chacun des participants expose ses propres fautes que la société peut accepter : « Pourquoi ne puis-je pas être une bonne mère, un bon père, un bon patron, un bon travailleur, un bon copain, une bonne hôtesse ? » La forme projective a pour slogan « C'est affreux ! », la forme introjective : « Moi aussi ! ».

La « Psychiatrie » est un passe-temps adulte ou tout du moins pseudo-adulte. Sous sa forme projective il est connu familièrement comme « Voilà ce que vous êtes en train de faire » et, sous sa forme introjective, comme « Pourquoi est-ce que je fais ça ? ». Dans les groupes d'analyse transactionnelle les intellectualistes jouent parfois à « Quelle part de moi a dit cela ? », mais un groupe avancé y met bien vite fin s'il est évident que ce passe-temps devient une diversion, une fois que la phase d'apprentissage de l'analyse structurale est passée.

Certains groupes sont encore plus circonspects et ils s'en tiennent à des variantes de « bla-bla-bla », comme le « Salon de l'auto » (comparer les voitures) et « Qui a gagné » (tous les deux « conversations d'hommes ») ; ou l' « Épicerie », la « Cuisine » et « Chiffons » (tous « conversations de dames ») ; « Comment » (s'y prendre pour faire telle ou telle chose), « Combien » (cela coûte-t-il), « N'êtes-vous jamais allé » (Souvenirs de voyage), « Connaissez-vous ? » (M. Untel), « Qu'est devenu » (ce bon vieux Jean), « Le lendemain matin » (quelle gueule de bois) et « Cocktail » (je connais une meilleure recette).

Les passe-temps sont caractéristiques des premières phases de la thérapie de groupe, mais si ce groupe n'est pas dirigé correctement les discussions peuvent ne pas dépasser ce stade. Les membres avertis d'un groupe comprennent clairement la signification des passe-temps et ils s'aperçoivent vite que ceux-ci peuvent réapparaître dans trois types de situations : quand un nouveau membre entre dans le groupe, quand le groupe est

en train d'éluder quelque chose ou quand le leader est absent. Dans ce dernier cas si le groupe continue à se réunir sous la direction d'un assistant ou d'un observateur, quand le leader revient il lui arrive de s'entendre dire : « Tout ce que nous avons fait pendant que vous étiez absent, c'était de jouer à l' « Association de parents d'élèves » et à la « Psychiatrie » et cela nous a fait comprendre mieux que jamais que ce n'est qu'une énorme perte de temps ». Même un groupe de mères qui peut à ses débuts, et cela se comprend, éprouver de grandes difficultés à abandonner l' « Association de parents d'élèves », peut finir pour avoir la même réaction ¹.

Toutefois les passe-temps ont une véritable fonction au début de la thérapie de groupe car ils fournissent un cadre inoffensif aux ballons d'essai de l'Enfant. Ils permettent d'avoir une période préliminaire d'observation non engagée pendant laquelle les joueurs peuvent s'évaluer avant que le départ ne soit donné. Bien des gens apprécient une telle période d'essai, car l'Enfant, lorsqu'il est engagé dans un jeu, est obligé d'en accepter les conséquences. Certains groupes, toutefois, passent par dessus la phase des passe-temps et plongent droit dans les jeux. Cela se produit d'autant plus facilement qu'il y a dans le groupe un membre impétueux qui se lance dans son jeu, sans observer au préalable les autres joueurs. Une telle imprudence entraîne d'ordinaire les autres membres. Ce genre d'impétuosité n'est pas obligatoirement de l'agressivité, elle peut être due à un Enfant impulsif, à un Adulte affaibli ou à un Parent défec-tueux. C'est avant tout un signe de manque d'adaptation : d'autres membres du groupe sont peut-être davantage agressifs, mais ils sont aussi plus flegmatiques, plus raisonnables ou plus disciplinés.

Les passe-temps peuvent mettre le groupe à l'aise aux moments de stress, mais ils n'ont que peu de valeur du point de vue analytique. Ils peuvent aider le thérapeute à expliquer aux patients les propriétés du Parent et de l'Adulte, mais sa tâche principale quand ils se produisent est de les étouffer le plus vite possible, afin que les malades puissent entamer leurs jeux. Les deux paradigmes suivants, analysés dans les Figures 9 a et 9 b, montrent la banalité des passe-temps.

1. Association de parents d'élèves — Forme projective.

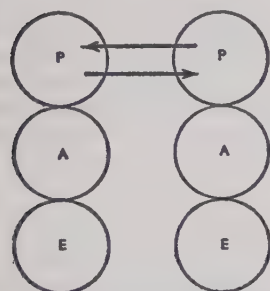
Holly : Il n'y aurait pas tant de crimes s'il n'y avait pas tous ces foyers brisés.

Magnolia : Ce n'est pas seulement ça. De nos jours même dans les bonnes familles on n'enseigne plus aux enfants les bonnes manières comme autrefois.

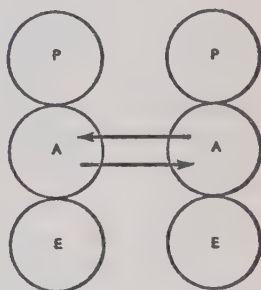
II. Psychiatrie — Forme introjective.

Daisy : Pour moi la peinture doit symboliser le barbouillage.

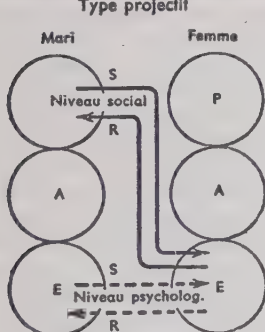
Iris : Dans mon cas peindre serait plutôt une tentative pour plaire à mon père.



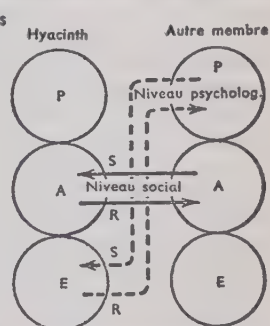
(a) « Association de parents d'élèves »
Type projectif



(b) « Psychiatrie » — Type introjectif



(c) « Sans toi »



(d) « Pourquoi est-ce que vous ne...
Oui, mais ! »

Jeux

FIGURE 9.

2. LES JEUX.

Le jeu le plus courant entre deux époux s'appelle familièrement « Sans toi » ; il nous servira à illustrer les caractéristiques des jeux en général.

M^{me} Dodakiss se plaignait de ce que son mari lui interdisait toute activité sociale ou sportive. Devant l'amélioration que le traitement avait apporté en elle, son mari perdit de son assurance et il retira ses interdictions, ce qui permit à la patiente d'élargir librement le champ de ses activités. A cause de son adolescence « cloîtrée » elle avait toujours désiré prendre des leçons de natation et de danse. Une fois qu'elle se fut inscrite à des cours, quelle ne fut sa surprise et sa consternation en découvrant qu'elle avait une horreur profonde pour les piscines comme pour les pistes de danse ! Aussi dut-elle renoncer à ses projets.

Cette découverte dévoila partiellement la structure de son mariage. Elle s'était choisi pour mari l'homme qui lui procurerait le maximum de bénéfices primaires et secondaires. On sait que Freud décrit trois types possibles de bénéfices qu'un malade peut tirer de sa maladie : paranosique externe (primaire), paranosique interne (primaire) et épinosique (secondaire). Ce concept peut s'étendre aux bénéfices tirés des relations entre personnes. Lorsque M^{me} Dodakiss s'était choisi un tyran pour époux, le *bénéfice primaire externe* consistait dans le fait qu'il l'aidait à éviter ses phobies ; le *bénéfice primaire interne* était qu'elle pouvait se retourner contre lui et dire : « Sans toi, je pourrais, etc... », ce qui lui apportait des gratifications en même temps que cela l'aidait à maîtriser ses sentiments de culpabilité et ses angoisses sous-jacentes ; les *bénéfices secondaires* résidaient dans les avantages matériels qu'elle tirait de sa position : son ressentiment « justifié » lui donnait le pouvoir de contrôler leur vie sexuelle et certains aspects de leur mariage ; en outre il provoquait des concessions et des cadeaux que son mari lui offrait pour la dédommager de sa sévérité.

Mais dans la mesure où ce qui nous intéresse ici c'est la psychiatrie sociale, le bénéfice le plus important est encore différent, c'est le *bénéfice social*. Il est décrit par la réponse à la question suivante : « Comment la situation permet-elle à l'individu de structurer son temps ? » M^{me} Dodakiss construisit son jeu

en amenant son mari (s'il en avait besoin) à lui imposer des interdictions. Celles-ci, outre qu'elles lui procuraient les bénéfices cités plus haut, alimentaient sans cesse le réservoir de son ressentiment. Chaque fois qu'elle manquait d'activité ou qu'une situation d'intimité se profilait à l'horizon, son ressentiment fournissait une solution de remplacement pour meubler le temps grâce au jeu de « Sans toi » et à ses attaques et contre-attaques interminables. En outre ce jeu plaçait M^{me} Dodakiss dans une position de choix dans le cercle de ses amies, car elle pouvait toujours prendre part à leur conversation en jouant au passe-temps dérivé « Sans lui » qui était source de gratification et de contentement. Elle tirait donc de son rapport conjugal protection, contrôle et présents (les bénéfices freudiens), mais aussi le privilège de jouer à « Sans toi » et « Sans lui ». La situation donnait lieu à un produit secondaire important : l'éducation affective des enfants Dodakiss comprenait des travaux pratiques intensifs sur ces jeux, si bien qu'à la fin la famille tout entière pouvait se livrer en expert à cette occupation et elle le faisait fréquemment.

Un cinquième type de bénéfice est le *bénéfice biologique* qui naît du simple fait que les parties en présence se stimulent l'une l'autre de quelque façon et remédient mutuellement à leur isolement, quel que soit le type ou le contenu de la stimulation.

On ne peut que supposer les bénéfices que M. Dodakiss tirait de la situation, étant donné qu'il ne vint pas se faire soigner ; les partenaires mâles de ce jeu ne sont généralement pas gens à chercher une solution dans la psychiatrie. Toutefois, des expériences avec des ménages du même type peuvent faire soupçonner que son bénéfice primaire interne était de nature sadique ou contre-phobique ; que son bénéfice primaire externe était le même que celui de sa femme : éviter l'intimité sexuelle sans perdre l'estime de soi-même en provoquant le refus ; que son bénéfice secondaire était la liberté d'aller à la chasse ou au bistrot ; et que son bénéfice social était le passe-temps « Les femmes sont un mystère ».

L'analyse transactionnelle des jeux est fort instructive pour toutes les personnes impliquées. Il existe trois types de transactions : complémentaire, croisée et seconde. On a déjà abordé les *transactions complémentaires* d'une relation bien structurée et les *transactions croisées* d'une relation mal structurée. Dans le cas du passe-temps les transactions sont complémentaires, si bien que la relation est bien structurée, relativement simple

et peut continuer indéfiniment aussi longtemps qu'elle entraîne des bénéfices suffisants. Dans le cas du jeu aussi, la relation est bien structurée, sans croisements, mais les transactions sont secondes et elles se passent à deux niveaux simultanément, le niveau social et le niveau psychologique. L'analyse de « Sans toi » est schématisée par la Figure 9 c. Au *niveau social* le paradigme est le suivant :

M. : Reste à la maison et occupe-toi du ménage.

F. : Sans toi je pourrais m'amuser.

Ici le stimulus transactionnel va du Parent à l'Enfant et la réponse de l'Enfant au Parent.

Au *niveau psychologique* (le contrat de mariage second), la situation est complètement différente :

M. : Tu dois être toujours là quand je rentre à la maison. J'ai une peur terrible d'être abandonné.

F. : J'y serai si tu m'aides à éviter les situations phobiques.

Ici le stimulus comme la réponse vont d'Enfant à Enfant. A aucun niveau il n'y a croisement, si bien que le jeu peut continuer indéfiniment aussi longtemps qu'il a des motivations suffisantes. Par conséquent un jeu peut être défini du point de vue transactionnel comme un ensemble de *transactions secondes*. Du point de vue descriptif c'est un ensemble de transactions périodique, souvent réitératif, plausible en apparence, avec une motivation cachée ; ou, plus familièrement, une série de coups avec un piège ou un « truc ».

Dans les réunions et dans tous les types de groupes, y compris les groupes psychothérapeutiques, le jeu le plus fréquent est « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais ».

Hyacinth : Tout ce que mon mari construit est branlant.

Camellia : Pourquoi ne prend-il pas des leçons de menuiserie ?

Hyacinth : Oui, mais il n'a pas le temps.

Rosita : Pourquoi ne lui achetez-vous pas de bons outils ?

Hyacinth : Oui, mais il ne sait pas s'en servir.

Holly : Pourquoi ne faites-vous pas faire le travail par un menuisier ?

Hyacinth : Oui, mais cela reviendrait trop cher.

Iris : Pourquoi n'acceptez-vous pas tout bonnement ce qu'il fait comme ça se trouve ?

Hyacinth : Oui, mais tout pourrait s'effondrer.

« Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais » peut comporter n'importe quel nombre de joueurs. L'un d'eux, le « chat », propose un problème, les autres commencent à fournir des solutions qui toutes débutent par « Pourquoi est-ce que vous ne... ? ». Chaque fois le « chat » les écarte avec un « Oui, mais... ». Un bon joueur est capable de tenir tête indéfiniment au reste du groupe jusqu'à ce que tous les autres abandonnent : à ce moment-là il est vainqueur. Hyacinth, par exemple, réussit à écarter plus d'une douzaine de solutions avant que Rosita et le thérapeute ne mettent fin au jeu.

Étant donné que toutes les solutions à quelque rare exception près sont rejetées, il est évident que ce jeu doit avoir quelque objectif second. Dans « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais » le « truc » c'est qu'il n'est pas joué pour son but manifeste (une demande Adulte d'informations ou de solutions), mais pour rassurer et gratifier l'Enfant. Sur le papier cet échange de répliques peut paraître Adulte, mais dans la vie on peut observer que le « chat » se présente lui-même comme un Enfant incapable de faire face à la situation, ce qui transforme les autres en Parents avisés tout prêts à faire bénéficier l'Enfant impuissant de leur expérience. C'est exactement ce que désire le « chat » car son propos est de confondre tous ces Parents les uns après les autres. L'analyse de ce jeu est représentée dans la Figure 9 d. Le jeu peut se dérouler parce qu'au niveau social le stimulus et la réponse vont l'un et l'autre d'Adulte à Adulte et qu'au niveau psychologique aussi ils sont complémentaires, le stimulus du Parent à l'Enfant (« Pourquoi est-ce que vous ne... ? ») faisant naître une réponse de l'Enfant au Parent (« Oui, mais... »). Le niveau psychologique peut être inconscient chez les deux interlocuteurs. Compte tenu de cette interprétation, il peut être instructif de suivre le jeu de Hyacinth jusqu'au bout.

Hyacinth : Oui, mais tout pourrait s'effondrer.

Thérapeute (au groupe) : Que pensez-vous de tout cela ?

Rosita : Et voilà nous avons recommencé à jouer « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais » encore une fois. On aurait pu croire qu'au point où nous en sommes nous aurions été plus malignes.

Thérapeute : Quelqu'un a-t-il proposé quelque chose qui ne vous était pas venu à l'esprit ?

Hyacinth : Non, personne. En réalité j'avais effectivement essayé presque tout ce qui m'a été proposé : j'avais acheté des outils à mon mari et il avait suivi un cours de menuiserie.

Thérapeute : Il est intéressant de remarquer que Hyacinth disait qu'il n'avait pas le temps de suivre un cours.

Hyacinth : Ben, en pleine discussion je n'avais pas compris ce que nous étions en train de faire, mais maintenant je vois que j'étais encore une fois en train de jouer à « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais », aussi je suppose que je m'efforce encore de prouver qu'aucun Parent ne peut m'apprendre quoi que ce soit.

Thérapeute : Pourtant vous m'avez demandé de vous hypnotiser ou de vous faire une piqûre hypnotique.

Hyacinth : Vous oui, mais personne d'autre n'a à me dire ce que je dois faire.

Le bénéfice social (structuration du temps) de ce jeu fut clairement énoncé par M^{me} Tredick, qui souffrait d'éreuthophobie. Comme cela se passe souvent, M^{me} Tredick pouvait prendre l'un ou l'autre rôle dans tous ses jeux. Dans la situation présente elle pouvait jouer avec autant d'aisance le « chat » ou l'un des sages, et ce fait fut abordé avec elle au cours d'une séance individuelle.

Docteur Q : Pourquoi est-ce que vous jouez si vous savez que c'est un piège ?

M^{me} Tredick : Quand je parle avec quelqu'un je dois trouver continuellement des choses à dire. Si je ne le fais pas je rougis. Sauf dans le noir.

Docteur Q : Pourquoi ne rougissez-vous pas dans le noir ?

M^{me} Tredick : A quoi est-ce que cela sert si personne ne vous voit ?

Docteur Q : Il faudra que nous en parlions un jour. Si vous cessiez de jouer à « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais » dans le groupe, ce serait une expérience intéressante, nous pourrions tous apprendre quelque chose.

M^{me} Tredick : Mais je ne peux pas supporter un temps creux. Je le sais et mon mari le sait aussi, il me l'a toujours dit.

Docteur Q : Vous voulez dire que si votre Adulte ne reste pas occupé votre Enfant en profite pour montrer le nez et vous embarrasser ?

M^{me} Tredick : Oui, c'est cela. C'est pourquoi tout va bien si je peux faire sans arrêt des suggestions à quelqu'un ou obtenir que quelqu'un m'en fasse. Je suis protégée. Vous savez, maintenant le fait de rougir me préoccupe beaucoup moins. Tant que mon Adulte peut garder le contrôle j'arrive à repousser

la gêne et quand elle me prend elle ne me jette plus dans la panique comme autrefois.

Ici M^{me} Tredick montre de façon assez évidente qu'elle redoute le temps non structuré. L'Enfant embarrassé, sexuellement excité, est dans l'impossibilité de s'afficher aussi longtemps que l'Adulte est occupé dans une situation sociale et un jeu fournit une structure adéquate pour le fonctionnement de l'Adulte. Mais pour maintenir éveillé l'intérêt de la patiente, le jeu devait avoir une motivation appropriée. Son choix de ce jeu particulier était guidé par le principe d'économie : c'était celui qui lui fournissait le maximum de bénéfices internes et externes en liaison avec les conflits de son Enfant à propos de la passivité physique. M^{me} Tredick pouvait jouer avec autant d'entrain le rôle de l'Enfant rusé que l'on ne saurait dominer ou celui du Parent avisé qui est en mesure de dominer l'Enfant chez autrui, ou plutôt qui n'y parvient pas. Étant donné que le principe fondamental de « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais » c'est de rejeter toute suggestion, le Parent est toujours perdant. La devise de ce jeu c'est : « Pas la peine de s'affoler, le Parent ne gagne jamais ». En dernier ressort cela renvoie à une attitude bisexuelle ambivalente envers les parents pendant la première enfance.

Parmi les autres jeux courants on peut citer « Schlemiel » (le rusé), « l'Alcoolique », « la Jambe de bois », « la Scène », « C'est affreux », « C'est toi qui m'a entraîné là-dedans », « Je n'en sors pas » et « Battez-vous ». Les noms sont choisis (ou souvent adoptés par les patients eux-mêmes) d'après leur pouvoir d'évocation, pouvoir qui est à la fois désirable sur le plan technique et efficace sur le plan thérapeutique. Sur le plan descriptif chaque jeu est semblable à une compétition réglementée comme les échecs ou le football. Le pion blanc avance, au signal de l'arbitre l'avant donne le coup d'envoi, la balle est mise en jeu, etc... : on en retrouve l'équivalent dans tous les coups d'ouverture des jeux sociaux. Le stimulus X est suivi par la réponse standard Y, sur quoi X réplique de façon stéréotypée. Après un nombre réglementaire de coups le jeu se termine sur un dénouement incontestable, qui est l'équivalent d'un échec et mat ou d'un but. Ainsi un jeu n'est pas une attitude ni un passe-temps mais un ensemble de transactions complémentaires dirigées vers un but d'exploitation.

« Schlemiel » offre une occasion magnifique, mais dangereuse, de voir ce qui se passe si un jeu est rompu. Dans ce jeu, le

« chat » casse, renverse, fait divers types de cochonneries, et chaque fois dit « Je suis désolé ». Dans une situation typique, les coups sont les suivants :

1) Blanc répand son verre de champagne sur la robe du soir de l'hôtesse.

2) Noir réagit d'abord par la colère, mais il sent (de façon vague le plus souvent) que s'il la montre, Blanc l'emportera. Aussi Noir se ressaisit, ce qui lui donne l'illusion qu'il est gagnant.

3) Blanc dit : « Je suis désolé ».

4) Noir marmonne un « ça ne fait rien », ce qui le renforce dans l'illusion qu'il est gagnant.

Lorsqu'il a brûlé la nappe avec sa cigarette, déchiré le rideau de dentelle avec le pied de la chaise, et renversé la sauce sur la moquette, l'Enfant de Blanc a la joie au cœur parce qu'il a donné libre cours à son agressivité anale et qu'il a été pardonné, alors que Noir a fait un étalage gratifiant d'un pénible contrôle sur soi-même. Aussi chacun d'eux tire profit d'une situation difficile et Noir ne se sent pas nécessairement désireux de mettre un terme à cette amitié. Il faut remarquer que, comme dans la plupart des jeux, Blanc, qui attaque, gagne quoi qu'il arrive : si Noir montre sa colère, le ressentiment de Blanc se trouve « justifié » ; si Noir se contient, Blanc peut continuer à mettre à profit chaque occasion. Il n'y a que dans les jeux que l'on gagne quoi qu'il advienne.

L'« Anti-Schlemiel » demande un joueur expert et impétueux, qui s'y prend de la façon suivante :

1) Blanc écrase le hochet du bébé.

2) Noir, qui comptait là-dessus, attend sans dire mot.

3) Blanc, légèrement déconcerté par l'aplomb de Noir, dit : « Je suis désolé ».

4) Noir dit : « Vous pouvez renverser votre verre sur la robe de ma femme, brûler la nappe, déchirer le rideau et renverser la sauce sur la moquette comme vous l'avez fait l'autre fois, mais je vous en prie ne dites pas « je suis désolé » ! »

5) Maintenant que l'hostilité anale de Blanc a été mise à nu en public, les bénéfices primaires internes qu'il tirait de ses cochonneries « socialement acceptables » et le bénéfice primaire externe du pardon lui ont été les uns et les autres coupés sous le pied. Le problème est de savoir s'il éclatera sur le champ et dans le meilleur des cas se limitera à s'en aller en claquant

la porte, ou s'il se contrôlera et remettra sa revanche à plus tard. Dans un cas comme dans l'autre Noir s'est fait maintenant un ennemi et Blanc risque de voir son économie psychique gravement troublée.

Cela montre que les jeux que l'on étudie ici, même si en apparence ils rappellent des récits d'humoristes anglais³, sont en réalité très sérieux. Du point de vue dynamique ils ont pour fonction de préserver l'équilibre psychique et si le joueur est frustré cela entraîne chez lui de la fureur ou encore un état qu'en analyse transactionnelle on appelle le *désespoir* (état qui du point de vue clinique se distingue de la dépression et qui s'apparente au désespoir existentiel).

L'« Alcoolique » est un jeu compliqué car sous sa forme classique il fait intervenir quatre personnes qui en tirent chacune des bénéfices à la fois primaires et secondaires. Le Grand Jeu demande un persécuteur, un sauveteur, une « poire » et le « chat ». Le persécuteur est généralement une personne du sexe opposé, l'épouse dans la plupart des cas, et le sauveteur une personne du même sexe, souvent un médecin. La poire est une personne plus ou moins indifférente qui ne fait que fournir le ravitaillement quand on le lui demande et qui peut être aussi la cible passive de notions pulsionnelles, qui sont généralement à la fois libidinales et agressives. Le jeu peut être restreint à trois ou à deux joueurs qui cumulent les rôles et qui peuvent les échanger. De nombreuses organisations publient les règles du jeu et définissent les rôles dans leurs publications. Pour être le « chat » il faut prendre un verre au sortir du lit, etc... Le « sauveteur » doit croire en une Puissance Suprême, et ainsi de suite.

Le succès des organisations de sauvetage dépend du fait que les gens qui s'adonnent à un certain jeu sont virtuellement capables de tenir n'importe lequel des rôles. De telles organisations peuvent réussir parfaitement à guérir les individus de leur ivrognerie, mais elles ne leur enlèvent pas le goût de jouer à l'« Alcoolique ». Ce qui se passe dans ce cas particulier c'est, semble-t-il, l'abandon du rôle du « chat » pour celui du sauveteur. C'est un fait bien connu que lorsque les gens à sauver commencent à faire défaut, ceux qui ont été « guéris » ont tendance à faire une rechute⁴, ce qui dans le langage de l'analyse des jeux signifie qu'ils retournent à leur rôle originel de « chat » dans le jeu de l'alcoolique. Ceux qui ont été alcooliques eux-mêmes font de meilleurs sauveteurs que ceux qui n'ont jamais

bu parce qu'ils connaissent mieux les règles du jeu et savent mieux les appliquer. Ce jeu est appelé ici l' « Alcoolique » et non l' « Alcoolisme » car dans certains cas il peut être joué sans bouteille, c'est-à-dire que certains, sans être atteints d'alcoolisme, jouent un jeu à quatre personnages qui au fond est le même.

On admet en général que ce sont les organisations de sauvetage (et en particulier les Alcooliques Anonymes) qui offrent les meilleures chances de réussite pour les cures de désintoxication, bien supérieures à celles des autres méthodes, y compris la psychothérapie de groupe. Il est manifeste que les alcooliques ne sont pas attirés par les groupes génériques de psychothérapie et la raison n'en est pas difficile à découvrir. Si l'on pense au fait que l'effet principal d'un groupe est d'aider l'individu à structurer son temps de manière à obtenir le maximum de bénéfices, il est facile de comprendre que chaque personne cherche le groupe qui dans cette perspective lui conviendra le mieux, celui qui au départ lui offre le plus de chances de pouvoir jouer celui de ses jeux qui est le plus fortement motivé. Si cette espérance est frustrée, la personne se retire du groupe. Ainsi il arrive que des patients demeurent dans un groupe psychothérapique s'ils peuvent y jouer leur jeu favori ou s'ils voient la possibilité d'y apprendre des « meilleurs », et qu'ils se retirent s'ils sont frustrés. Il n'est pas facile pour un alcoolique de développer son jeu spécifique dans un groupe de névrosés ou de psychotiques ordinaires, et étant donné son inaptitude bien connue à tolérer les frustrations il se retire bien vite.

Sur la base de ce principe, il ne demeure dans un groupe générique que si deux conditions sont remplies : si le thérapeute ne se rend pas compte que l'alcoolique est en train de manœuvrer le groupe avec succès (dans ce cas le patient ne tire aucun profit durable du traitement) ; ou bien si le thérapeute est assez habile pour aider l'alcoolique à tolérer ses frustrations jusqu'à ce que les conflits sous-jacents soient atteints. La troisième alternative c'est d'avoir la chance de tomber dans un groupe dont tous les membres jouent à l'alcoolique.

Lorsque les patients ont appris le contrôle social et ont abandonné leurs jeux principaux, l'une des questions qu'ils posent le plus fréquemment est : « Que vais-je faire à la place ? », c'est-à-dire : « Comment vais-je structurer mon temps maintenant ? ». Avec le temps la *vis medicatrix naturae* se charge de résoudre ce problème en permettant à l'Enfant de s'inventer une forme d'expression plus naturelle et plus constructive que le jeu originel, à la surprise et au grand plaisir du patient.

Cela ne veut pas dire que le contrôle social soit une guérison mais que dans des cas favorables il apporte une nette amélioration. Il est certainement tout à fait hors de propos que le thérapeute pousse son zèle jusqu'à essayer de fournir de nouveaux jeux à des patients de longue date ; il doit s'en tenir à la maxime d'Ambroise Paré : « Je le pensai, Dieu le guérit. » Cela tend à expliquer pourquoi certains alcooliques « guéris » sont plutôt ternes en société : c'est qu'il est dur pour eux d'apprendre « que faire à la place ». Étant donné que dans la plupart des cas ils ont troqué leur rôle et non renoncé carrément à leur jeu, ils ne sont pas libres de s'en chercher un nouveau et ils ont par conséquent des difficultés à se lier avec des gens différents d'eux.

La « Jambe de bois » est un jeu important en psychothérapie, ce qui est dû surtout au fait que de nos jours sa conformité au milieu culturel est de plus en plus grande. C'est l'équivalent sur le plan existentiel de ce que plaider l'irresponsabilité représente sur le plan juridique (il s'agit d'ailleurs dans ce cas-ci d'une version professionnelle de la « Jambe de bois »). L'analyse transactionnelle est comme la psychanalyse des phobies, mais de façon beaucoup plus marquée, une thérapie « activiste » ; tôt ou tard il arrive un moment où le patient doit effectivement prendre le métro, traverser le pont, monter dans l'ascenseur ; l'analyse ne peut pas repousser indéfiniment le moment de la vérité. L'analyse transactionnelle préfère que cela se fasse plus tôt que plus tard et parfois elle adopte presque l'attitude de « commencez par faire le nécessaire ; nous analyserons le problème par la suite ». Le patient peut répondre par un équivalent psychiatrique de « Qu'est-ce que vous attendez d'un homme avec une jambe de bois ? », par exemple par : « Mais je ne peux pas, je suis névrosé. »

En réalité le thérapeute se contente de demander au patient d'utiliser ce qu'il a appris dès qu'il est prêt à le faire. Bien des névrosés cultivent l'illusion qu'ils doivent attendre la « fin » du traitement et recevoir un diplôme de quelque sorte avant de pouvoir commencer à vivre dans le monde, et l'une des tâches du thérapeute est de combattre ce genre d'inertie, si c'est de cela qu'il s'agit. Les gens qui ont l'habitude de lire des articles de vulgarisation psychiatrique ou des écrits cliniques sur ce sujet jouent parfois une version plus subtile de la « Jambe de bois » en disant, à propos du problème de l'*acting out* : « Mais si je fais ça, je ne pourrai pas l'analyser ».

Souvent il faut une bonne dose de discernement clinique

pour juger si un patient n'est effectivement pas prêt ou s'il est en train de jouer à la « Jambe de bois ». De toute façon le thérapeute ne doit se montrer anti-« jambe de bois » que sous certaines conditions : pas plus d'une fois tous les trois mois avec le même patient, uniquement s'il a la certitude que celui-ci suivra sa suggestion et si celle-ci est faite par son Adulte et non par son Parent. Dans la plupart des cas le patient ressent cette suggestion comme parentale, mais l'important c'est que le thérapeute lui-même et les autres membres du groupe, s'il y a lieu, voient sans équivoque le caractère adulte de la démarche. Certaines formes de « Jambe de bois » sont particulièrement aptes à provoquer un contre-transfert parental chez des thérapeutes influençables : le malade qui plaide la pauvreté intellectuelle s'adresse à leur snobisme, celui qui plaide la fragilité de sa santé à leur sympathie ou à leur sentiment d'insécurité et celui qui plaide l'appartenance à une minorité ethnique à leurs préjugés. L'anecdote suivante illustre l'illogisme de ce jeu ainsi que les implications sociologiques qu'il a de nos jours.

M. Segundo se vantait d'avoir fait acquitter l'un de ses clients en citant à sa décharge l'expertise d'un psychiatre. Le client était jugé pour un grave manquement au devoir. Le psychiatre avait déclaré que l'accusé était sain d'esprit aux yeux de la loi, mais qu'il était issu d'un foyer désuni et qu'il n'avait commis ce délit que par amour de sa femme dont il avait un besoin profond. Son témoignage, joint à la plaidoirie de M. Segundo, était si convaincant que le jury s'était prononcé pour l'acquittement.

M. Segundo enchaîne en racontant qu'il était lui-même en train de faire un procès à un homme qui lui avait fait faux bond à propos d'un contrat commercial. L'enquête prouva que là aussi l'accusé venait d'une famille désunie, avait besoin de l'argent pour le bien-être de sa femme, etc... mais cela n'amena pas M. Segundo à retirer sa plainte.

En analyse transactionnelle la qualité sociale distinctive de l'Adulte est l'aptitude à tenir sa parole ou son engagement ; aussi le patient est censé posséder cette qualité dans la mesure où son Adulte fonctionne et compte tenu des possibilités de fonctionnement de cet Adulte dans une situation donnée. C'est la raison pour laquelle le thérapeute doit se montrer anti-« Jambe de bois » quand il le faut, comme le comprennent bien les patients. Si le thérapeute fait attention, cette manœuvre ne devrait entraîner aucune difficulté. D'après l'expérience de l'auteur l'attitude anti-« Jambe de bois » n'a jamais amené aucun

patient à interrompre son traitement, à subir un préjudice ou à être entraîné dans une situation de transfert chaotique. En termes structuraux, la prémisse sur laquelle se fonde cette attitude est que l'Enfant peut tirer des leçons de l'expérience et que par conséquent toute personne devrait être encouragée à se lancer le plus tôt possible dans le monde. Cette prémisse, ainsi que celle qui veut que toute personne d'un certain âge, si perturbée ou si diminuée soit-elle du point de vue fonctionnel, ait un Adulte pleinement développé qui peut être ré-investi dans des conditions adéquates, cette prémisse donc est plus optimiste et plus fertile dans la pratique que les conceptions conventionnelles.

Parmi les autres jeux mentionnés plus haut, la « Scène », avec son accompagnement de cris et de claquements de porte, est une défense classique contre les menaces sexuelles, entre père et fille ou mari et femme par exemple. C'est souvent le stade final du jeu de provocation — rejet — relance de « la Femme frigide » (« Tu ne penses qu'à ça »). « C'est affreux » est un jeu triste et poignant joué de préférence par des personnes seules, collectionneuses d'interventions chirurgicales. « C'est toi qui m'a entraîné là-dedans » se joue à deux à propos de questions d'argent, de sexe ou d'un crime ; il fait intervenir un naïf (Toi) et le « chat » (Moi) ; ici celui qui se fait prendre est le vainqueur. Son contraire est « Je n'en sors pas » : ici le naïf (Je) est le « chat » et le vainqueur apparent est l'agent provocateur *. Dans le premier cas « Moi » est typiquement un homme et dans le second « Je » est typiquement une femme. « Battez-vous » est le coup d'envoi essentiellement féminin d'un jeu qui peut aller de la plaisanterie de société jusqu'à l'homicide en passant par tous les degrés intermédiaires.

Il est évident que l'on peut classer les jeux selon plusieurs critères. Du point de vue nosologique « Schlemiel » est obsessionnel, « C'est toi qui m'a entraîné là-dedans » paranoïde et « Je n'en sors pas » dépressif. Du point de vue des zones « l'Alcoolique » est oral, « Schlemiel » est anal et « Battez-vous » est généralement phallique. On peut aussi les classer selon les principaux mécanismes de défense mis en œuvre, le nombre de joueurs ou les « jetons » : un paquet de cartes, une paire de dés ou une balle peuvent servir pour toute une série de jeux différents, cela est vrai aussi pour le temps, l'argent, les mots, les plaisanteries, les parties du corps et autres « jetons ».

Il faut distinguer les jeux des opérations, qui elles appar-

* En français dans le texte (N. d. T.).

tiennent au domaine de l'intimité. Un jeu, par définition, doit comporter un piège ou un « truc » en faisant intervenir une transaction seconde. Une opération est une transaction directe, ce n'est rien d'autre que quelque chose qu'on fait avec les autres, comme chercher un réconfort et l'obtenir. Cela ne devient un jeu que si une personne, tout en cherchant réellement un réconfort, fait semblant de vouloir autre chose, ou bien si elle demande un réconfort puis le rejette pour faire sentir son interlocuteur mal à l'aise par quelque biais.

L'analyse des jeux n'a pas seulement une fonction rationnelle, elle donne aussi de l'intérêt et de la vie aux développements sérieux de la psychothérapie individuelle ou collective. Il ne faut pas la rabaisser à des fins hédonistes et il faut la manier avec la plus grande rigueur, mais le plaisir manifeste qu'elle procure à la plupart des participants est un boni dont le thérapeute consciencieux, loin de se plaindre, devrait se réjouir.

NOTES.

On m'a souvent demandé une *liste des jeux*. Comme il faut une longue période d'observation avant de bien saisir les coups essentiels d'un jeu et ses motivations, et avant de pouvoir lui donner un nom adéquat, il est difficile de donner suite à cette requête. L'étude des jeux en est encore au stade de l'inventaire, et rien n'est encore définitif. On découvre souvent, une fois que l'on en a extrait la quintessence, que deux jeux qui au premier abord semblaient différents en fait n'en forment qu'un, et que des jeux qui semblent analogues ou identiques sont en réalité de nature très différente. Les relations qui existent entre les différents jeux sont encore plus difficiles à tirer au clair. On n'a même pas encore résolu de façon satisfaisante le problème fondamental de savoir si un certain assortiment de jeux accompagne nécessairement un certain scénario. Jusqu'à maintenant seul le scénario du plan de vie connu familièrement sous le nom de « Petit Chaperon rouge » a été étudié sous cet angle et, comme on pouvait s'y attendre, toutes les femmes qui s'y réfèrent jouent à « Battez-vous » et à deux ou trois autres jeux. Mais d'autres types de femmes aussi jouent à « Battez-vous ». En tout état de cause, pour donner une description complète de tous les jeux connus jusqu'à maintenant, il faudrait un livre entier. La liste suivante qui vient s'ajouter à ceux déjà cités, est donc partielle et provisoire.

1. « Fais quelque chose pour moi » (« Jambe de bois » avec entêtement anal) ;
2. « Le Tracas » (« Maintenant que je me suis rendu la vie trop compliquée, je peux abandonner ») ;
3. « Je suis irréprochable » (la dénégation aimable) ;
4. « Je te l'avais bien dit » (la dénégation farouche) ;
5. « Le jeu du bas » (« Regarde mon bas est filé... Je n'avais pas l'intention d'être provocante »). Ici la question des *variantes* se pose. Certaines femmes soulignent un défaut dans leur poitrine ;
6. « Le viol » (« Comment, je t'ai séduit ! C'est toi qui m'a violée et je proteste »). Ici intervient la question des *degrés*. Sous la forme la plus acceptable sur le plan social les bénéfices découlent de la séduc-

tion elle-même et la rebuffade signifie simplement que le jeu est terminé. C'est le premier degré. Dans un degré plus détourné du « Viol », la séduction est moins importante que la rebuffade, qui fait naître le véritable frisson. Sous sa forme la plus maligne, le troisième degré, qui peut se terminer par un scandale, un homicide ou un suicide, c'est le fait d'être réellement « violée » qui procure les bénéfices.

7. « Cette fois je te tiens salaud » (C'est parfois une variante du « Débiteur » ou du « Créancier »). C'est une question de *rudesse*. Il est clair que ce jeu représente la version dure du jeu du « Créancier ». Lorsqu'il est la version dure du « Débiteur » les bénéfices sont tirés de la « certitude d'être dans son bon droit » si le créancier dépasse les limites que le débiteur a fixées autistiquement aux démarches de recouvrement (« M'envoyer l'huissier, d'accord. Mais il me la paiera pour s'être adressé à mon patron ».)

L'article de S. S. Feldman sur « l'interprétation couverture »⁵ est une description excellente du jeu de « Psychiatrie » dans lequel c'est tantôt l'analyste tantôt le patient qui joue le premier coup. En analyse transactionnelle le thérapeute ou le patient relèverait l'élément archaïque de ces transactions et plutôt que de suivre le docteur Feldman dans sa recherche de « l'interprétation réelle » il s'intéresserait aux origines génétiques du jeu lui-même dans l'enfance de l'analyste ou du thérapeute.

Il n'est peut-être pas impeccable sur le plan scientifique d'appeler « social » et « psychologique » les deux niveaux d'une *transaction seconde*, mais ces termes sont les plus riches, les plus clairs et les plus justes dont on dispose sans recourir à des néologismes.

La *désintégration* des groupes d'Alcooliques Anonymes lorsqu'il ne reste plus d'alcooliques à soigner est un phénomène que j'ai remarqué pour la première fois il y a bien des années⁶. Bien que le docteur Hendrik Lindt, qui a plus d'expérience que moi dans ce domaine, m'ait confié qu'il a fait lui aussi la même observation, la conclusion est loin d'être absolue et elle peut encore être mise en question.

Sur le plan historique le jeu le plus complexe qui ait jamais existé est celui du « Courtisan » dont Stendhal nous fait une description magnifique dans la *Chartreuse de Parme*.

Le *bénéfice biologique* va dans la même direction que les travaux de Spitz sur les enfants souffrant de privation affective, les expériences de privation sensorielle et les études récentes qui voient dans le masochisme une *faute de mieux* *. Dans les séminaires on s'y réfère familièrement sous le nom de « caresse ». Ainsi un rituel de salutation peut être décrit comme un « rituel à deux caresses », « un rituel à trois caresses », etc...

RÉFÉRENCES.

1. Berne, E., Starrels, R. J., & Trinchero, A. « Leadership Hunger in a Therapy Group ». *Arch. Gen. Psychiat.* 2 : 75-80, 1960.
2. Freud, S. « *Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora* », dans *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954.
3. Potter, Stephen. *Lifemanship*. Henry Holt & Company, New York, 1950. Du même auteur *Theory and Practice of Gamesmanship*.
4. Berne, E. *A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis*. Simon & Schuster, New York, 1957.
5. Feldman, S. S. « Blanket Interpretation ». *Psychoanal. Quart.* 17 : 205-216, 1958.
6. Berne, E. *The Mind in Action*. Simon and Schuster, New York, 1947.

* En français dans le texte (N. d. T.).

CHAPITRE XI

ANALYSE DES SCÉNARIOS

Les jeux semblent être des segments d'ensembles de transactions plus larges et plus complexes appelés *scénarios*. Les scénarios appartiennent au domaine des phénomènes de transfert, c'est-à-dire qu'ils sont des dérivés, ou plus exactement des adaptations de réactions et d'expériences infantiles. Un scénario, toutefois, ne se limite pas à une simple réaction de transfert ou à une situation de transfert, c'est une tentative pour répéter sous une forme dérivée le drame du transfert dans son ensemble¹, drame souvent divisé en actes, tout comme les scénarios théâtraux qui sont les dérivés artistiques de ces drames originaires de l'enfance. Du point de vue opérationnel un scénario est un ensemble complexe de transactions, qui par nature est cyclique, mais qui ne se répète pas forcément car une représentation complète peut s'étaler sur toute une vie.

Une forme courante de scénario tragique est celui construit autour du fantasme de sauvetage d'une femme dont tous les maris successifs sont alcooliques. Le bouleversement d'un scénario de ce genre, tout comme le bouleversement d'un jeu, conduit au désespoir. Le scénario prévoit une guérison magique du mari alcoolique, guérison qui n'arrive jamais, aussi la femme divorce et fait une nouvelle tentative. Souvent il s'agit de femmes qui ont été élevées par des pères alcooliques, si bien que les origines infantiles du scénario ne sont pas difficiles à déceler.

D'autre part un scénario réaliste et constructif peut être la source d'un grand bonheur si les autres membres de la troupe sont bien choisis et jouent leur rôle correctement.

Sur le plan pratique une analyse des scénarios exige que l'on rassemble du matériel transactionnel (à l'intérieur du groupe) et social (à l'extérieur du groupe) jusqu'à ce que le patient voie

clairement la nature de son scénario. Les scénarios névrotiques, psychotiques et psychopathiques sont presque toujours tragiques et ils se conforment avec une fidélité étonnante aux règles de la dramaturgie aristotélicienne : il y a un prologue, un nœud de l'action et une chute avec un pathos et un désespoir réel ou symbolique qui donnent lieu à une véritable tré-
nodie. Il faut par conséquent relier le drame qui se déroule dans la vie de tous les jours à ses origines historiques, de façon à ce que le contrôle de la destinée individuelle passe de l'Enfant à l'Adulte, de l'état archéopsychique inconscient à l'état de conscience néopsychique. Dans le groupe on peut très vite observer que chaque patient évalue les autres membres pour voir s'ils peuvent devenir les protagonistes de son scénario, si bien qu'il commence par faire le metteur en scène et distribuer les rôles avant de devenir l'un des protagonistes.

Pour que le thérapeute puisse effectuer une analyse des scénarios efficace, il doit disposer d'un cadre conceptuel mieux structuré que celui qu'il emploie dans ses explications au patient. Tout d'abord la psychanalyse n'a aucun terme spécifique pour désigner les expériences originelles d'où découlent les réactions de transfert. En analyse des scénarios on appelle *protocole* le drame familial qui s'est joué pour la première fois dans les premières années de la vie du patient sans aboutir à un dénouement satisfaisant. Dans le cas classique on a affaire à une version archaïque du drame d'Œdipe qui est refoulée dans les années qui suivent. Ses précipités réapparaissent sous la forme du *scénario proprement dit* qui est un dérivé préconscient du protocole. Toutefois, dans toute situation sociale ce scénario doit être ajusté par rapport aux possibilités réelles. Cet ajustement porte le nom technique d'*adaptation*, et c'est le scénario ainsi adapté que le patient essaie de représenter dans la vie réelle en manœuvrant les gens qui l'entourent. En pratique le terme de « scénario » recouvre le protocole, le scénario et l'adaptation. Parmi ces trois termes il est le seul à être employé dans le groupe, car c'est celui qui se prête le mieux au but désiré et qui est le plus riche de sens pour la plupart des patients.

Dans sa quête de personnages remplissant les rôles demandés par son scénario, le patient apprécie les autres membres du groupe d'une manière qui lui est propre, avec en général une perspicacité intuitive remarquable, c'est-à-dire que d'habitude il tombe juste en choisissant les acteurs pour les rôles de la mère, du père, du frère et de tous les autres personnages voulus. Quand la distribution est terminée, il commence à essayer

- de provoquer chez chacun de ses interlocuteurs les réponses prévues par le rôle qu'il lui a assigné. Si le groupe ne comprend pas assez de membres, une personne doit jouer un double rôle.
- S'ils sont trop nombreux, plusieurs peuvent tenir le même rôle, ou encore de nouveaux rôles peuvent être créés, représentant des gens qui jouaient des rôles mineurs dans le protocole, et dont la présence est facultative et secondaire, ou encore le patient peut se contenter d'ignorer les gens dont il n'a pas besoin dans son adaptation.

La conduite du patient est motivée par son besoin de ressaisir ou d'accroître les bénéfices de l'expérience originale. Il peut chercher une répétition de la chute originale comme dans la compulsion de répétition classique, ou encore viser à un dénouement plus heureux. Comme l'analyse des scénarios a pour but de « tirer un trait sur la pièce et d'en mettre en chantier une meilleure », il n'est pas important de déterminer à laquelle des alternatives on a affaire ni de cerner les conflits dans ce domaine. Par exemple, on considère que cela n'a aucun intérêt de savoir si une femme qui n'a pas réussi à sortir son père de l'alcoolisme recherche le même échec avec ses époux successifs ou si elle essaie de réussir là où elle a échoué auparavant, ou bien si elle oscille entre les deux solutions. L'important c'est de la délivrer de sa compulsion à revivre la situation et de l'engager sur une autre route. Cela s'applique à tous les scénarios qui se sont montrés stériles.

M^{me} Catters illustre les problèmes pratiques de l'analyse des scénarios. Pendant longtemps le divan n'avait rien donné : son principal mécanisme de défense était une manière de s'exprimer très contrôlée qui isolait avec succès l'Enfant, si bien que trop peu d'indications filtraient pour permettre d'y voir clair dans sa symptomatologie. Toutefois, dès qu'elle entra dans un groupe thérapeutique, elle passa à l'action presque immédiatement. Elle participa activement à « Comment s'y prendre avec un conjoint délinquant » (passe-temps appartenant à la famille de l' « Association des parents d'élèves »). Elle jouait aussi systématiquement à « Battez-vous » et elle regardait avec amusement les discussions qu'elle réussissait à provoquer entre quelques-uns des hommes. En outre, quand le groupe jouait à « C'est affreux » elle riait en racontant les différents malheurs sanglants dont avaient été victimes ses amis et ses connaissances. De cette façon quelques semaines dans le groupe permirent de recueillir plus de renseignements à son sujet que ne l'avaient fait plusieurs mois d'analyse individuelle. Toutefois,

comme les scénarios sont trop complexes et portent une empreinte trop personnelle, il n'est pas possible d'appliquer de façon satisfaisante l'analyse des scénarios en thérapie de groupe uniquement et il fallut trouver l'occasion au cours de ses séances individuelles d'élucider le matériel réuni jusque-là.

Au bout d'un temps elle se plaignit au cours d'une de ces séances qu'elle ne pouvait pas se défendre contre l'agressivité masculine. Le thérapeute, s'appuyant sur le matériel déjà récolté, émit l'avis que c'était peut-être dû au fait qu'elle était si en colère contre les hommes en général qu'elle redoutait de se laisser aller ne serait-ce qu'un tout petit peu par peur d'être entraînée plus loin qu'elle ne le désirait. Elle répondit qu'il était invraisemblable qu'elle pût être aussi en colère contre les hommes. Elle enchaîna en décrivant des fantasmes sur la mort de son mari, pilote de jet coureur de jupons. Un jour il pourrait être pris dans un accident ou dans une bagarre au sujet d'une autre femme et on le ramènerait chez lui couvert de sang et blessé à mort. Ainsi elle deviendrait pour ses amies un personnage romantique, la veuve tragique.

Elle raconta ensuite comment, lorsqu'elle était enfant, la naissance de son petit frère, que ses parents semblaient préférer, l'avait blessée et bouleversée, mise hors d'elle-même plutôt. Sa colère s'adressait surtout à son père et elle pensait : « Papa mérite d'être tué, et maman ne l'aurait pas volé si ça arrivait. » Elle imaginait que cette mort lui conférerait une position spéciale parmi ses petites camarades. Le tableau de son père mourant s'accompagnait d'un rire de plaisir d'un type particulier.

Il y avait d'autres complications qui ne nous intéressent pas ici. Sous sa forme la plus simple le protocole était le suivant : ses désirs de mort contre son père se réalisent sans qu'elle y soit pour rien ; au chevet du mort elle éprouve le même type de plaisir particulier qui se répète quand elle va annoncer la nouvelle à sa mère et constate le chagrin de celle-ci ; ensuite elle devient un personnage romantique aux yeux de ses petites camarades.

Ce drame est repris dans ses fantasmes à propos de son mari, mais jusqu'ici un élément est absent : la mère terrassée. Aussi le thérapeute lui demanda si sa belle-mère n'avait jamais joué un rôle dans ses fantasmes. Elle répondit que c'était le cas effectivement ; qu'après la scène au chevet du mort elle s'était toujours vue allant annoncer l'issue fatale à sa belle-mère.

Ce protocole contenait six rôles principaux : elle-même, le

père, la mère, le rival, l'agresseur, le public. Il pouvait se diviser en plusieurs scènes, par exemple la jalousie, l'attaque, le chevet du mort, l'annonce, la thrénodie romantique.

Le scénario lui aussi prévoyait six rôles principaux : elle-même, l'objet amoureux masculin, la belle-mère, la rivale, l'agresseur et le public et il comprenait les mêmes actes ou scènes. Son choix d'un mari avait été en partie motivé par son besoin morbide d'être jalouse, ou selon la terminologie employée ici, par son besoin d'interprètes pour son scénario.

On remarquera que les bénéfices tirés du scénario reproduisent ceux du protocole. Le bénéfice primaire interne tourne autour du rire morbide au chevet du mort ; le bénéfice primaire externe réside dans le fait d'être débarrassée de l'objet amoureux source de tracasseries et en même temps de prendre sa revanche sur la personne de la mère. Les bénéfices secondaires viennent de l'héritage et les bénéfices sociaux du rôle tragique qu'elle peut jouer dans son entourage.

Son adaptation de ce scénario se manifestait dans sa conduite extérieure au sein du groupe par trois jeux : « le Mari délinquant — Association de parents d'élèves » (Scène 1 — la jalousie) ; « Battez-vous » (Scène 2 — l'attaque) et « C'est affreux » (Scène 3 — le chevet du mort). Rétrospectivement son comportement sur le divan, son habitude de faire de grandes « annonces » chaque fois que quelque chose allait de travers (Scène 4 — l'annonce) et ses longues tirades sur la façon d'avoir du charme aux parties (Scène 5 — la thrénodie romantique), se révélaient être des éléments du scénario. Ces questions furent débattues assez longuement (bien que dans un ordre moins rigoureux que celui exposé ici), à la suite de quoi la patiente eut une idée assez claire de la nature d'un scénario et elle vit comment elle avait passé toute une partie de sa vie à s'efforcer de faire marcher son spectacle. Alors qu'auparavant elle était poussée sans recours par une compulsion archaïque inconsciente, elle était maintenant en mesure d'exercer un contrôle social sur un large secteur de son comportement vis-à-vis des gens.

Toutefois, même si son Adulte avait une intelligence nouvelle de la signification de ses actions et de ses rapports avec les autres, les conflits eux-mêmes existaient encore. Sa position s'était néanmoins améliorée non seulement du point de vue social mais aussi sur le plan thérapeutique, étant donné que maintenant la patiente comme le thérapeute savaient beaucoup mieux à quels types de conflits ils avaient affaire. La sexuali-

sation de la mort, d'où venait son dada de visiter les cimetières, n'était plus un phénomène isolé, et on pouvait maintenant l'envisager avec une intelligence accrue de sa place dans le tableau d'ensemble de la vie de la patiente ; il en allait de même avec d'autres caractéristiques et d'autres symptômes.

Ce scénario n'a rien d'étrange chez un névrosé, tout morbide qu'il puisse sembler à ceux qui n'ont pas l'habitude de s'occuper de tels drames archaïques. Ce qui suit représente l'*acting out* réel d'un scénario dont on n'a jamais pu éclaircir complètement le protocole à cause de difficultés techniques.

M. Kinz, célibataire de vingt-cinq ans, se rendit à New York pour y passer le week-end à faire la fête. Il y arriva au petit matin, fatigué et quelque peu nerveux, aussi il se dopa aux barbituriques et à l'alcool et trouva un bar ouvert la nuit. Là, au lever du jour, il lia conversation avec des hommes à l'allure louche dont il pensait qu'ils pourraient lui procurer une fille. Il leur montra qu'il n'avait que dix dollars, mais ils lui répondirent que cela suffirait. Ils le firent monter dans leur voiture et le conduisirent dans un secteur d'entrepôts au bord du fleuve, où il n'y avait âme qui vive. Au cours de la conversation il leur déclara qu'il avait sur lui un couteau de chasse et l'un d'eux demanda à le voir. Quelques minutes plus tard ils arrêterent la voiture. L'homme assis à l'arrière passa le bras autour du cou de M. Kinz pendant que l'autre lui pointait la lame du couteau sur la gorge. Ils lui demandèrent son argent et avec quelque difficulté celui-ci réussit à atteindre sa poche et à leur tendre son portefeuille. Ils le relâchèrent alors et repartirent en lui faisant un signe de main amical. M. Kinz essuya le sang sur sa gorge et alla trouver un policier. Toutefois il raconta son histoire d'une telle façon et son apparence était à ce moment-là si minable, que la police ne se montra pas très impressionnée. On releva les détails nécessaires et on le congédia avec un haussement d'épaules.

Après avoir porté plainte pour le vol, M. Kinz mangea quelque chose, puis, sans se donner la peine de se nettoyer, il se présenta à la porte du club de son père. Le portier ne le connaissait pas et, les yeux écarquillés, il envoya un garçon l'annoncer. Son père le reçut dans la bibliothèque où il était assis avec quelques-uns de ses associés d'affaires, hommes respectables et conservateurs. M. Kinz ne s'empressa pas de donner des explications sur son apparence et quand son père les lui demanda il répondit sur un ton dégagé qu'on lui avait presque coupé la gorge. Son père l'invita à se servir de sa chambre

à l'étage supérieur et à y prendre quelques habits propres. M. Kinz fit un brin de toilette, redescendit, dit poliment au revoir à son père et à ses amis et il s'en alla à la recherche de nouvelles distractions.

Il est intéressant de remarquer que les deux apaches n'envisageaient manifestement pas la possibilité que M. Kinz se démène pour mettre la police à leurs trousses, ni même qu'il soit très en colère ou qu'il perde la tête. Pourtant, quand il raconta l'histoire, M. Kinz commença par nier avoir encouragé l'agression, il ne voulut pas admettre non plus que ses actions précédentes sortaient de l'ordinaire. Ce qui l'intéressait plus que tout apparemment, c'était qu'il était allé au club de son père en sachant parfaitement que c'était une sorte de test pour savoir si celui-ci le rejetterait et comment il s'y prendrait.

Il est évident que M. Kinz avait bien choisi ses acteurs : il n'est pas facile de trouver dans la vie réelle des hommes qui soient disposés à couper la gorge de quelqu'un pour dix dollars. Il leur fournit non seulement un prétexte mais aussi une arme pour le tuer pendant qu'il était en train de chercher une aventure sexuelle. Le protocole pour cette partie du scénario n'est pas connu. Le dernier acte est plus accessible. M. Kinz était un enfant précoce, et un jour quand il était petit il s'était précipité dans la pièce où son père était assis avec quelques amis pour leur montrer son dernier exploit. Les hommes n'avaient pas été impressionnés et il n'avait jamais oublié son découragement à ce propos. En tout cas, M. Kinz devint presque un professionnel de cette suite spécifique d'événements : il se faisait violemment frapper à cause d'une femme et ensuite il se présentait devant son père. Il s'exposait délibérément aux situations sexuelles les plus dangereuses qui soient. Entre temps, quand son Adulte tenait la situation en main, il était un jeune homme gentil, doux, aimable et timide.

Lorsqu'on a un peu d'expérience, il est possible d'acquérir une perspicacité diagnostique remarquable en analyse des scénarios. L'exemple suivant illustre le télescopage d'un scénario tout entier en quelques secondes.

M^{me} Sayers, mère de famille de trente ans, était assise au milieu d'un canapé et M^{me} Catters se trouvait entre elle et la table du coin, comme le montre la Figure 10. C'était un groupe de débutants et M^{me} Sayers venait de raconter en détail ses problèmes avec son mari. L'attention s'était maintenant tournée sur M. Troy. Au milieu d'une réplique entre M^{me} Catters et M. Troy, M^{me} Sayers tendit le bras devant M^{me} Catters

pour prendre un cendrier sur la table. En retirant son bras elle perdit l'équilibre et tomba presque du canapé. Elle se ressaisit à temps, eut un rire d'excuse, marmonna « Pardonnez-moi ! » et se rassit pour fumer. A ce moment-là M^{me} Catters détourna son attention de M. Troy assez longtemps pour murmurer : « Je m'excuse ! ».

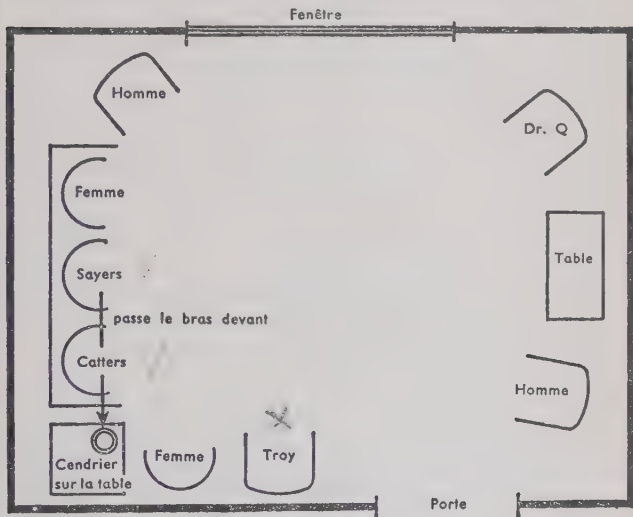


Diagramme des places occupées

FIGURE 10.

Du point de vue descriptif le comportement de M^{me} Sayers peut être découpé de la façon suivante :

1. Pendant que d'autres gens parlent, je décide de fumer.
2. Pour ne pas gêner la personne à côté de moi je prends mon propre cendrier.
3. Je tombe presque.
4. Je me reprends juste à temps, je ris et je présente des excuses.
5. Quelqu'un d'autre aussi s'excuse, mais je ne réponds pas.
6. Je me rassieds et me plonge dans mes pensées.

Une interprétation plus subjective voit dans cet incident une suite de transactions, certaines autistiques, d'autres manifestes.

1. Les autres m'ignorent, donc je fais semblant de me retirer.
2. Je montre avec ostentation toute ma timidité.
3. Comme d'habitude ce n'est pas une grande réussite.
4. Ayant montré ma bêtise, je me rattrape et je fais des excuses.
5. Ma gaucherie me plonge dans une telle confusion que je fais sentir quelqu'un d'autre mal à l'aise.
6. Maintenant je me retire pour de bon.

Le côté poignant de cette situation, c'est la minceur des résultats extérieurs. La seule récompense que M^{me} Sayers avait obtenue de ses efforts c'était le « Excusez-moi ! » murmuré par M^{me} Catters et cela résume toute la vie de M^{me} Sayers, personne séduisante, consciencieuse, qui se donnait beaucoup de mal pour des centimes psychologiques, ou plus familièrement et avec plus de justesse pour des miettes psychologiques. Souvent même il lui arrivait de travailler pour rien : tout le monde ne se montrait pas aussi poli que M^{me} Catters ; une autre personne déjà engagée dans une conversation aurait pu refuser à M^{me} Sayers même un signe aussi trivial de reconnaissance.

Son scénario dans ce cas avait été adapté à la situation particulière du groupe par un mécanisme d'intégration remarquablement efficace et condensé en quelques secondes ; elle l'avait déjà joué à plusieurs reprises, aussi bien dans sa vie conjugale que dans son travail, pendant des durées différentes allant d'un moment passager à plusieurs années ; cela avait entraîné plusieurs séparations d'avec son mari et lui avait fait perdre un travail après l'autre. Le drame originel se fonde sur des expériences d'enfance. La première expérience, le protocole, qui l'avait traumatisée, ne put pas être découverte dans le cadre étroit de son traitement, mais son histoire permet de reconstituer des versions plus tardives ou *palimpsestes*.

1. Étant donné qu'on accorde plus d'attention à mes frères et sœurs qu'à moi, je fais semblant de me retirer de la vie familiale.

2. Mais de temps en temps j'essaie d'obtenir quelque marque de reconnaissance en montrant ostensiblement que je suis d'accord avec ma mère alcoolique au sujet de mon manque d'importance.

3. A cause de ma gaucherie ma mère me pousse. La combinaison est presque désastreuse.

4. Mon père, qui m'aime mais qui ne compte pas dans la famille, me sauve du désastre. Je me dis que ma mère et mes frères doivent me juger stupide. A cause de cela et à cause aussi de mon plaisir à être remarquée je ris. Ensuite je pense que j'ai été trop exigeante et agressive et je fais des excuses.

5. Ce que je désire vraiment c'est qu'ils montrent du regret pour leur manque d'égards envers moi. Mais s'ils le font je ne peux pas me permettre de le reconnaître pour deux raisons : la première c'est que cela me fait paraître exigeante comme auparavant, et la deuxième c'est que si j'attends ce regret je peux être déçue. Donc s'ils agissent en ce sens, j'enregistre le fait avec reconnaissance mais je fais comme si je ne l'avais pas remarqué.

6. De toute façon la situation tout entière est si peu satisfaisante que maintenant je me retire pour de bon.

Il existe au moins trois palimpsestes différents et très anciens de ce scénario : un oral, un pré-œdipien et un œdipien. En bref la version œdipienne se résume ainsi : « Que c'est bête d'être une fille. Tout ce que je peux faire c'est glaner les pauvres satisfactions qui restent puis me retirer et lécher mes blessures ». Il n'était pas difficile de reconnaître la représentation qu'elle donnait de cette version chaque année ou presque dans ses rapports avec le mari méprisant qu'elle s'était choisi et dans son travail où quelque légère déformation paranoïde était parfois nécessaire pour faire jouer à ses collègues le rôle que son scénario leur assignait.

Ce qui frappe c'est le nombre de choses que cet incident apparemment innocent et sans importance révéla lorsque ces changements-éclair d'attitude eurent été isolés et analysés. La dramaturgie de cette pièce kaléidoscopique et microscopique en six actes est essentiellement tragique : malgré l'absence de pathos elle se termine sur une thrénodie désespérée et elle est l'image de ce qui fait la vie de M^{me} Sayers. Son histoire mit l'accent en l'expliquant sur l'aspect autistique des transactions et l'analyse structurale devint claire : l'Enfant, plein d'un désir silencieux, est poussé par un Parent intrapsychique et sauvé par l'autre ; l'Adulte, qui jauge sa conduite, fait une apparition momentanée ; et pour finir elle retombe dans ses fantasmes archaïques.

Sur la base de l'analyse transactionnelle, de l'analyse des

jeux et de l'analyse des scénarios, on peut définir une théorie dynamique des échanges sociaux qui vient compléter la théorie biologique et existentielle exposée plus haut dans le chapitre VIII. Dans tout agrégat social, y compris dans le cas limite de deux personnes, tout individu s'efforce de s'engager dans des transactions qui sont liées à ses jeux favoris ; il s'efforce de jouer des jeux qui sont liés à son scénario ; et il s'efforce d'obtenir le plus grand bénéfice primaire possible de chaque engagement. Réciproquement, il choisit ou il cherche les associés qui risquent de lui apporter les bénéfices primaires les plus forts : pour des relations occasionnelles les gens qui au pire sont au moins capables de répondre à ses transactions favorites ; pour des relations plus stables des gens qui s'adonnent aux mêmes jeux ; pour des relations intimes les gens qui sont les plus qualifiés pour remplir les rôles de son scénario. Étant donné que dans les échanges sociaux l'influence prédominante est celle du scénario et que celui-ci est dérivé et adapté d'un protocole fondé sur des expériences de l'individu face à ses parents au cours de son enfance, ce sont ces expériences qui déterminent en premier chef chaque engagement et le choix de chaque associé. Cette affirmation a une portée plus générale que la théorie habituelle du transfert à laquelle elle fait penser, car elle s'applique sans exception à tous les engagements dans tous les agrégats sociaux, c'est-à-dire à toutes les transactions ou toutes les séries de transactions dont la structure ne dépend pas uniquement de la réalité extérieure. Son utilité repose sur le fait qu'elle peut être vérifiée par n'importe quel observateur qualifié dans n'importe quel cadre. Une telle vérification n'exige ni une longue période de préparation ni une situation privilégiée.

Chaque être humain, quand il est lancé pour la première fois dans le monde, est, il est vrai, prisonnier de son scénario, mais ce qui fait l'espoir et la valeur de la race humaine, c'est que l'Adulte peut se dissocier d'une telle dépendance quand elle n'en vaut pas la peine.

NOTES.

Quelques-uns des scénarios que l'on a pu jusqu'à maintenant étudier de manière approfondie ont pour prototypes terrifiants des récits de la littérature grecque, tandis que le scénario courant connu sous le nom de « Petit Chaperon rouge » est une adaptation qui reprend implicitement certaines versions de ce conte populaire et qui s'applique à la vie moderne.

Les scènes centrales du scénario de M^{me} Sayers illustrent bien le concept de masochisme tel que l'a défini Berliner ¹. Quand M^{me} Sayers

revint pour poursuivre le traitement elle avait gardé un souvenir très vivant de cette interprétation.

L'observateur qui désire vérifier cette théorie des échanges sociaux doit nécessairement se soumettre à une formation clinique ou du moins faire preuve d'une aptitude clinique. Si un observateur non qualifié émet une opinion négative cela n'a pas plus de valeur que si un individu qui n'a pas appris à se servir d'un télescope astronomique ne réussit pas à voir des supernovae ou si une personne qui ne sait pas utiliser un microscope électronique n'arrive pas à discerner les gènes. En réalité il faut un entraînement plus poussé, plus de soins et plus d'efforts pour observer de façon précise des phénomènes cliniques qu'il n'en faut pour se servir correctement de ces deux instruments.

Le sentiment de la valeur personnelle, qui n'est pas le pharisaïsme ni le préjugé moral, est considéré comme un phénomène adulte et non parental à cause de son universalité historique et géographique, de son évolution apparemment autonome et de ses liens avec les estimations probabilistes du comportement.

De toute la littérature concernant la *névrose de transfert*, ce sont les travaux de Glover² qui se rapprochent le plus de l'idée du scénario. Par exemple : « L'histoire de l'évolution du patient, qui conduit jusqu'à la névrose infantile, est re-représentée dans le cabinet de l'analyste. Le patient joue le rôle d'imprésario, en tirant profit (comme un enfant dans la nursery) de tout le matériel de scène que le cabinet contient, y compris en premier lieu et avant tout de l'analyste lui-même »³. Glover, toutefois, ne se réfère qu'à ce qui se passe dans le cabinet de l'analyste.

RÉFÉRENCES.

1. Berliner, B. « The Role of Object Relations in Moral Masochism ». *Psychoanal. Quart.* XXVII : 38-56, 1958 ; et ailleurs.
2. Glover, E. *The Technique of Psycho-Analysis*. International Universities Press, New York, 1955, Chaps. VII & VIII.
3. Hinsie, L. E., & Shatzky, J. *Loc. cit.* Article « Transference Neurosis ».

CHAPITRE XII

ANALYSE DES RELATIONS

On a surtout recours à l'analyse des relations pour l'étude des relations conjugales et pour celle des liaisons projetées de diverse nature. Dans ces situations elle peut donner lieu à quelques prévisions et jugements rétrospectifs utiles et convaincants. Dans la pratique, toutefois, il faut l'employer avec parcimonie et à bon escient car elle peut trop facilement être accueillie par le patient comme une intrusion indue dans le domaine de ses décisions privées. Mais comme « devoir du soir » pour l'étudiant ou le thérapeute, elle constitue un excellent exercice pour apprendre à distinguer avec netteté les trois types d'état du moi.

Dans le cas de M. Kinz l'analyse des relations fut entreprise comme moyen d'intervention spécialement indiqué à un moment où il était sur le point de nouer de nouveaux liens qui promettaient de se terminer de façon encore plus désastreuse que les autres fois. Comme il avait tendance à rejouer constamment son scénario dangereux on estima qu'il était sage de sacrifier de temps en temps la rigueur technique en vue de prévenir ce qui semblait devoir être une tragédie imminente. On estima, par exemple, qu'il valait mieux avoir un patient vivant avec une relation thérapeutique quelque peu détériorée qu'un patient mort, sacrifié à la cause de la thérapie aseptique. La situation est analogue à celle du chirurgien qui au cours d'une appendicectomie ne peut pas s'arrêter à la beauté et à la précision du coup de bistouri parce qu'il doit masser le cœur qui défaille sous une anesthésie trop forte. La relation entre M. Kinz et le thérapeute était suffisamment claire pour que les menaces extérieures réelles ne se confondent pas avec des tentatives moins funestes pour s'assurer la protection parentale du docteur. Dans ce cas M. Kinz n'était pas en train de cultiver une liaison dans le but de faire peur au thérapeute. Il avait un autre jeu

en tête qui le conduisait à négliger les éventualités plus préoccupantes.

La jeune femme en question, M^{lle} Ullif, semblait, d'après la description qu'en avait faite M. Kinz, ne pas être très loin sur le plan clinique du suicide, et comme M. Kinz, à cause de sa grave dépression sous-jacente et de ses sentiments d'inutilité, était un bon sujet pour des suggestions de cet ordre, on pouvait prévoir que la liaison qui se préparait serait particulièrement malsaine. Toutefois M. Kinz lui-même l'envisageait selon son humeur habituelle comme quelque chose qui pourrait conduire au mariage ; une fois de plus c'était « le grand amour » et c'est sur cette base que le problème fut envisagé. Au niveau où il en était il avait une bonne intelligence de l'analyse structurale et le moment semblait venu pour lui de commencer à acquérir une certaine dose de contrôle social en mettant en application ce qu'il savait. Il commençait aussi à se rendre compte que les relations entre les gens ne sont ni casuelles ni informes mais qu'elles ont une motivation et une structure bien définies qui déterminent leur évolution et leur fonction.

Deux diagrammes structuraux furent dessinés sur le tableau (Figure 11 a) : l'un représentait M. Kinz et l'autre M^{lle} Ullif. Le point de vue de M. Kinz, tel que l'on peut le résumer en un paragraphe, allait dans le sens suivant :

Où qu'elle aille, les hommes lui courent après, mais, fait assez surprenant, pour prendre soin d'elle et pas pour des motifs sexuels. Ils sont allés ensemble à Carnegie Hall. Au milieu du concert elle a déclaré qu'elle était trop fatiguée pour rester. De son côté il commence juste à s'intéresser à la grande musique et il ne la comprend pas très bien. Elle a toujours besoin d'argent et elle aimerait probablement trouver un homme riche mais elle ne voudrait pas entendre parler de la façon dont il a gagné son argent. Elle est dans une grande confusion d'esprit. Elle a consulté un psychiatre mais elle a abandonné parce qu'il était trop froid. Elle veut devenir musicienne. M. Kinz, comme son père, s'intéresse plutôt aux affaires et il pense que les femmes elles aussi devraient avoir l'esprit plus pratique. Elle veut aussi peindre. Il a vu certains de ses tableaux et il pense qu'ils sont l'image de sa confusion ; il le lui a dit et elle s'est vexée. Elle ne peut pas supporter les critiques. Elle est si sensible que de temps en temps elle doit se renfermer dans sa chambre pendant quelques jours et ne voir personne. Elle espérait qu'il comprendrait et il lui a répondu qu'il ne pensait pas qu'il pourrait supporter cela.

Avec ces renseignements il fut possible de commencer l'analyse, en posant des questions supplémentaires quand cela se montrait nécessaire. Le diagramme sur le tableau noir fut complété comme sur la Figure 11 b. Celle-ci représente une rela-

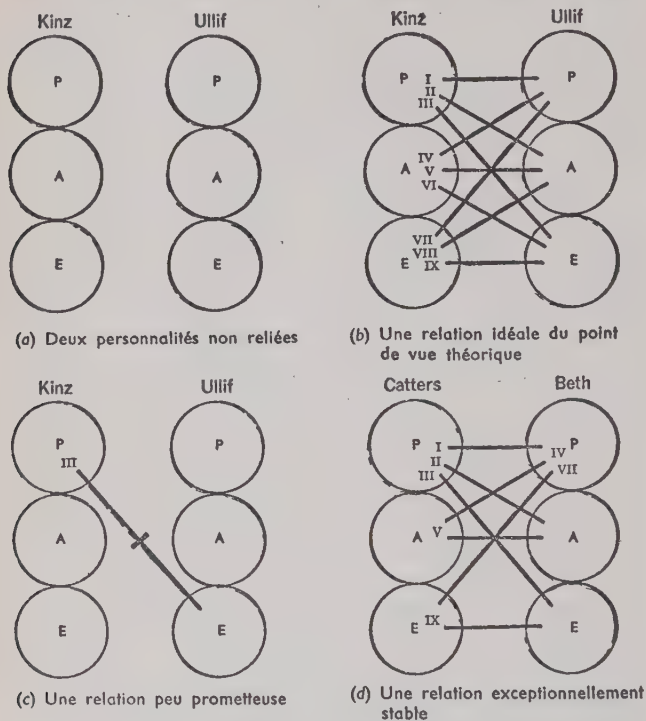


FIGURE 11.

tion abstraite, théoriquement parfaite, dans laquelle chacun des partenaires est en *relation complémentaire* avec chacun des aspects de l'autre, afin que des transactions satisfaisantes puissent avoir lieu le long des neuf *vecteurs* possibles dans les deux directions. Si par exemple le Parent de KinZ envoie un stimulus transactionnel en direction de l'Enfant d'Ullif, celui-ci donnera une réponse appropriée et vice-versa. Cela signifie en

fait que toutes les transactions entre les deux partenaires seront complémentaires.

Le premier vecteur étudié fut Parent Kinz — Enfant Ullif. En parlant de son Parent M. Kinz se montrait parfois trop imprécis et il faisait mention d'attitudes qui appartenaient en propre à son Adulte ou à son Enfant. Les méprises furent élucidées avec précision et l'accent fut mis sur la nécessité de prendre chaque aspect un par un. Si on permettait à la confusion de s'introduire, il aurait été impossible de procéder à une analyse bien définie de la relation.

Lorsque cette difficulté eut été éliminée, il ressortit que M. Kinz voyait M^{lle} Ullif comme une espèce d'épave, plus ou moins bohémienne, qui avait besoin de protection. La générosité parentale de M. Kinz était bien connue ; en fait la plupart des ennuis qu'il s'était attirés avaient eu cette attitude pour point de départ. M^{lle} Ullif de son côté était très sensible à ce genre d'ouvertures. On en tira donc la conclusion qu'en général le vecteur Parent Kinz-Enfant Ullif était *conjunctif*. Il y avait, toutefois, une exception notable : quand elle se séquestrait, le Parent de Kinz était frustré car il ne pouvait pas prendre soin d'elle. Ainsi il y avait là à la longue des éléments *disjonctifs* ou *antipathiques*. Pour établir la Figure 11 c, qui représente l'analyse réelle de la relation, la première étape fut de laisser le vecteur Parent Kinz-Enfant Ullif ^{III} comme sur la Figure 11 b mais de le marquer d'une barre.

Le matériel dont on disposait pour étudier le vecteur Parent Kinz-Adulte Ullif ^{II} concernait en premier lieu le désir de M^{lle} Ullif de devenir peintre. Du point de vue parental, M. Kinz n'était pas très bien disposé à cet égard, reprenant en cela l'attitude de son père. Par conséquent Parent Kinz-Adulte Ullif fut gommé du diagramme de la relation. Parent Kinz-Parent Ullif ^I ne semblait guère plus prometteur et il fut lui aussi gommé : les deux amis n'avaient guère tendance à moraliser ensemble ou à s'occuper des gens ensemble.

Le vecteur Adulte Kinz-Enfant Ullif ^{VI} se concentrait autour du mode de vie de M^{lle} Ullif. Sur un plan rationnel il désapprouvait sa négligence dans la tenue de la maison, ses mauvaises habitudes sur le plan de la nutrition, sa séquestration volontaire et son incapacité de supporter les critiques ; elle de son côté était vexée par cette attitude. On élimina donc Adulte Kinz-Enfant Ullif comme disjonctif. Adulte Kinz-Adulte Ullif ^V ne valait pas mieux. Elle s'intéressait aux arts, lui aux affaires et à l'aviation et ils ne pouvaient pas discuter ensemble pendant

longtemps et avec enthousiasme de leurs projets respectifs. Adulte Kinz-Parent Ullif^{iv} était neutre car on ne pouvait déceler de sa part aucune activité parentale dans la relation : elle n'avait pour lui ni conseils maternels ni soutien dans ses activités.

Enfant Kinz-Parent Ullif^{viii} fut éliminé pour la même raison. Elle n'essayait nullement de le protéger ni de le blâmer pour sa témérité, pas plus qu'elle ne montrait de penchant à la mettre en discussion sur le plan rationnel, ce qui éliminait aussi Enfant Kinz-Adulte Ullif^{xiii}. Il ne restait donc plus à régler qu'Enfant Kinz-Enfant Ullif. Le scénario de M. Kinz a déjà été décrit et en ce qui concerne la femme il prévoyait que M. Kinz soit séduit et ensuite repoussé d'une façon violente et désagréable qui fasse intervenir une troisième personne. D'un autre côté dans le jeu de M^{lle} Ullif il semblait y avoir en quelque sorte un besoin qui se répétait de séduire et d'exploiter l'homme, puis de l'abandonner en se séquestrant elle-même. Comme il y avait là des conflits en vue pour décider à qui il incomberait de séduire, d'exploiter et d'abandonner, il était fort douteux que la relation Enfant Kinz-Enfant Ullif^x pût marcher.

Au terme de cette analyse il ne restait qu'un seul vecteur conjonctif Parent Kinz-Enfant Ullif^{xiii} (Figure 11 c). M. Kinz estima que la relation ne semblait pas prometteuse et il rompit.

La relation de M^{me} Catters avec une de ses amies, M^{me} Beth, fut analysée elle aussi pour des raisons qui n'intéressent pas ici. Là encore les Figures 11 a et 11 b furent tracées au moment voulu et le résultat final est montré dans la Figure 11 d (les vecteurs sont numérotés en chiffres romains dans le même ordre qu'auparavant).

Ces deux femmes prenaient soin l'une de l'autre en cas de maladie, et elles se remontaient réciproquement le moral en cas de dépression, si bien que les vecteurs Parent Catters-Enfant Beth^{xiii} et Parent Beth-Enfant Catters^{viii} étaient complémentaires et conjonctifs. Elles se prodiguaient aussi des maximes parentales et des encouragements au sujet de leurs différents projets pratiques, ce qui faisait de Parent Catters-Adulte Bethⁱⁱ et de Parent Beth-Adulte Catters^{iv} deux vecteurs solides. Les discussions rationnelles de ces mêmes problèmes étaient mutuellement satisfaisantes pour Adulte Catters-Adulte Beth^v. Lorsque elles étaient allées ensemble à des parties, elle s'en donnaient à cœur joie à moraliser et à taire des ragots malveillants (respectivement Parent Catters-Parent

Beth¹ et Enfant Catters-Enfant Beth^{ix}). Par contre elles se disputaient quand l'une essayait de raisonner l'autre à propos d'une action impulsive, ce qui correspondait respectivement à Adulte Catters-Enfant Beth^{vi} et à Adulte Beth-Enfant Catters^{viii}, étant donné que les critiques parentales de l'une à l'autre (Parent-Enfantⁱⁱⁱ, ^{viii}) étaient acceptées comme élément de leur jeu. C'était l'approche rationnelle (Adulte-Enfant^{vi}, ^{viii}) qui causait les difficultés. On élimina par conséquent Adulte Catters-Enfant Beth^{vi} et Adulte Beth-Enfant Catters^{viii}.

Dans ce cas la relation avait une structure exceptionnellement stable, puisque sept sur neuf des vecteurs étaient conjonctifs. L'histoire et les vicissitudes de leur amitié longue et heureuse corroborait le résultat de l'analyse.

Ce qu'on vient d'exposer n'est que le type le plus élémentaire d'analyse des relations, et ce n'est que très rarement que l'on devrait tenter de l'entreprendre avec le patient sous une forme plus poussée. Il est facile de comprendre qu'il y a d'autres facteurs quantitatifs et qualitatifs qui doivent être examinés dans une approche plus approfondie. Du point de vue qualitatif il existe au moins quatre possibilités dans une « relation » : certaines gens s'entendent « bien » ensemble ; d'autres ne peuvent pas se supporter ; d'autres aiment à se battre ou à se contredire ; d'autres enfin n'ont rien à se dire. Ces alternatives peuvent être définies respectivement comme la *sympathie*, l'*antagonisme*, l'*antipathie* et l'*indifférence* et on les comprend facilement dans la perspective de l'analyse des jeux. Dans l'ordre elles représentent les jeux conjonctifs, les jeux disjonctifs, les jeux opposés ou les rôles irréconciliables (souvent identiques) dans le même jeu et les jeux qui n'ont rien à voir les uns avec les autres. Une analyse qualitative devrait tenir compte de la nature des vecteurs. On en voit un exemple dans la Figure 12 *a*, où les qualités sont représentées par des signes conventionnels : la sympathie par une ligne épaisse, l'antagonisme par une ligne en zigzag, l'antipathie par une ligne barrée et l'indifférence par une ligne mince.

L'aspect quantitatif s'intéresse à l'intensité de chaque vecteur, ce qui là aussi peut être représenté sur un diagramme.

Dans ce cas il vaudrait mieux employer des lignes doubles car des vecteurs complémentaires peuvent ne pas avoir la même force : par exemple Parent Catters-Enfant Beth était plus fort qu'Enfant Beth-Parent Catters. Quand M^{me} Beth tombait malade elle avait moins besoin que M^{me} Catters s'occupe d'elle que celle-ci n'avait besoin de le faire (Figure 12 *b*).

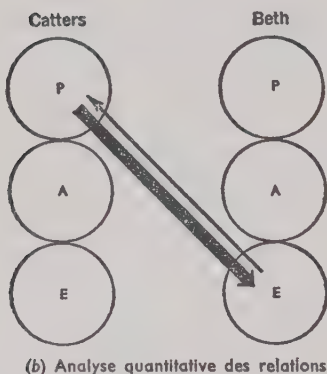
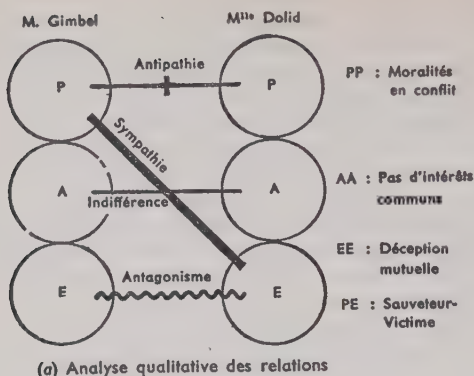


FIGURE 12.

Une troisième complication concerne la quantité de matériel disponible. L'analyse d'un ménage ancien demande une vigilance continuelle et elle doit être mise au point au fur et à mesure que la thérapie avance.

Ces complications, toutefois, n'ont d'importance que du point de vue académique. Dans cette optique l'analyse des relations peut apparaître interminable et indéterminée et par conséquent d'une valeur douteuse. En pratique toutefois le type d'analyse

simple employé dans le cas de M. Kinz et de M^{me} Catters fournit une quantité d'informations surprenante et c'est un instrument de prévision et de jugement rétrospectif valable, avec un degré de précision de l'ordre de 80 à 90 pour cent. Cette procédure permet de prévoir de façon remarquablement correcte ce qui va arriver à différents moments au cours d'une « relation » ainsi que son issue finale. Étant donné que dans la réalité il n'existe rien de semblable à « une relation » au sens courant et statique du mot, mais uniquement des prédominances qui varient de moment en moment parmi les neuf vecteurs possibles, il est nécessaire de faire une analyse des relations si l'on veut comprendre ce qui risque de se passer.

TROISIÈME PARTIE

PSYCHOTHÉRAPIE

CHAPITRE XIII

THÉRAPIE DES PSYCHOSES FONCTIONNELLES

I. PSYCHOSES ACTIVES.

Le thème général de psychose fonctionnelle recouvre tous les états diagnostiqués couramment comme maniaco-dépressifs et schizophréniques. Toutefois, à des fins thérapeutiques on ne les catalogue pas comme des entités nosologiques différentes, mais comme des états structuraux. A cet égard il existe deux formes de psychoses : actives et latentes. Les psychoses latentes sont appelées aussi psychoses de compensation, psychoses en rémission, schizophrénies ambulatoires et personnalités pré-psychotiques ou « *borderline* ». Quelquefois les personnalités schizoïdes rentrent elles aussi dans cette classe.

Il y a *psychose active* quand l'Enfant a le pouvoir exécutif, en étant en même temps vécu comme « *Soi véritable* » tandis que l'Adulte est destitué. Dans les troubles caractériels, la psychopathie et la paranoïa, l'Adulte est fortement contaminé par l'Enfant et collabore avec lui mais il n'est pas destitué, si bien que l'exécution, sinon la motivation, est sujette à une épreuve de la réalité de portée limitée. Il en va de même dans le cas de l'hypomanie et de la dépression légère. Tous ces états peuvent déboucher sur une psychose active. La situation du Parent varie et c'est elle qui détermine de façon décisive la forme spécifique de la psychose. Par exemple, dans les états maniaco-dépressifs cycliques, le Parent fortement investi est tout d'abord exclu par un Enfant triomphant ¹, avant de revenir par la suite avec force au premier plan.

On peut définir l'*arrêt* d'une psychose active comme le rétablissement de l'Adulte dans le rôle de dépositaire du pouvoir exécutif et en tant que « *Soi véritable* ». Une fois que l'on a atteint ce résultat on établit un nouveau diagnostic de *psy-*

chose latente, qui demande une approche thérapeutique différente. Ce processus a déjà été commenté dans le cas de M^{me} Primus et de M^{me} Tettar. Le cas de M. Troy est plus compliqué parce que sa psychose était du point de vue clinique latente, mais qu'elle n'était pas arrêtée dans le sens défini plus haut ; il vaut mieux à la place dire qu'elle était *compensée*, étant donné que dans son cas c'était le Parent et non l'Adulte qui contrôlait le pouvoir exécutif et était vécu comme « Soi véritable ». La distinction est importante car même si la psychose était latente, on ne pouvait pas la considérer comme telle. Pour soigner une psychose latente il faut que l'on puisse disposer d'un allié thérapeutique en la personne d'un Adulte en bon fonctionnement. Un tel allié n'était pas disponible dans le cas de M. Troy. Aussi pendant une longue période la seule voie fut de tolérer le Parent dominateur sans rien pouvoir faire de façon systématique pour l'Enfant qui était « tenu enfermé dans le placard ». Il fallut plusieurs années pour que l'Adulte devienne assez actif pour contribuer, malgré les protestations du Parent, à liquider l'état de confusion de l'Enfant frustré.

Bien que les « petites cures » décrites dans le cas de M^{me} Primus et de M^{me} Tettar n'aient pas eu une grande valeur clinique à cause de leur instabilité excessive, elles sont néanmoins un exemple des principes mis en jeu dans le traitement des psychoses actives. Ces principes reposent sur l'équilibre des investissements.

La psychose est due au fait que l'investissement dominant se porte sur l'Enfant. Tant qu'il en est ainsi il est difficile d'atteindre l'Adulte, étant donné que tout ce qui est dit est d'abord élaboré par l'Enfant. C'est comme si l'on devait communiquer avec une personne adulte en lui faisant parvenir des messages par l'intermédiaire d'un petit garçon ou d'une petite fille à l'esprit confus. Au mieux l'issue dépendra de l'hostilité ou des dispositions favorables de l'Enfant envers l'expéditeur ; la situation est d'autant plus délicate dans ce cas que l'Enfant sait que les messages, pour objectifs qu'ils soient, le concernent. Au pire l'Enfant peut être trop confus pour saisir la situation, ce qui explique pourquoi les cas aigus de psychose toxique sont rarement justiciables d'une psychothérapie, car on ne peut tout simplement pas atteindre le patient (c'est-à-dire à ce moment-là l'Enfant).

Cette analogie met l'accent encore une fois sur le fait qu'il faut du point de vue pragmatique commencer par considérer la réalité sociale et phénoménologique des états du moi ; elle

permet en outre de poser les deux premières règles thérapeutiques : (1) Pour entreprendre une psychothérapie il convient d'attendre les périodes de moindre confusion ; (2) Aucune initiative psychothérapique ne devrait être prise jusqu'à ce que le patient ait eu la possibilité de bien connaître le thérapeute et il devrait être mis à même de le faire. Tous les bons thérapeutes connaissent ces règles par intuition ou par expérience clinique, mais leur fondement devient un peu plus clair en termes structuraux. Les exceptions apparentes, par exemple certains des cas de Rosen², mettent à l'épreuve plus qu'ils ne contredisent ces principes généraux et des procédures exceptionnelles peuvent être suivies avec grand succès par les experts. On peut comprendre par rapport à ces règles pourquoi certains thérapeutes restent pendant de longs moments avec leurs patients dans une attitude réconfortante, comme le fit Fromm-Reichmann⁴. Il est évident aussi qu'il est souhaitable de changer de thérapeute si le patient n'arrive pas à abandonner son attitude hostile envers celui-ci. Comme l'Enfant a un flair très aigu à propos des personnes, il vaut peut-être mieux dans ce cas-là considérer que pour une raison ou pour une autre le patient a probablement raison. Il n'y a là aucun motif d'embarras pour le thérapeute, étant donné que ce n'est pas tout le monde qui peut lier amitié avec tous les petits garçons et toutes les petites filles de la terre.

Après des périodes d'activité, l'investissement actif (c'est-à-dire délié plus libre) de l'Enfant tend à s'épuiser et à laisser l'Adulte relativement plus accessible. Si l'on commence par donner à un enfant d'un certain type la possibilité de se libérer de ses troubles, celui-ci est davantage enclin à transmettre correctement le message. Si vous le laissez pleurer d'abord, il peut ensuite devenir votre ami et non seulement transmettre des messages mais aussi vous conduire directement à ses aînés. En fait, si vous prenez l'initiative au bon moment, il se peut qu'il se laisse doubler. Et se montrer gentil avec un enfant est souvent un bon moyen pour attirer l'attention de ses aînés si vous voulez parler avec eux d'adulte à adulte, surtout si c'est de l'enfant lui-même. Ces remarques amènent à formuler une troisième règle pour le traitement des psychoses actives : (3) Il faut laisser d'abord l'Enfant agir à sa façon et : (4) La première ouverture à l'Adulte doit être faite au bon moment en un langage ferme et indiscutablement adulte. L'investissement de l'Enfant est maintenant plus ou moins épuisé et celui de l'Adulte est réactivé convenablement ; ainsi avec un peu de chance la

prédominance de l'Adulte peut être rétablie temporairement. Chaque fois que cela se réalise il y a effet cumulatif, mais l'issue finale dépendra de l'opinion de l'Enfant vis-à-vis de l'ensemble de la procédure. Et si des influences extérieures continuent à le troubler, les difficultés peuvent devenir insurmontables. Aussi, dans bien des cas, il vaut mieux que les personnes de l'entourage du patient suivent elles-mêmes une thérapie et la thérapie de groupe peut être l'approche la mieux indiquée.

C'est à peu près tout ce que l'on peut dire comme généralités sur les phases initiales de la psychothérapie des psychoses aiguës et l'on doit prendre en considération les idiosyncrasies au fur et à mesure qu'elles se présentent. Ces règles semblent banales, mais cela vient du fait qu'elles sont inéluctables ; l'analyse structurale n'apporte pas grand'chose dans cette phase si ce n'est qu'elle pose le problème en termes plus clairs.

Les idiosyncrasies sont évidemment innombrables et chacune est plus ou moins difficile à traiter. Avec M^{me} Primus on ne put pas aller au-delà du premier stade faute de pouvoir continuer le traitement en clientèle privée. Néanmoins ces règles furent observées pendant la consultation. Aucune parole ne lui fut adressée pendant la phase la plus confuse, celle de la séduction, parce que cela aurait pu être ressenti comme une rebuffade, ce qui était le cas, et que son trouble s'en serait trouvé accru. Le thérapeute ne parla pas jusqu'à ce que (1) elle ait eu la possibilité de se reprendre en présence des voix ; elle eut le loisir (2) de l'examiner, et la première question du thérapeute au sujet des voix s'adressait à l'Enfant et donnait des indications sur son attitude à lui ; ce n'est qu'après avoir donné à l'Enfant ces possibilités de l'apprécier et (3) de s'exprimer qu'il fit une tentative pour parler à son Adulte ; quand il le fit (4) ce fut d'une manière ferme et objective, calculée pour attirer l'attention de l'Adulte en dérangeant le moins possible l'Enfant.

La particularité de M^{me} Tettar, c'était qu'elle était incapable de supporter que l'entretien se termine. La solution était (3) de reconforter et de rassurer l'Enfant à ce moment-là et d'aborder la question au *début* d'un entretien, (1) lorsque l'Adulte était suffisamment bien rétabli pour pouvoir maintenir le contrôle pendant la première moitié de la séance. On a déjà fait état de ses progrès sur la voie de la résolution de ce problème.

Il y a aussi d'autres idiosyncrasies dont on peut venir à bout en appliquant les règles. Si la patiente attaque le thérapeute avec une poignée de selles, il ne peut qu'esquiver le coup

et ensuite (2) lui montrer ce qu'il en pense. S'il n'est pas à la hauteur de la situation, ou si elle-même n'est pas à la hauteur, il vaut mieux qu'il abandonne le cas. Si l'Enfant exige qu'ils s'assoient tous les deux par terre avant que le thérapeute puisse parler à l'Adulte, il vaut peut-être mieux dans ce cas (3) faire ce que veut l'Enfant, mais ensuite (4) parler à l'Adulte et non à l'Enfant. Cela signifie que le thérapeute ne doit pas chercher à « analyser » les raisons qui poussent l'Enfant à agir ainsi étant donné qu'il n'y a pas encore d'Adulte actif pour collaborer à l'analyse ; s'il s'y réfère ce ne peut être que de la manière la plus détachée. Il peut faire la remarque (de façon non-parentale) que cela semble une idée bizarre ou que lui, en ce qui le concerne, va prendre un coussin et que le patient peut en prendre un lui aussi s'il le désire ; mais s'il dit : « Moi aussi j'aime m'asseoir par terre » il joue avec l'Enfant ; s'il dit : « Prenons des coussins » il parle en parent à l'Enfant, très probablement de la même façon que l'un des parents du patient. Dans un cas comme dans l'autre, il s'éloigne de son objectif qui est d'atteindre l'Adulte.

Si la technique pour rétablir l'Adulte est relativement simple à définir, l'aspect théorique de ce rétablissement est plus complexe. Au point où nous en sommes la façon la plus féconde de poser le problème est de dire que lors d'une psychose active l'Adulte est désinvesti comme pendant le sommeil et qu'on peut le réinvestir au moyen d'une stimulation sensorielle et sociale appropriée : pour la néopsyché la stimulation la plus adéquate et la plus sélective est une question ou une remarque précise et objective, étudiée de façon à ne pas stimuler par la même occasion l'un des deux autres systèmes.

2. PSYCHOSES LATENTES.

Une *psychose latente*, comme tout ce qui est latent, n'existe pas, on ne peut qu'en présumer l'existence. On affirme la présence d'une psychose latente lorsque l'on peut supposer que la capacité de liaison de l'Enfant est défectueuse. Suivant l'état des frontières, il y aura soit des aires d'activité pathologique dans lesquelles l'Adulte est fortement contaminé, soit des explosions au cours desquelles l'Adulte est temporairement destitué, soit les deux à la fois. Le traitement des psychoses latentes poursuit un double objectif et c'est l'un des tests de finesse thérapeutique les plus concluants dans le domaine de la psy-

chiatric. Il faut tout d'abord rectifier la frontière entre l'Adulte et l'Enfant et la renforcer. C'est le propos de l'analyse structurale. Si le Parent est fortement investi, comme dans les états maniaco-dépressifs, le thérapeute, et plus tard l'Adulte du patient, doivent en outre jouer le rôle d'un tampon entre le Parent et l'Enfant, quand l'un des deux se montre intransigeant envers l'autre. Le second objectif est celui plus spécifiquement psychanalytique de liquider l'état de confusion de l'Enfant.

Dans le cas de M. Segundo, le Parent avait une influence relativement limitée car son père était mort quand il était encore très jeune et ses rapports avec d'autres hommes avaient été assez lâches ; en outre sa mère était asthénique et ne lui prêtait qu'une attention irrégulière, si bien que dans l'ensemble les influences extéropsychiques étaient faibles. En fait, à quelques exceptions près, son Parent était dans une large mesure factice et fictif. Tout investissement, quel qu'il fût, qui se trouvait dans son système extéropsychique, se portait surtout sur des questions d'argent et de propriété. Le traitement par conséquent concernait presque exclusivement la relation entre l'Adulte et l'Enfant. Les trois premières tâches, qui furent menées à bien avec succès (car en temps normal son Adulte était bien investi), consistèrent (a) à *décontaminer* l'Adulte et (b) à préciser et (c) à renforcer la frontière avec l'Enfant.

Quand il faisait ou quand il disait quelque chose manquant de bon sens par naïveté, ou quand il faisait preuve d'un niveau intellectuel inférieur au sien, on lui suggérait que c'était une attitude bien infantile (et *non* « puérile ») chez quelqu'un d'aussi doué que lui. Par exemple, quand il s'imaginait que le Narcotics Bureau n'aurait rien trouvé à redire au fait qu'il conservait la morphine que certains de ses clients lui avaient confiée, c'était une idée qui était au premier abord conforme à son état du moi adulte ; mais quand il essaya de la rationaliser, il ne fut pas difficile de lui opposer ses propres connaissances juridiques. Il essaya aussi de justifier le fait qu'il se piquait de temps en temps en fournissant des exemples de sa force d'esprit, ce qui selon lui signifiait qu'il ne courait pratiquement aucun risque de finir « accroché ». Ici encore son métier lui montrait à quel point les chances étaient contre lui, quand on le mettait devant les faits au bon moment et avec tact.

Le processus de décontamination est illustré par la Figure 13. La Figure 13 a représente son attitude initiale à l'égard de la

morphine : certaines idées archaïques qui appartiennent en réalité à l'Enfant sont comprises à l'intérieur des frontières du moi adulte et sont par conséquent rationalisées et perçues comme adultes. La Figure 13 *b* représente la situation après la décontamination : l'aire de confusion disparaît. Cela signifie

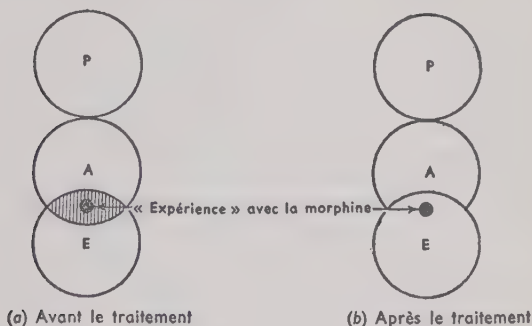


FIGURE 13.

que ses idées sur la morphine sont maintenant non conformes au moi Adulte, au lieu d'être conformes à la fois à l'Enfant et à l'Adulte. La décontamination proprement dite s'arrête là. Une fois que son Adulte comprend la situation clairement c'est à lui de décider tout seul et du mieux qu'il peut s'il veut ou non conserver et prendre de la morphine. Le bénéfice thérapeutique net consiste uniquement en ce que, s'il décide de le faire, c'est en sachant très bien que sa position n'est pas tenable sur le plan rationnel. Il peut continuer à berner les autorités, mais il ne peut pas se berner lui-même plus longtemps, ce qui rend un peu plus difficile de continuer comme cela, mais, plus important peut-être, le prépare pour les phases suivantes (du point de vue transactionnel sa pseudo-stupidité faisait partie d'un jeu, mais cet aspect fut négligé à bon escient pendant la phase structurale initiale du traitement, comme avec tous les psychotiques latents).

Lorsque le plus d'aires possible eurent été décontaminées, l'Adulte de M. Segundo se trouva en mesure d'évaluer de façon beaucoup plus précise un grand nombre de ses actions. La phase suivante consista à préciser et à renforcer la frontière entre

l'Adulte et l'Enfant. Dans son cas on procéda par « discussions » séparées avec chacun d'eux. L'Enfant était encouragé à parler et le thérapeute l'écoutait en Adulte compréhensif, ayant une formation psychodynamique — dans le cas présent en personne comprenant les besoins oraux. Quand l'Adulte de M. Segundo parlait, le thérapeute l'écoutait en observateur averti de la société — dans le cas présent en personne comprenant la législation sur la drogue. Toutes les transactions croisées qui se produisaient étaient analysées presque immédiatement.

Par exemple, le thérapeute demanda à l'Enfant : « Quel effet cela vous fait-il de me raconter tout ça ? » Le patient répondit : « J'ai envie de vous dire de déguerpir et de me laisser tranquille. » Puis il s'empessa d'ajouter : « Je ne voulais pas dire cela ! ». Le thérapeute demanda qui avait prononcé la dernière phrase, et le patient répondit : « Tous les deux ! », voulant indiquer aussi bien l'Adulte que l'Enfant. Le thérapeute demanda alors à l'Adulte s'il croyait réellement qu'il serait abandonné sous prétexte que l'Enfant (car c'était lui) avait dit : « Laissez-moi tranquille ! ». Bien sûr il ne le croyait pas « réellement ». Il ne le croyait que lorsqu'il y avait momentanément recontamination de l'Adulte par l'Enfant, celui-ci ayant été saisi de panique devant sa propre audace et ayant vu brusquement le thérapeute sous le faux jour d'un Parent désapprouvateur et non sous celui d'un Adulte objectif. La frontière entre l'Adulte et l'Enfant n'avait pas pu résister à la flambée soudaine d'angoisse et elle avait cédé pendant un bref instant. La discussion qui suivit servit à renforcer la frontière encore faible. Les Figures 14 a, b et c donnent un schéma précis de la situation. Il n'avait pas été nécessaire de la dessiner pour le patient étant donné qu'à ce moment-là il avait tout à fait l'habitude de ce type d'analyse et qu'il pouvait la faire mentalement sans difficulté.

L'« *activisme* » est un caractère essentiel de l'analyse structurale. L'Adulte est comparé en gros à un muscle, dont la force augmente avec l'exercice. Lorsque les phases préliminaires de la décontamination et de la clarification sont bien avancées, le patient est censé pouvoir pratiquer un contrôle adulte. Il doit apprendre à confier à son Adulte la tâche de mener le jeu pendant des périodes relativement longues. L'Enfant est susceptible de collaborer dans une certaine mesure pour trois raisons : premièrement, à cause des bénéfices de la réalité qu'il commence à apprécier ; deuxièmement parce qu'on lui permet

de s'exprimer dans des circonstances plus appropriées ou moins destructrices ; et troisièmement parce qu'il est maintenant plus libre de discuter toutes ses objections avec le thérapeute. L'Adulte ne s'assure pas la prépondérance exclusive mais une possibilité de choix accrue. C'est lui et non l'Enfant qui décide avec une autorité de mieux en mieux assise quand l'Enfant doit prendre la relève.

Dans cette perspective, l'Adulte et l'Enfant ne sont pas censés satisfaire les exigences parentales du thérapeute, mais simplement remplir les engagements volontaires de l'Adulte lui-même. Le thérapeute ne cherche pas à faire cesser l'acting out du patient ; ce n'est pas son affaire, car c'est là une question Parentale, qui est du ressort d'un homme d'église ou de la mère du patient. Ce qui l'intéresse c'est que le patient puisse tenir son engagement d'Adulte, c'est-à-dire qu'il puisse circonscrire son acting out dans des limites acceptables au point de vue économique ; aussi il essaye au moyen de ses techniques professionnelles d'aider le patient à agir de la sorte. Il s'agit là d'une affaire d'Adulte ; l'Adulte du patient et celui du thérapeute se sont mis d'accord pour travailler ensemble dans ce sens, sans que cela implique un rapport de « coude à coude » ou une « entraide » sentimentale, mais plutôt, et même mieux, une « distance » pleine de dignité. Tous les deux sont conscients que le thérapeute est un médecin et non un imprésario ni une maîtresse d'école maternelle. Cette objectivité est nécessaire si l'on veut éliminer l'obstacle principal, c'est-à-dire le jeu de la « Jambe de bois » (« Qu'attendez-vous d'un homme avec une jambe de bois ? Qu'attendez-vous d'un névrosé ? ». M. Segundo était particulièrement porté sur ce jeu car l'un de ses devoirs professionnels consistait à aider ses clients à le jouer, en plaidant l'irresponsabilité quand cela les arrangeait). Il faut rappeler au besoin au patient qu'il n'est pas « un névrosé », mais une personne qui a d'une part un Enfant confus et de l'autre un Adulte correctement développé, même s'il est maladroit et faiblement investi ; il faut insister aussi sur le fait que son but à ce stade est de renforcer cet Adulte et de le rendre plus habile par des exercices répétés.

C'est grâce à ces exercices que la frontière, désormais précise, entre l'Adulte et l'Enfant se renforce. Dans le cas de M. Segundo ils s'appliquèrent tout d'abord à des problèmes de peu d'importance et relativement aisés. La réussite fut bientôt assez complète pour lui permettre de repousser les activités frénétiques et potentiellement désastreuses de son Enfant jus-

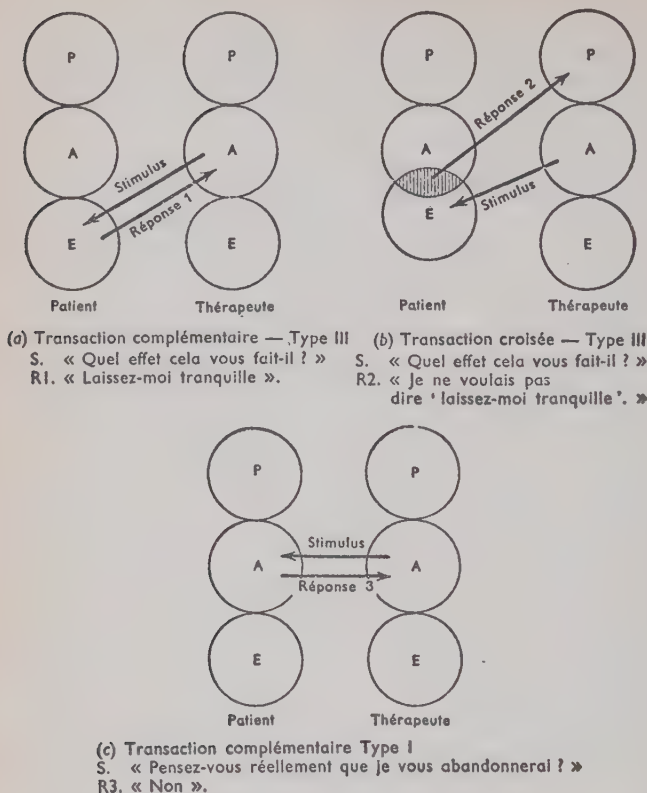


FIGURE 14.

qu'à ce qu'elles puissent se déployer dans des conditions relativement anodines. Pendant la semaine sa vie professionnelle et sociale était sans reproche : l'Enfant avait sa journée à lui tous les quinze jours à peu près, quand M. Segundo se retirait dans son chalet à la montagne pour « aller à la pêche ». Ainsi l'Enfant était dompté, sans être frustré, insulté ou maltraité, alors que l'Adulte était renforcé par l'amélioration constante de

ses rapports avec la réalité : plus d'heures de travail, une efficacité plus grande, plus de satisfaction dans son travail, plus de cas gagnés, moins de gêne, une vie familiale et sociale meilleure et une peur rationnelle de la ruine moins intense. Simultanément, l'Enfant se sentait de moins en moins souvent menacé par des procès perdus ou par d'autres circonstances malheureuses et il semblait lui aussi tirer des leçons de la réalité, car il exerçait une poussée de moins en moins forte sur l'Adulte. Il en va de même dans la réalité entre un adulte et un enfant : si l'adulte peut démontrer qu'il se débrouille mieux dans ses affaires si on le laisse faire à sa façon, la relation entre eux prend des contours plus nets et elle en sort améliorée, même si elle est plus froide.

A ce point le but de l'analyse structurale avait été atteint. Le patient avait maintenant trois possibilités devant lui : mettre un terme au traitement ; continuer une analyse transactionnelle dans un groupe thérapeutique ou entreprendre une psychanalyse. Il choisit la première. Il ne revint pas pendant deux années, au cours desquelles il sut affronter brillamment des situations de plus en plus complexes. Il prit un associé et eut un autre enfant. Ses escapades se firent moins fréquentes, mais leur nécessité occasionnelle commençait à l'inquiéter de plus en plus, si bien qu'il finit par revenir suivre un traitement psychanalytique. Pour que ses conflits oraux pussent être résolus sur le plan génétique il était nécessaire que l'Enfant parlât librement à l'Adulte et au thérapeute, et ce type de communication avait déjà été établi. Ainsi son ancienne analyse structurale lui était d'un grand secours.

Sur le plan pratique le traitement esquissé avait évité au patient la ruine imminente qui aurait très bien pu s'abattre sur lui au cours des phases préliminaires d'une psychanalyse orthodoxe, si telle avait été la procédure initiale. Dans le cas présent la phase psychanalytique était un luxe plutôt qu'une nécessité, car tout montrait que la patient aurait pu continuer indéfiniment à mener une vie relativement heureuse grâce à l'œuvre de l'analyse structurale seule.

La thérapie des psychoses latentes a donc deux objectifs : la cure pragmatique consiste à garantir de façon constante la prédominance de l'Adulte, si bien que l'Enfant ne se manifeste que dans des conditions contrôlées. Elle peut aboutir, par exemple, à transformer une personnalité schizoïde ou borderline en un « schizophrène du dimanche », pour employer l'expression la plus désabusée. La cure au sens psychanalytique consiste

à liquider l'état de confusion de l'Enfant et à résoudre ses conflits internes avec l'Adulte et le Parent.

Quel qu'ait pu être le diagnostic dans le cas de M. Segundo, cela n'avait aucune influence sur l'approche thérapeutique qui se fondait uniquement sur des considérations structurales. Il ne présentait aucun intérêt du point de vue thérapeutique de savoir s'il était un schizophrène ambulatoire, un schizophrène borderline, un déprimé suicidaire latent, un névrosé impulsif, un drogué ou un psychopathe. Le fait pertinent était le diagnostic structural : un Parent faiblement investi et insuffisamment organisé, et par conséquent plus ou moins inefficace ; un Adulte avec des frontières mal définies et un investissement légèrement affaibli, si bien qu'il pouvait être à la fois contaminé et destitué facilement ; et un Enfant avec une capacité de liaison défectueuse.

Ce diagnostic précisa les directives thérapeutiques : il était trop tard pour faire quoi que ce soit de quelque portée pour l'extéropsyché ; l'Adulte, lui, pouvait être renforcé par un travail sur les frontières et la capacité de liaison de l'Enfant pouvait en dernière analyse être accrue par la liquidation de la confusion et la résolution des conflits infantiles. Le pronostic le plus optimiste était lui aussi évident : étant donné qu'il n'y avait aucun espoir d'obtenir un Parent convenable, l'Adulte devrait toujours tenir tête à l'Enfant sans aide extéropsychique appréciable. Aussi l'équilibre de M. Segundo serait toujours plus précaire que celui d'individus plus chanceux dont les parents avaient mis leur point d'honneur à ne pas mourir avant que leur fils ait atteint l'adolescence. M. Segundo était parfaitement conscient de cette difficulté et il savait qu'il devrait toujours plus ou moins compter sur lui-même, non seulement sur le plan existentiel mais aussi sur le plan psychologique. Cette connaissance était dans son cas particulier un stimulant supplémentaire très valable qui le poussait à renforcer son Adulte.

La situation était tout à fait différente dans le cas de M. Disset qui vint en consultation parce qu'il n'arrivait pas à trouver un travail dans sa branche. Il était convaincu que ses employeurs éventuels étaient mal disposés à son égard parce qu'il était honnête et signalait sur ses demandes d'emploi toutes ses hospitalisations. Il voulait que le psychiatre fasse quelque chose à ce sujet, par exemple qu'il intercède auprès de ses employeurs. M. Disset présentait les stigmates typiques d'un schizophrène ambulatoire : les extrémités froides, moites, bleuâtres, les yeux baissés, la démarche et l'allure pesante, une élocution

embrouillée, des gestes maladroits, l'air préoccupé et une réaction d'effroi quand on lui adressait la parole. A le voir il était évident que l'on ne pouvait pas lui donner du travail et l'employeur le moins averti et le plus charitable pouvait se montrer gentil envers un tel individu, mais pas jusqu'au point de l'embaucher. Le psychiatre l'écouta sans le contredire pendant deux visites, mais au cours de la troisième il lui exposa franchement son point de vue non pas dans l'espoir de le convaincre, mais plutôt pour en avoir la conscience nette et tenir son fichier à jour. De toute évidence le patient avait besoin de quelque chose que le psychiatre pouvait lui offrir, car il décida de continuer le traitement tout en affirmant qu'il n'était pas d'accord avec le verdict et en continuant à défendre, au moins pour la forme, son interprétation initiale du problème comme purement administratif.

M. Disset fut introduit dans un groupe d'un type spécial au sein duquel le thérapeute adoptait une attitude parentale plutôt qu'adulte. Au moyen de divers expédients, par exemple en faisant des démarches auprès de l'Association des Anciens Combattants quand il était sûr qu'elles recevraient un accueil favorable, le thérapeute essaya de rattraper la carence dont les parents de M. Disset avaient fait preuve envers lui ; il lutta aussi contre l'attitude désobligeante de son Parent intérieur et de ses parents véritables. Grâce aux précautions qu'il prit à l'égard des possibilités cachées de masochisme, de sentiment de culpabilité et de fureur de révolte, grâce aussi au fait qu'il se montra assez fort pour empêcher le Parent intérieur et le vrai père du patient de prendre leur revanche sur celui-ci en dehors de la situation thérapeutique, le psychiatre réussit à gagner la confiance de l'Enfant ; c'est-à-dire qu'il réussit à démontrer qu'il était un parent plus puissant et plus indulgent que M. Disset père. A mesure que l'angoisse de l'Enfant se retirait, l'Adulte se renforçait assez pour que les ouvertures puissent être tentées envers cet aspect de la personnalité du patient.

A ce point le fait que l'aspect de M. Disset n'engageait vraiment pas à l'embaucher fut abordé plus sérieusement et l'on entama avec précaution le processus de décontamination. Il fallait essentiellement qu'il comprenne qu'il ne s'agissait pas de changer l'attitude du public vis-à-vis des hôpitaux psychiatriques, mais de modifier la façon dont il s'y prenait pour provoquer des réactions chez les gens. Le groupe était un milieu excellent pour étudier et tester son attitude personnelle. Les autres membres étaient à la fois ouverts et compréhensifs, et

durs à cuire juste assez pour offrir leurs services sans être menaçants. En outre, c'était une bonne occasion pour eux d'apprendre à faire la différence entre une aide offerte de manière adulte et une attitude menaçante de style parental. Ils étaient tous dans la même situation et ils pouvaient tous en retirer quelque chose en même temps, en particulier l'hyperparental M. Troy. Ici aussi, au moment voulu, M. Disset fut entraîné à distinguer les réactions respectives de son Parent, de son Adulte et de son Enfant selon ce que lui disaient le thérapeute et les autres membres du groupe (là encore on laissa volontairement passer sans les relever des jeux comme « la Jambe de bois » et « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais » dans ce groupe de psychotiques latents non avertis).

Une autre approche, qui est parfois recommandée avec ce type de patients, fut employée dans le cas de M^{lle} Hockett. Elle fut placée dans un groupe où le thérapeute se comportait du point de vue analytique en Adulte et déclinait toute intervention parentale. Parallèlement elle était suivie en thérapie individuelle par une assistante sociale experte en analyse structurale et qui agissait en Parent. De cette façon les angoisses que l'analyse des jeux suscitait en elle au sein du groupe étaient dissipées par l'assistante sociale et les jeux qu'elle jouait avec celle-ci pour s'attirer sa sympathie étaient analysés par le groupe. Ainsi son Enfant était réconforté et pris en charge par un individu alors que son Adulte était décontaminé et renforcé par un autre. Le thérapeute et l'assistante sociale se rencontraient brièvement à des intervalles de quelques mois, ou chaque fois qu'un problème grave se posait, mais chacun d'eux avait une idée assez nette de la division des tâches pour ne pas éprouver le besoin de ressasser fréquemment tout ce qui s'était passé entre-temps, pratique qui trop souvent tend à gêner la bonne évolution d'une thérapie commune et qui offre à l'Enfant une possibilité fort tentante de se lancer dans un jeu à trois. En étouffant dès sa naissance toute tentative de ce genre et en obligeant M^{lle} Hockett à jouer deux jeux à deux distincts, il était beaucoup plus facile de contrôler la situation et ses progrès furent une source de satisfaction pour elle-même, pour le groupe et pour les deux thérapeutes aussi longtemps qu'elle suivit la thérapie.

Malheureusement, il est difficile de dire autre chose que des généralités sur le traitement de gens qui sont par définition un parangon de l'individualisme. Mais si le thérapeute applique avec constance et intelligence les principes définis plus haut,

il saura de mieux en mieux affronter de tels problèmes et il pourra aboutir à la conclusion qu'il n'y a pas de patients ennuyeux mais uniquement des thérapeutes ennuyés, qu'en outre cet ennui peut être allégé si lui-même développe un programme thérapeutique bien conçu avec des buts même modestes formulés clairement et s'il dispose des techniques adéquates pour les atteindre. Il peut y avoir des heures d'ennui et même des semaines d'ennui, périodes pendant lesquelles la patience est de rigueur, mais il ne devrait plus y avoir des mois ni des années entières d'ennui.

NOTE.

M. Segundo n'était pas un morphinomane. Cet aspect de son problème a été choisi comme exemple parce que les éléments réels qu'il implique sont très simples et d'une évidence immédiate.

RÉFÉRENCES.

1. Lewin, B. *The Psychoanalysis of Elation*. W. W. Norton & Company, New York, 1950.
2. Rosen, J. *Direct Analysis*. Grune & Stratton, New York, 1953 (tr. fr. *L'analyse directe*, Paris, PUF, 1960).
3. Sechehaye, M. A. *La réalisation symbolique (Nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie)*. Suppl. à la *Revue suisse de psychologie et psychologie appliquée*, n° 12, Éd. Médicales, Hans Huber, Berne, 1947.
4. Fromm-Reichmann, F. *Principles of Intensive Psychotherapy*. University of Chicago Press, 1950.

CHAPITRE XIV

THÉRAPIE DES NÉVROSES

La psychothérapie des névroses peut se fixer quatre objectifs que, dans la terminologie traditionnelle, on appelle (1) le contrôle symptomatique ; (2) le soulagement des symptômes ; (3) la cure transférentielle ; (4) la cure psychanalytique. Ces objectifs peuvent être énoncés en termes structuraux et les procédures thérapeutiques employées sont illustrées dans le récit des cas suivants.

1. Les *contrôles symptomatique et social* furent atteints avec une rapidité inhabituelle par M^{me} Enatosky, mère de famille de trente-quatre ans. Elle se plaignait principalement de « dépressions » qui la saisissaient brusquement et s'évanouissaient tout aussi rapidement. Elles étaient apparues pour la première fois quinze ans auparavant lorsque sa mère était tombée malade. Au début elle avait essayé d'y échapper en buvant, mais cela avait entraîné plusieurs épisodes hallucinatoires à la suite de ribotes prolongées. Elle avait alors adhéré aux Alcooliques Anonymes et elle n'avait pas touché à une bouteille depuis sept ans. Pendant cette période elle avait cherché à se faire soigner et elle avait trouvé un psychiatre qui lui avait prescrit l'hypnose, le bouddhisme Zen et des exercices de yoga. Au bout de trois ou quatre ans la patiente avait acquis une telle maîtrise du yoga qu'elle fut désignée comme *gourou* par la société locale. A ce moment-là elle commença à nourrir des doutes sur l'attrait de ces formes de traitement et elle s'adressa au docteur Q sur la recommandation d'une relation travaillant comme assistante sociale.

Elle se plaignait aussi d'avoir périodiquement la démarche instable, ce qu'elle appelait « marcher sur des œufs ». En outre elle avait des difficultés avec son fils de treize ans, ce qui l'inquiétait. Il était désobéissant et vis-à-vis de cette attitude elle

s'efforçait en paroles de se conformer aux « principes d'hygiène mentale » qu'elle avait lus, mais, tout en « déclamant » les propos qu'elle croyait devoir tenir, « en dessous » elle voulait le forcer à obéir et elle avait l'impression qu'il devait s'en rendre compte ; toutefois elle pensait que son mari serait plus content si elle agissait avec « un grain de bon sens ». Quand les « déclamations » ne donnaient rien, elle se sentait déprimée, après quoi son fils se montrait plus docile (au sujet de ses leçons par exemple). Elle faisait d'autres choses pour mériter l'approbation de son époux, comme acheter les vêtements provocants qu'il semblait admirer et quand il ne la complimentait pas elle se sentait triste et révoltée.

Au cours de son second entretien M^{me} Enatosky déclara d'elle-même plusieurs choses qui permirent au thérapeute de l'initier facilement à l'analyse structurale. Certaines se fondaient sans aucun doute sur son expérience thérapeutique antérieure et d'autres étaient intuitives. « Je suis comme une petite fille, je veux que mon mari m'approuve même si je me révolte contre ce que je dois faire pour cela. Je pense que j'avais des sentiments pareils vis-à-vis de mon père. Quand lui et ma mère se sont séparés j'ai pensé : « J'aurais pu le retenir. » Je lui étais fort dévouée ». « Une part adulte de moi-même savait que j'étais en train d'agir comme une petite fille. » Le thérapeute lui suggéra de laisser davantage de champ libre à la petite fille, au moins pendant les séances, au lieu d'essayer de la renfermer. C'était une idée nouvelle pour elle, opposée aux conseils de son ancien thérapeute, qui l'étonna et l'intrigua. « Cela semble impudent. J'aime bien les enfants, remarquez, mais je sais que je ne peux pas vivre à la hauteur de ce que mon père attendait de moi. »

A propos de son attitude intérieure vis-à-vis de son fils elle remarqua : « C'est exactement la façon dont ma mère me traitait, elle essayait de me forcer. »

A l'aide de ce matériel spontané et d'autre du même type, il ne fut pas difficile d'établir le diagramme structural : la mère dont elle imitait le comportement, la part adulte d'elle-même, la petite fille qui cherchait à être approuvée et la petite fille rebelle. Au cours du troisième entretien il fut facile de passer au vocabulaire usuel qui convenait mieux ; ces modèles représentèrent alors respectivement le Parent, l'Adulte, l'Enfant complaisant et l'Enfant rebelle.

Lorsqu'elle parla des troubles de sa démarche, le docteur Q fit observer : « Cela aussi c'est la petite fille » (diagnostic

de comportement). Elle répondit : « Oh, mon dieu, c'est vrai, un enfant marche comme ça. Dès que vous avez dit cela j'ai cru voir une petite fille. Vous savez comment elles marchent et trébuchent et se relèvent. C'est difficile à croire, mais pour moi cela a un sens. Maintenant que vous le dites, je sens que je ne voulais pas marcher, comme une petite fille en barboteuse qui préfère ramper ou rester assise. Je me sens toute drôle maintenant. Ils vous tirent par l'épaule droite et vous êtes folle de rage et vous voulez pleurer. Vous savez, l'épaule me fait encore mal. Quelle sensation terrible ! Ma mère travaillait quand j'étais toute petite et je ne voulais pas aller à la crèche, je refusais de marcher et on m'y forçait. Et pourtant je fais pareil avec mon fils. Je condamne sa désobéissance tout en pensant : « Je ne la condamne pas, je sais exactement ce qu'il ressent. » A ce moment-là c'est vraiment ma mère qui critique. Est-ce que c'est ça la partie parentale ? Tout cela me fait un peu peur. »

C'est ainsi que la réalité du Parent, de l'Adulte et de l'Enfant en tant qu'états du moi existant vraiment (réalité phénoménologique) fut établie. Lorsqu'elle dit qu'elle avait peur, le docteur Q, se rappelant ses contacts antérieurs avec le mysticisme et l'hypnose, contacts qui avaient contaminé son Adulte, lui assura avec beaucoup de soin qu'il n'y avait rien de mystérieux dans ce dont ils étaient en train de parler. Il mit l'accent sur le fait que le Parent, l'Adulte et l'Enfant découlaient des expériences qu'elle avait vécues pendant son enfance (réalité historique) et il lui montra comment des événements banals, facilement compréhensibles, mettaient en activité l'un ou l'autre de ces états selon la situation. Il lui expliqua ensuite que l'Adulte pouvait maintenir l'Enfant sous son contrôle au lieu de se laisser simplement troubler par celui-ci, et aussi que l'Adulte devait jouer le rôle d'un médiateur entre le Parent et l'Enfant pour éviter les dépressions. Tout cela fut expliqué avec force détails.

Elle ouvrit le quatrième entretien en remarquant : « Cette semaine, pour la première fois depuis quinze ans, j'ai ressenti un grand bonheur intérieur. J'ai mis à l'épreuve ce que vous m'aviez dit et je peux encore sentir la dépression qui essaye de sortir et aussi la sensation bizarre quand je marche, mais je peux maîtriser tout cela et ça ne m'ennuie plus même quand je sais que c'est là ». A ce moment-là on traça une première esquisse des jeux auxquels elle s'adonnait avec son mari et son fils. Avec son mari cela se passait dans cet ordre : elle se soumet pour le séduire, il réagit par l'indifférence, elle est

déçue et déprimée, il essaye alors de réparer sa gaffe. Avec son fils l'ordre était : elle veut le séduire par le raisonnement, il réagit par l'indifférence, elle est déchue et déprimée, il se fait pardonner par une obéissance tardive. Bien que ce point n'ait pas été mis en relief cette fois-là, il s'agissait dans les deux cas de jeux familiaux sado-masochistes, desquels, comme d'habitude, chacune des parties tirait des bénéfices primaires et secondaires. Dans le jeu de l'obéissance, par exemple, un bénéfice primaire interne découlait pour son fils du fait qu'il causait le désarroi de sa mère et un bénéfice primaire externe du fait qu'il évitait la concurrence scolaire ; comme bénéfice secondaire il s'arrangeait souvent pour retirer des avantages matériels de son obéissance. Le thérapeute lui expliqua que dans ce cas il valait peut-être mieux tenter une approche d'Adulte à Adulte plutôt que de Parent à Enfant, et avoir recours aux raisons de l'esprit plutôt qu'aux raisons du cœur.

Ce n'est qu'un bref exposé de certains des problèmes affrontés et de la façon dont ils furent résolus. Grâce à son aptitude évidente pour l'analyse structurale et transactionnelle, elle fut, au bout de cinq entretiens individuels seulement, jugée mûre pour entrer dans un groupe thérapeutique relativement évolué.

A sa troisième séance de groupe, elle déclara qu'elle se sentait maintenant très bien alors qu'elle avait été malheureuse pendant quinze ans. Elle poursuivit en attribuant ce changement au fait que maintenant elle apprenait à exercer le contrôle de l'Adulte sur ses symptômes et dans ses relations. Elle raconta aussi que son fils se conduisait et se sentait beaucoup mieux et que leurs rapports étaient maintenant excellents. Il y avait dans le groupe plusieurs praticiens parmi les patients et l'un d'eux demanda : « Depuis combien de temps êtes-vous suivie par le docteur Q ? » Celui-ci sourit à cette question et M^{me} Enatosky pensa qu'il était en train de rire à ses dépens. Le docteur Q expliqua soigneusement que tel n'était pas le cas et qu'il souriait parce qu'il savait ce que les praticiens penseraient devant sa réponse. L'explication la satisfait et elle dit : « Je suis en traitement depuis un mois. » Le thérapeute s'était laissé aller à sourire pour des raisons qui concernaient les autres patients plutôt que M^{me} Enatosky et son moment d'abandon avait atteint son but, étant donné qu'il avait pesé sur la réaction prévisible de scepticisme des autres patients qui étaient eux-mêmes des psychothérapeutes professionnels et qui étaient comme elle des débutants en analyse structurale. Ce

sourire les amena à faire preuve d'une curiosité plus approfondie envers les possibilités de cette procédure.

Très peu de patients sont capables de comprendre et d'apprécier les principes du contrôle symptomatique et social aussi rapidement que M^{me} Enatosky, et son cas a été choisi pour sa valeur exemplaire saisissante. Comme son Enfant avait été fortement traumatisé, ce n'était que le commencement du traitement et la suite réservait des difficultés. La phase initiale, toutefois, avait donné lieu à un espoir et à une compréhension de la plus haute valeur sur le plan thérapeutique et elle avait servi à établir une relation satisfaisante et viable entre le thérapeute d'un côté et de l'autre l'Adulte et l'Enfant de la patiente. Cette phase vit aussi le début du processus de substitution du thérapeute aux parents originels, substitution qui était considérée comme souhaitable à cause de la présence d'éléments schizoïdes dans l'Enfant. Mais surtout la patiente continua sa thérapie en se sentant beaucoup mieux qu'auparavant et les choses furent facilitées pour son fils pendant une période décisive de son évolution. Son habileté à exercer le contrôle social pendant la durée de sa thérapie lui rendit la vie plus heureuse à elle, mais aussi aux autres membres de sa famille.

Le renforcement ultérieur du contrôle symptomatique et social chez M^{me} Enatosky et les démarches effectuées pour liquider l'état de confusion de son Enfant sont décrits dans l'Appendice à la fin de ce livre.

2. Le *soulagement des symptômes* fut atteint au moyen de l'analyse structurale par M^{me} Eikos, mère de famille de trente ans qui pendant des années avait été suivie par de nombreux spécialistes pour des douleurs dont on soupçonnait chaque fois qu'elles étaient dues à des altérations organiques. Ce n'est que lorsque tout eut échoué qu'elle s'adressa à un psychiatre. Dès le début il était clair que la phase initiale serait la plus critique, car son mariage ne tenait que de façon précaire, et uniquement parce qu'elle fermait les yeux sur certains défauts évidents dans le comportement de son mari.

L'analyse structurale de la situation était la suivante : la conduite névrotique de son mari séduisait fortement l'Enfant de M^{me} Eikos, car elle lui procurait des bénéfices primaires et secondaires importants. D'un point de vue Adulte, toutefois, cette conduite était scandaleuse ; mais l'Enfant empêchait l'Adulte de protester au moyen de la contamination ; il lui offrait toutes sortes d'excuses et d'explications pseudo-logiques pour ces actions. La décontamination risquait de mettre en

danger le mariage car un Adulte indépendant n'aurait pas toléré ce comportement pendant longtemps s'il s'était poursuivi sans changements. Aussi si elle abandonnait le jeu qui constituait l'un de leurs liens conjugaux les plus forts, cette privation risquerait de faire sombrer l'Enfant dans un désespoir déchirant. A trois reprises le thérapeute lui exposa ces dangers, chaque fois dans des termes qui lui étaient clairement intelligibles. Chaque fois elle réaffirma sa détermination de continuer le traitement. Sa résolution ayant ainsi été mise à l'épreuve, les responsabilités respectives du thérapeute et de la patiente étaient bien définies ; cela entraîna en outre le renforcement de l'Adulte car sa décision avait été prise sur la base d'une évaluation réaliste de la situation. Les aspects transférentiels de cette procédure, c'est-à-dire les réactions de l'Enfant devant les mises en garde du thérapeute, furent isolées pour être étudiées au moment voulu. A mesure qu'elle devenait capable de ressentir et d'exprimer la colère et la déception de son Adulte indépendant devant le comportement de son mari, ses douleurs disparaissaient.

Ce soulagement symptomatique n'était pas le résultat banal du libre cours aveugle qu'elle avait donné à son indignation sur la base de l'axiome édifiant « Il est Bon d'exprimer son hostilité », c'était au contraire le fruit d'une intervention soigneusement préparée. L'Adulte de la patiente était capable d'apprécier la précision et l'utilité des étapes préparatoires. Elle était reconnaissante pour l'effet thérapeutique et en même temps elle était en mesure d'en comprendre les trois principaux aspects structuraux. Pour commencer, le fait que la déception et le ressentiment s'exprimaient au grand jour voulait dire que son Adulte était maintenant quelque peu décontaminé et qu'elle était à même de mettre à l'épreuve son autonomie nouvelle et de l'exercer dans d'autres situations. Deuxièmement, maintenant que son Adulte était disponible comme allié thérapeutique, le traitement pouvait se poursuivre à un niveau différent. Le premier obstacle avait été franchi sans heurts et son mariage avait survécu. Elle se rendait compte qu'elle était maintenant dans une position meilleure qu'auparavant pour assurer, si elle le désirait, sa continuité sur des bases améliorées, ce qui lui donnait un courage nouveau. Enfin le ressentiment était en lui-même suspect, en premier lieu parce qu'il comportait certains éléments d'ambivalence infantile, en second parce qu'elle avait choisi M. Eikos comme mari parmi plusieurs prétendants, et en dernier parce qu'il était évident à ce point que

son Enfant avait tacitement encouragé le comportement de son époux. Pour toutes ces raisons la manifestation de son « hostilité » n'était pas acceptée tout simplement comme une « bonne chose », mais considérée d'un œil critique à la fois par le thérapeute et par la patiente.

A ce moment-là son Enfant, privé de quelques-uns des bénéfices que son mariage lui avait procurés jusque là, commença à porter son attention sur le thérapeute. Elle essaya de le manœuvrer comme elle l'avait fait auparavant avec succès avec plusieurs figures parentales, y compris certains amis de son père et un thérapeute antérieur. L'analyse de son jeu la décontenança et ses réactions se firent plus âpres. Il devint alors possible d'analyser certains jeux familiaux de son enfance ainsi qu'un plus grand nombre de ses jeux familiaux courants. Son Enfant commença à recevoir une charge d'investissement délié de plus en plus forte, à la suite de quoi son scénario devint lisible et les séances se firent progressivement houleuses. Pendant ce temps l'Adulte se renforçait toujours davantage dans sa vie de tous les jours, tandis que par moments il était presque complètement destitué pendant les séances thérapeutiques. Comme elle avait abandonné les jeux conjugaux, l'Enfant de son mari devint confus, anxieux et déprimé et celui-ci à son tour se soumit à un traitement (avec un autre thérapeute).

A la longue elle commença à mener sa vie avec plus d'énergie, plus de satisfaction et plus de sérénité, pour l'avantage de leurs trois enfants comme d'elle-même. Quand elle put interrompre le traitement son état général était le suivant : des changements d'état du moi s'accompagnaient de changements dans le tonus et dans la position de sa musculature intime et de celle du squelette ; dans son état du moi Adulte elle était maintenant débarrassée des symptômes ; quand son Enfant prenait le dessus, les symptômes réapparaissaient mais sous une forme moins sévère ; l'exercice du contrôle social et d'un choix adulte sur les jeux naissant dans sa vie familiale et sociale lui permettait de couper court à la prédominance de son Enfant ; de cette façon, elle pouvait étendre son contrôle de manière presque volontaire sur l'apparition des symptômes. En plus, comme boni supplémentaire, sa vie conjugale était et est encore beaucoup améliorée aux yeux de tous ceux qui y sont mêlés.

Dans son cas le soulagement des symptômes avait précédé le contrôle symptomatique. La résolution partielle de son scénario obtenue par un début de liquidation de l'état de confusion de l'Enfant soulagea de façon permanente certains des

symptômes les plus aigus, tandis que les autres étaient soumis au choix de l'Adulte.

Parfois le soulagement des symptômes peut intervenir par un autre biais, si l'on entraîne le patient à mieux jouer son jeu. En fait, ce qui pousse avant tout l'Enfant d'un névrosé dans le cabinet du psychiatre, c'est justement que l'Enfant désire que le thérapeute lui apprenne à jouer son jeu avec plus de bonheur. Ainsi, si l'on fait une analyse structurale des motivations qui ont amené une personne à suivre une thérapie, il en sort généralement le cadre suivant : une motivation Parentale — une personne normale est censée aller bien, faire vivre ses enfants, entretenir sa maison, etc... ; une motivation Adulte — un tel serait plus heureux et il travaillerait mieux s'il pouvait maîtriser son Enfant ou résoudre ses conflits, ou encore si l'influence Parentale pouvait être apaisée ; une motivation Infantile — un tel serait plus heureux s'il pouvait jouer son jeu de meilleure façon, c'est-à-dire s'il pouvait tirer plus de bénéfices primaires et secondaires de ses transactions archaïques avec les autres gens. Une variante de cette dernière motivation, c'est que le thérapeute acceptera de jouer alors que personne d'autre ne veut le faire, et qu'il apportera ainsi à l'Enfant sa part de satisfaction. Un patient plein d'esprit exprima un jour la différence entre les motivations Adulte et Infantile en demandant à un autre : « Vous cherchiez un festin ou un médecin ? » C'est ce que dit la plaisanterie courante, sous une autre forme : « Le névrosé se fait soigner pour apprendre à être mieux névrosé. »

Les conseillers conjugaux ont pour fonction d'offrir sous une forme commune le soulagement des symptômes en faisant répéter les rôles. Ce qui est en apparence une dissertation sur des idées abstraites comme le « mariage » ou la « nature humaine » est souvent en réalité un apprentissage pratique à tirer le plus de satisfaction possible de jeux spécifiquement conjugaux comme la « Femme frigide », le « Budget », ou l' « Hygiène mentale des enfants. »

M. Protus était un exemple de soulagement des symptômes réussi au moyen de l'entraînement. Il était dans le boniment, comme il disait, et il voulait faire un malheur. Mais son angoisse sociale se manifestait sous forme symptomatique pendant ses ventes et elle nuisait à son efficacité. Il entreprit un traitement dans le but explicite de gagner plus d'argent. Pour diverses raisons cet objectif fut accepté par le thérapeute. Au bout d'une longue période le contrôle symptomatique et social fut établi si

bien que M. Protus put jouer plus habilement au « Vendeur ». Pour cela on mit à nu la colère de l'Enfant qui bouillonnait sous la métaphore commerciale « faire un malheur ». Son manque d'efficacité, ses actes manqués et ses explosions symptomatiques pendant son travail découlaient en partie d'un conflit Parental très tendu (père contre mère) au sujet de la violence, si bien que l'Enfant s'arrangeait toujours pour ne pas réussir son coup. Très vite l'Adulte comprit sur quoi il devait exercer son contrôle et il réussit à le faire pendant ses heures de travail. En outre l'analyse du jeu de « Vendeur » qu'il jouait dans ses affaires le rendit plus audacieux et plus habile à venir à bout de l'Enfant de ses clients et à faire tenir bon son Adulte contre leurs tentatives pour manœuvrer son Enfant. Au bout du compte il ne fit pas un malheur mais il commença pour de bon à gagner plus d'argent. Toutefois, comme la fureur de son Enfant n'avait jamais été analysée, il resta un « névrosé du soir et du dimanche ». L'objectif restreint du début avait néanmoins été atteint et, parmi ses symptômes, ceux qui venaient de ce que son Enfant n'obtenait pas assez de satisfactions parce qu'il jouait mal son jeu, diminuèrent d'intensité.

Pour permettre au lecteur de se faire une idée équitable de cette technique il faut préciser que ce récit est la synthèse de deux cas semblables. M. Protus¹, qui était venu se faire soigner dans le but spécifique de gagner plus d'argent refusa toujours d'admettre que la thérapie avait quoi que ce soit à voir avec l'accroissement de ses revenus, bien que les autres membres de son groupe en aient été convaincus. M. Protus², qui suivait le traitement pour des raisons plus conventionnelles, et chez lequel l'analyse des jeux avait entraîné comme résultat secondaire une augmentation de revenu, ne fit aucune difficulté pour reconnaître que le mérite de sa maîtrise accrue des contacts d'affaires revenait au traitement. Les euphories, les dépressions, les compulsions et les impulsions des joueurs relèvent tout particulièrement de l'analyse des jeux. Le joueur de cartes qui apprend à venir plus facilement à bout de l'Enfant des autres, à résister aux tentatives de manœuvrer son Enfant et à ne pas céder à ses tentations impulsives, a l'avantage à la table de jeu. En particulier, toutes les ruses savantes combinées par les professionnels dans le but d'affaiblir l'Adulte et d'attirer l'Enfant perdent leur efficacité. Le résultat est que l'analyse des jeux permet de s'adonner aux jeux de hasard avec plus de succès et sans symptômes. Cela présente quelque intérêt technique parce que les effets thérapeutiques, loin d'être

ésotériques, peuvent faire l'objet d'un simple calcul arithmétique.

3. Par *cure transférentielle* on entend en termes structuraux la substitution du thérapeute au parent originel ; en termes transactionnels cela signifie que le thérapeute offre au patient la possibilité de reprendre avec lui le jeu qui a été interrompu lors de son enfance par la mort ou le départ prématuré du parent originel, ou encore de le jouer sous une forme plus bénigne que ne le fait ou ne le faisait ce parent.

M^{me} Sachs, la femme qui souffrait de migraines et qui avait un investissement labile, dont on a parlé au cours du chapitre IV, fut soignée pendant quelque temps selon ces principes. Le transfert actif s'appuyait sur le fait que ses parents, et en particulier sa mère, la traitaient avec mépris pendant son enfance. Ils avaient pris pour principe de l'humilier sans pitié dès ses premières années chaque fois qu'elle se mouillait ou qu'elle se souillait. L'un de ses souvenirs les plus déchirants concernait un oncle fort aimé qui un jour l'avait prise dans ses bras pour l'embrasser et l'y avait gardée même après qu'elle se soit mouillée, sur quoi sa mère avait fait remarquer : « Comment peux-tu la tenir quand elle est si dégoûtante ? ». Dès qu'elle eut raconté cela, la situation thérapeutique s'éclaircit : le thérapeute n'avait qu'à avoir une réaction normale quand elle racontait des choses qui lui semblaient honteuses. Il dut passer de nombreux tests à cet égard ; au bout d'un temps il devint évident qu'elle « urinait » et plus tard « déféquait » verbalement sur lui pour voir s'il la « repousserait » comme l'avait fait sa mère ou s'il la « garderait quand même » comme son oncle. Aussi longtemps que les réactions du thérapeute furent adéquates, tout se passa bien pour elle. Plus tard, quand il commença à interpréter, les difficultés réapparurent : toute intervention, même si elle était formulée avec le plus de précautions possibles, avait pour résultat de renverser la situation dans son esprit en la faisant passer d'un jeu d'oncle à nièce à un jeu de mère à fille. Le premier était un jeu non-répressif de mise à l'épreuve, le second un jeu de provocation et de contre-provocation.

Dans ce cas la cure transférentielle se fit sentir dès qu'elle fut convaincue que le thérapeute jouerait le rôle de son oncle, l'une de ses figures parentales originelles. Même lorsqu'elle percevait le thérapeute sous le jour de sa mère, le jeu mère-fille qu'elle jouait alors avec lui était pour son Enfant plus commode et moins dangereux que si elle l'avait joué avec son mari,

si bien que même si à ces moments-là le traitement devenait houleux, à l'extérieur les choses se passaient beaucoup mieux (dans son cas le père ne prenait pas une part active à la situation). Le thérapeute lui permettait d'un côté de reprendre le jeu qui avait été interrompu par la mort de son oncle, et de l'autre de poursuivre le jeu mère-fille sous une forme plus anodine. Dans un cas comme dans l'autre l'Enfant obtenait une satisfaction assez grande pour ressentir quelque soulagement et effectivement il était moins soumis aux prohibitions Parentales que la patiente ne l'avait été dans la situation originelle.

Une patiente exprima avec clarté sa cure transférentielle dans le rêve suivant : « J'étais en train de prendre un bain et vous avez enlevé tous mes vêtements en ne me laissant qu'un peignoir. Mais je ne sais pas pourquoi, je me sentais mieux. » Elle interpréta ce rêve ainsi : « Avec ce traitement vous m'avez enlevé tous mes jeux extravagants, mais ce que vous m'avez donné à la place vaut beaucoup mieux. » Par là elle voulait dire que le thérapeute était plus gentil que ses propres parents. Le peignoir évidemment représentait le dernier jeu, celui qu'elle jouait avec le thérapeute.

4. En termes structuraux la *cure psychanalytique* signifie la liquidation de l'état de confusion de l'Enfant avec l'aide thérapeutique d'un Adulte en grande partie décontaminé. La thérapie peut être envisagée comme une sorte de bataille qui fait intervenir quatre personnages : le Parent, l'Adulte et l'Enfant du patient, plus le thérapeute agissant comme Adulte auxiliaire. Sur le plan pratique cette façon de voir les choses a une valeur pronostique simple, mais importante et même décisive. Comme dans toute bataille les rapports de force sont déterminants. Si le thérapeute est seul et qu'il a affaire à une *entente cordiale* * des trois aspects du patient, les risques d'échec sont de trois contre un, ce qui est souvent le cas en psychanalyse avec les psychopathes. Si l'Adulte du patient peut être décontaminé au moyen d'une analyse structurale préliminaire et enrôlé comme allié thérapeutique, il y a alors deux Adultes contre un Parent et un Enfant et les chances de réussite s'équilibrent.

Si le thérapeute peut attirer à lui non seulement l'Adulte décontaminé, mais aussi l'Enfant du patient, ils sont alors ligüés à trois contre le Parent, avec une chance de réussite correspondante. Dans le cas des névrosés, le Parent est, de façon générale, l'ennemi numéro un. Parfois, avec les schizophrènes,

* En français dans le texte (N. d. T.).

le meilleur ordre de bataille est Parent, Adulte et Thérapeute contre Enfant, auquel cas le thérapeute doit faire appel au Parent du patient plutôt qu'à son Enfant. Du point de vue structural les électrochocs semblent en fait constituer un appel de ce genre ; le résultat en est que le Parent et l'Adulte du patient sont fermement décidés à ne pas laisser de nouveau l'Enfant les entraîner tous les trois dans un passage à tabac si fâcheux. M. Troy était un excellent exemple de cette ligne d'attaque, qu'il déploya par ses actes et par ses paroles pendant plus de sept ans, en réprimant sévèrement toute manifestation de l'Enfant aussi bien *ex cathedra* que par voie d'arguments rationnels. Le moment de la vérité arriva quand il commença à regarder les enfants qui l'entouraient comme des individus ayant une personnalité propre et des droits à eux.

La psychanalyse se fonde sur la libre association qui suspend la censure. Cela signifie tout d'abord que l'Enfant parle librement sans interférence du Parent ni de l'Adulte. En pratique toutefois, et surtout dans les débuts, l'Enfant peut être tenu à l'écart et c'est souvent le Parent qui parle librement sans interférence de l'Adulte. Aussi il peut falloir un certain savoir-faire technique pour porter l'Enfant au jour et pour mettre le Parent sur une voie de garage. Dans ce cas néanmoins, lorsque l'Enfant parle, le Parent et l'Adulte sont à l'écoute et sont au courant de ce qui se passe, ce qui différencie la psychanalyse de techniques comme l'hypnose et la narco-analyse, dans lesquelles le Parent et en général aussi l'Adulte sont temporairement destitués. Quand l'Adulte est réinstitué le thérapeute lui rapporte ce que l'Enfant a dit. Ce n'est pas aussi convaincant ou aussi efficace que si l'Adulte n'avait pas cessé de fonctionner et c'est là que réside la supériorité de la psychanalyse. Dans l'hypnose on fait métaphoriquement sortir la mère et la gouvernante de la pièce et plus tard le thérapeute leur rapporte ce qu'a dit l'Enfant. Dans la psychanalyse l'Enfant parle en leur présence et elles l'entendent de leurs propres oreilles. L'analyse régressive, dont on parlera plus loin, a le même avantage, tout en faisant en même temps appel plus directement à l'Enfant. L'application thérapeutique récente du LSD-25 semble promettre un résultat semblable¹.

L'emploi de l'analyse structurale pour décontaminer l'Adulte afin de préparer le patient à un traitement psychanalytique a déjà été mentionné dans le cas de M^{me} Eikos. Il est évident que l'analyse transactionnelle, l'analyse des jeux et l'analyse des scénarios ont fourni des bases solides pour le travail psy-

chanalytique ultérieur dans le cas de M^{me} Catters. L'exploration du scénario est au cœur du processus psychanalytique. Le transfert ne consiste pas simplement en une série de réactions liées entre elles, c'est-à-dire en une névrose de transfert, mais en un drame de transfert progressif et dynamique, qui comprend tous les éléments et toutes les subdivisions d'une tragédie grecque. Ainsi, comme on l'a dit plus haut, quand Œdipe vient au monde il est non seulement, en analyse des scénarios, un personnage caractéristique, mais aussi un homme qui s'avance inexorablement vers une destinée déjà fixée.

NOTES.

Il va de soi que ce chapitre devrait être accompagné d'une bibliographie qui comprendrait une bonne partie de tout ce qui a été écrit sur la psychothérapie. Une liste choisie en est donnée dans le livre de l'école de Chicago *Psychothérapie analytique*². La description que fait Alexander de l'« expérience émotionnelle corrective » éclaire encore mieux le cas de M^{me} Sachs et de façon plus précise celui de M^{me} Eikos.

En termes structuraux le principe d'Alexander est un principe psychanalytique étant donné qu'il a pour but de liquider l'état de confusion de l'Enfant, de l'entraîner, en langage d'analyse des scénarios, à « tirer un trait sur la pièce et à en mettre en chantier une meilleure ». Comme le dit Alexander : « l'ancienne structure était de la part de l'enfant une tentative d'adaptation au comportement du parent... L'attitude objective et compréhensive de l'analyste permet au malade... la réalisation d'une nouvelle solution de l'ancien problème... Tandis que le malade continue à agir suivant des structures périmées, la réaction de l'analyste se conforme strictement à la situation thérapeutique actuelle » (pp. 67-68). Du point de vue transactionnel cela signifie que lorsque l'Enfant du Patient cherche à provoquer le Parent du thérapeute, il se trouve au contraire en face de son Adulte. L'effet thérapeutique naît de l'ébahissement causé par cette transaction croisée. En termes d'analyse de jeux, l'Enfant du patient bute contre le refus de jouer du thérapeute. On en a un bon exemple avec le cas de Jean Valjean (pp. 69-71).

Fenichel³ donne une discussion technique du concept d'« amélioration transférentielle », accompagnée d'une bibliographie.

RÉFÉRENCES.

1. Chandler, A. L. & Hartman, M. S. « Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25) as a Facilitating Agent in Psychotherapy ». *Loc. cit.*
2. Alexander, Franz & French, T. M. *Psychoanalytic Therapy* (tr. fr. *Psychothérapie analytique*, Paris, PUF), Ronald Press Company, New York, 1946.
3. Fenichel, O. *Loc. cit.*, pp. 559 ss.

CHAPITRE XV

THÉRAPIE DE GROUPE

I. OBJECTIFS.

L'analyse transactionnelle est proposée comme méthode de thérapie de groupe car c'est une approche rationnelle qui découle tout naturellement de la situation de groupe elle-même. Elle ne s'appuie pas sur un concept du « Groupe » envisagé comme une entité métaphysique ou une entéléchie, ni sur l'emploi opportuniste de techniques qui ne sont pas spécifiquement prévues pour la situation de groupe.

En thérapie de groupe, l'analyse transactionnelle a pour objectif de faire passer le patient à travers les stades successifs de l'analyse structurale, de l'analyse transactionnelle proprement dite, de l'analyse des jeux et de l'analyse des scénarios jusqu'à ce qu'il soit à même d'exercer le contrôle social. Les modifications que l'on observe dans les réactions du patient lui-même, mais aussi les transformations qui les accompagnent et que l'on peut constater indépendamment dans le comportement de ses proches qui n'ont pas suivi de psychothérapie — chez le fils de M^{me} Enatosky par exemple, ou chez le mari de M^{me} Dodakiss — viennent confirmer la réussite du traitement. Le patient peut aussi mettre à l'épreuve cette réussite et l'améliorer en apprenant à toujours mieux maîtriser ses réponses aux tentatives quotidiennes de le manœuvrer, lorsqu'il fait des achats par exemple ou dans ses transactions d'affaires (on en a donné un exemple avec M. Protus). On émet l'hypothèse, généralement exacte, que l'amélioration dans les expériences sociales qui en résulte entraîne une diminution des angoisses et des déformations archaïques, ainsi qu'un certain soulagement des symptômes que le patient tout comme le thérapeute peuvent prévoir, contrôler et comprendre. Dans des situations

thérapeutiques plus approfondies cette approche constitue en outre une préparation et un accompagnement fort utiles pour la thérapie psychanalytique.

2. MÉTHODES.

Pour le patient, il est, pratiquement à tous les niveaux, possible et opportun (apparemment d'ailleurs il le souhaite aussi lui-même) de bien savoir ce qu'il a accompli, ce qu'il essaie d'accomplir et, quand sa préparation est suffisamment avancée, ce qu'il espère accomplir dans le futur. Il y a donc presque à chaque stade une entente complète entre le patient et le thérapeute en ce qui concerne la situation thérapeutique. En outre le patient est aussi bien renseigné sur les facteurs spécifiques mis en jeu que l'est le thérapeute qui étudie cette approche, lorsqu'il en est au même niveau d'apprentissage que lui, et l'expérience montre qu'il est capable de comprendre ces facteurs même quand il s'agit d'un sujet d'« intelligence » très limitée (d'après les échelles psychométriques), car il a à sa disposition à propos de chaque étape de nombreux exemples cliniques relatifs à des situations auxquelles il est ou a été mêlé.

Avec des patients qui débute ensemble, cette procédure peut se dérouler au sein du groupe. Pour quelqu'un qui entre dans le groupe à une date postérieure quelques séances individuelles de préparation sont nécessaires afin qu'il puisse comprendre plus ou moins bien ce qui se passe dans le groupe au moment où il en devient membre. Généralement, une bonne connaissance clinique de l'analyse structurale est un bagage de départ suffisant même pour entrer dans un groupe très avancé. Si le patient a eu auparavant la possibilité de mettre à l'épreuve le thérapeute et de le juger, de façon à être sûr que son jeu ne sera pas trop mal accueilli, cela peut l'aider à surmonter l'angoisse de ses premières expériences avec le groupe. Si les traumatismes dont il a souffert le rendent excessivement méfiant dans sa prise de contact avec le thérapeute, il vaut peut-être mieux dans son intérêt retarder son entrée dans le groupe jusqu'à ce qu'il ait surmonté ses inhibitions initiales. Une fois qu'il fait partie du groupe il est soumis, avec toute la prudence voulue de la part du thérapeute, aux différentes procédures analytiques dont la technique a été décrite dans les chapitres précédents. En même temps le thérapeute peut avoir recours, au cas où il en a besoin, à des techniques d'em-

prunt, par exemple aux interprétations et aux démarches psychanalytiques courantes. L'analyse transactionnelle ne se propose donc pas de prendre la place de la thérapie psychodynamique de groupe¹, elle se contente d'offrir un cadre de départ dans lequel d'autres opérations thérapeutiques peuvent trouver leur place, selon les penchants personnels du thérapeute. Elle n'est pas un substitut exclusif pour l'arsenal thérapeutique habituel, mais une arme puissante qui s'y ajoute.

3. MISE EN TRAIN D'UN GROUPE.

Cette section est empirique, ainsi que la suivante dédiée à la sélection des patients ; les arguments avancés se fondent sur des discussions répétées et approfondies à propos de groupes fort variés avec de nombreux thérapeutes de groupe venant des horizons les plus divers. Ces idées ont été débattues sans indulgence aux Séminaires de Psychiatrie Sociale de San Francisco, et les principes définis ici représentent dans la plupart des cas ceux sur lesquels le plus grand nombre de praticiens se sont trouvés d'accord dans ces séminaires, principes passés ensuite au crible de l'expérience clinique.

Pour commencer, il a été établi que le thérapeute envisageant de mettre sur pied un groupe aurait le plus grand intérêt à passer au moins une séance de longue durée (deux heures ou davantage) à discuter du groupe projeté avant qu'aucune démarche pratique ne soit entreprise. Les arguments suivants ont été arrêtés comme les plus valables et les plus importants.

1. Les aspects *organisationnels* de la situation thérapeutique sont mis en discussion : comment le thérapeute les voit-il, comment les patients, selon toute vraisemblance, les verront-ils suivant leur état, et comment les voient les autres gens qui participent à la discussion ? La situation hiérarchique est décomposée en ses éléments le plus complètement possible au moyen d'un « diagramme d'autorité », qui part des patients et est poussé jusqu'à sa conclusion logique, celle-ci pouvant aboutir à la personne du président des USA et en dernière instance aux électeurs. Les rêveries éventuelles de chaque individu à chaque échelon sont mises en question, car elles intéressent le projet. Si celui-ci, par exemple, est patronné par un établissement recevant des crédits gouvernementaux, la chaîne peut se dérouler depuis les patients, leurs proches et leurs médecins jusqu'au thérapeute, son chef de clinique, le direc-

teur de l'hôpital, le conseil d'administration, le Ministre de la Santé Publique, de l'Éducation et des Affaires sociales et les présidents des USA. On peut attribuer à chacun des individus de cette chaîne une série d'opinions sur ce qu'il serait « Bon » et sur ce qu'il serait « Mal » de faire dans le cas du projet thérapeutique. Le thérapeute est au courant, consciemment ou préconsciemment, de ces opinions, et leur influence possible sur son comportement est mise en relief.

En effet, il est tout à fait concevable qu'un événement se produisant au sein du groupe thérapeutique puisse troubler quelqu'un des individus de cette chaîne, ou même leur ensemble, jusqu'à entraîner non seulement une angoisse locale mais aussi une agitation nationale. La Veterans Administration (Ministère des Anciens Combattants), par exemple, est particulièrement sensible à de telles influences lointaines, dont aucune ne lui échappe ; aussi chacune de ces influences constitue une inhibition potentielle de la liberté thérapeutique. Les fondations, les universités et autres organismes officiels intéressés doivent être pris eux aussi en considération par rapport au plan et aux intérêts personnels du thérapeute et au bien des patients. Les groupes suivis en clientèle privée sont généralement les moins contaminés par de telles influences. Comme il est arrivé à beaucoup de thérapeutes d'avoir des patients, suivis dans le cadre d'institutions officielles, qui écrivaient au Gouverneur de l'État ou au Président des USA, pousser ce type d'analyse jusqu'à sa conclusion logique présente davantage qu'un intérêt académique.

2. Les *buts* de la thérapie sont mis en discussion. C'est parfois une surprise pour le thérapeute virtuel lui-même de découvrir combien il lui est difficile de définir ce qu'il a réellement en vue. De quoi entend-il guérir ses malades, quels changements essaie-t-il d'apporter dans leur comportement, et comment ses patients et lui-même sauront-ils si ces buts ont été atteints ou non ? A ce propos, les objectifs mal définis, purement intellectuels ou les vœux pieux sont soumis à une discussion serrée pour essayer de les transformer en formulations opérationnelles. De façon assez curieuse, les psychiatres, malgré leur formation médicale, sont souvent tout aussi peu rigoureux à cet égard que les thérapeutes non-médecins, et il est parfois nécessaire de tremper la lame trop molle de la sentimentalité dans les flammes brûlantes de la critique.

3. Une analyse structurale des *motivations* personnelles du thérapeute et de ses rêveries à propos du groupe projeté est

entreprise. Au départ il avance naturellement une formulation Adulte, à partir de laquelle les éléments parentaux sont disséqués avec attention ; on examine aussi tout ce qu'il y ajoute spontanément. Enfin toutes les motivations infantiles dont il est conscient et qu'il l'intéresse de discuter sont énoncées. Ses jeux naturels ou acquis sont passés en revue et leurs effets possibles sur les patients virtuels sont mis en question. Ainsi, il se peut que le débutant ait une attitude de « guide », une tendance à jouer « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais », ou encore il peut avoir appris à pratiquer la psychothérapie selon les règles du professeur K, ou la thérapie de groupe suivant celles de M. Y.

4. On examine la *sélection* des patients, en prenant particulièrement garde aux attitudes autistiques, phobiques ou snobs dont peut faire preuve le thérapeute.

Il n'est pas facile pour une personne envisageant de diriger un groupe de se soumettre avec une complète insouciance à un examen aussi rigoureux de ses projets. La situation est atténuée par le fait que le groupe n'a pas encore commencé, si bien qu'aucune de ses paroles ne représente un engagement ou un *fait accompli* * et que toute réflexion ultérieure reste possible. En pratique il est prouvé que la plupart des thérapeutes sont reconnaissants pour une telle étude préliminaire et qu'ils la trouvent fort utile au moment de s'asseoir devant leurs patients.

4. SÉLECTION DES PATIENTS.

L'attitude conventionnelle à propos de la sélection est résumée par la formule générale : « Tous les critères de sélection sont Bons. » Le mot « bon » est écrit avec une majuscule parce que cette supposition ne comporte aucune restriction et qu'elle est presque toujours embrassée avec une confiance aveugle ; les thérapeutes non expérimentés la mettent rarement en question. Toutefois un examen attentif de sa signification a amené à la renverser dans le sens suivant : « Les critères de sélection ne sont presque jamais bons. » On peut en général les ramener aux préjugés personnels du thérapeute, et en tant que tels celui-ci peut de façon légitime y avoir recours jusqu'à ce qu'il ait plus d'assurance, qu'il ait changé d'attitude ou qu'il soit

* En français dans le texte (N. d. T.).

plus averti ; mais il vaut mieux les considérer comme des symptômes de manque d'habileté professionnelle.

L'analyse transactionnelle ayant prouvé sa valeur avec des groupes de névrosés, de gens atteints de troubles caractériels, de psychotiques rémittents, de personnalités *borderline*, de psychopathes sexuels, de couples mariés, de parents d'enfants souffrant de troubles nerveux, et de retardés mentaux, la formation de groupes relevant de l'une de ces catégories peut être entreprise avec une certaine confiance. En outre l'analyse transactionnelle s'est montrée efficace dans des groupes qui comprenaient un ensemble choisi au « hasard » de gens pris parmi les cinq premières catégories, sans égard à leur âge, la sévérité de leurs symptômes, leur expérience psychiatrique, leur classe sociale ou leur intelligence ; par conséquent un groupe mélangé de ce type peut être lui aussi considéré comme une entreprise viable. Cette méthode n'a pas encore fait suffisamment ses preuves avec des groupes composés de psychotiques aigus, d'alcooliques, de drogués, de prisonniers, ou autres cas particuliers, mais il n'y a aucune raison pour hésiter à l'appliquer avec de tels patients. (Des groupes pilotes composés de représentants de ces diverses catégories existent dans plusieurs institutions publiques, et on l'a aussi essayée avec des malades « psychosomatiques ».)

En général on ne peut pas prédire avec certitude le comportement d'un patient dans un groupe d'après son comportement dans la vie quotidienne ou lors des entretiens individuels. Un déprimé retardé ne le restera pas forcément dans le groupe, pas plus qu'un paranoïaque délirant n'introduira automatiquement ses délires dans le groupe comme élément de trouble, difficile à maîtriser. Dans un cas donné, la seule façon de savoir c'est d'essayer.

L'analyse transactionnelle est une approche particulièrement féconde dans le cas de deux problèmes devenus des lieux communs dans les congrès scientifiques et dans ce qui a été écrit sur ces sujets :

1. Le « problème » du « monopoleur » sera réglé avec une compétence remarquable par un groupe ayant l'habitude de l'analyse des jeux.

2. Dans ce type de groupe, le silence n'est plus un « problème à résoudre », mais un phénomène à étudier. Ici la question n'est pas « *Interactio verborum gratia verborum* » mais qu'est-ce que l'« interaction ».

Moins le thérapeute a de critères de sélection à sa disposition et plus il a de chances de s'instruire. De tels critères signifient en général : « Je ne veux que des patients qui joueront des jeux avec lesquels je me sens à mon aise, ou auxquels j'aime jouer. » En faisant entrer dans ses groupes des patients « déplacés », il peut se documenter sur de nouveaux jeux. Au pire les critères ne se fondent que sur du snobisme.

Toutefois, pour affecter un patient spécifique à un groupe spécifique, on applique parfois des critères qui peuvent être définis de façon rationnelle en termes structuraux. Avec certains schizophrènes rémittents, ou avec des psychotiques suivant un traitement par électrochocs, une approche Adulte, purement analytique, de la part du thérapeute, peut être contre-indiquée, au début tout du moins. De tels patients doivent être mis dans un groupe de type spécial dans lequel le thérapeute choisit d'agir au premier chef en Parent plutôt qu'en Adulte. Jusqu'à maintenant c'est le seul critère rationnel qui se soit montré applicable aux groupes transactionnels.

5. LE STADE INITIAL.

Nous allons maintenant donner deux exemples cliniques, l'un pour illustrer la phase d'introduction de l'analyse transactionnelle, l'autre pour montrer comment s'établit le contrôle social.

Le docteur Q avait été invité comme consultant dans un hôpital psychiatrique où les mille patients environ qui s'y trouvaient suivaient presque tous une thérapie de groupe. Différentes approches étaient employées par les différents thérapeutes : moralisme, analyse, réminiscence, « interaction », « soutien », « torpillage », et abréaction. La plupart des patients étaient des psychopathes sexuels et l'objectif était de les récupérer pour les laisser sortir en toute sécurité. L'une des premières démarches du docteur Q fut d'assister à une réunion de groupe qui se passait à une heure qui l'arrangeait. Il y avait une vingtaine de patients dans le groupe, et il n'avait jamais vu l'un d'eux auparavant. Ils s'étaient déjà réunis à six reprises et la séance actuelle était prévue pour une durée d'une heure. Son intention initiale était simplement de se familiariser avec la procédure suivie habituellement à l'hôpital (les dispositions matérielles par exemple), d'observer l'attitude générale des hommes et de découvrir ce qu'ils pensaient du programme thérapeutique de groupe, afin de voir où ses services pourraient

se loger. Un diagramme des places occupées est donné dans la Figure 15.

Le docteur Z, le thérapeute habituel, présenta le docteur Q comme médecin consultant, puis contre toute attente renonça à son rôle en déclarant que puisque le docteur Q en savait plus long que lui sur la thérapie de groupe, c'était lui qui prendrait en main la séance. Le docteur Q dit alors qu'il était là pour apporter sa contribution au programme thérapeutique de groupe et que cela lui serait plus facile s'il avait une idée de ce que les hommes pensaient à ce sujet.

Ils réagirent avec un grand enthousiasme, et plusieurs membres affirmèrent que c'était ce qui leur était arrivé de meilleur dans leur vie, que pour la première fois ils savaient ce qu'était la vie, qu'auparavant chacun d'eux avait vécu dans un petit monde isolé, qu'ils croyaient que tout le monde était contre eux, ou que chacun se débrouillait pour son compte, alors que maintenant ils savaient qu'une fois que vous avez connu des gens pour de bon vous pouvez les aimer et ils vous acceptent ; ils firent encore d'autres déclarations élogieuses du même type. Ils avaient aussi quelques plaintes à présenter contre des thérapeutes et des procédures spécifiques, et ils les exposèrent avec une égale vigueur. Le docteur Q écouta en silence pendant une vingtaine de minutes. A ce moment-là, un certain M. Un remarqua qu'il avait appris à se considérer lui-même et à considérer sa vie avec objectivité, et qu'il avait écrit son autobiographie, afin de pouvoir réfléchir à tout cela plus clairement. Sa conclusion fut que : « Certaines choses avaient du sens et d'autres étaient loufoques. » Les autres membres discutèrent à propos de cela en termes généraux pendant quelques minutes, puis le docteur Q demanda à M. Un :

« Que vouliez-vous dire quand vous avez déclaré que certaines choses avaient du sens et que d'autres étaient loufoques ? »

« Eh bien », répondit M. Un, « certaines choses se tenaient debout et d'autres étaient comme les choses qu'on fait quand on est un gosse. J'avais l'habitude de déconnecter le compteur sur la voiture de mon père quand je la prenais afin qu'il ne s'en rende pas compte. C'étaient des balivernes de gosse. C'était comme ça que mon père me faisait sentir, comme un gosse. Même une fois que j'ai été adulte. »

« J'avais la même sensation », déclara alors un autre membre, M. Deux. « Même lorsque je gagnais ma vie, quand j'entrais dans la maison et que je voyais mon vieux assis là, je me sentais de nouveau dans la peau d'un gosse. »

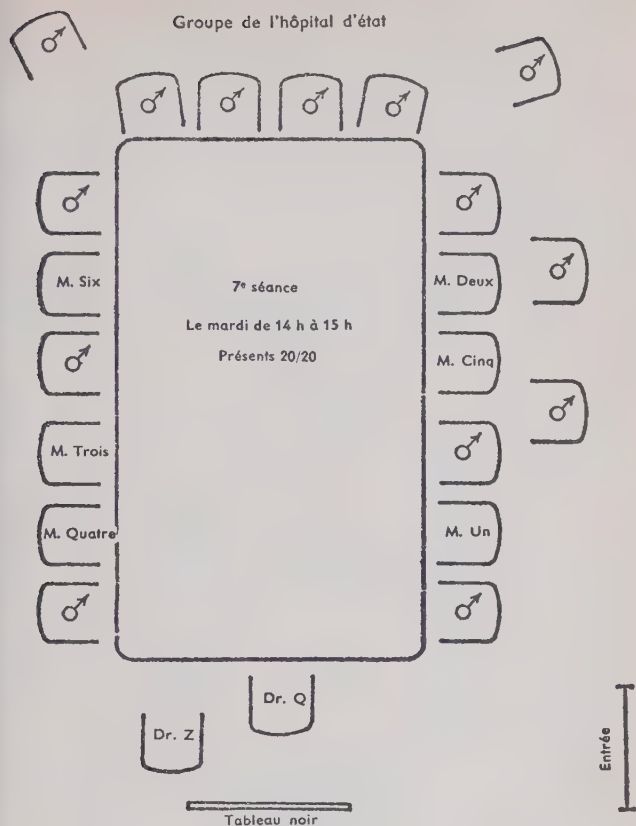


FIGURE 15.

Les hommes commencèrent alors à remplir le temps avec une tournée très animée de « Moi aussi ». Certains décrivaient leurs difficultés à se sentir adultes en présence de leur père, qui d'une manière ou de l'autre leur avait toujours donné l'impression qu'ils étaient des enfants. Chez les plus vieux, cela prenait la forme d'un souvenir, mais chez quelques-uns des jeunes, c'était plus immédiat. Le plus jeune parmi les per-

sonnes présentes, M. Trois, qui avait tout juste vingt-et-un ans, lança la conversation sur une autre voie en déclarant que dans son cas, c'était avec sa mère ; il y eut à ce moment-là quelques nouveaux « Moi aussi ».

Bien qu'en entrant dans la pièce le docteur Q n'ait aucunement eu l'intention de les initier au cadre structural, il sentit que c'était une trop bonne occasion et qu'il ne fallait pas la manquer. Il alla au tableau et il dessina trois cercles séparés, comme dans la Figure 16 a.

« Il me semble que vous êtes en train de parler de trois choses différentes », hasarda-t-il. « Exactement comme ces cercles. L'un est le gosse que vous avez l'impression d'être chez vous, l'autre l'adulte que vous voulez être et que vous êtes au dehors, et le troisième vos parents qui vous font sentir comme des gosses. »

« C'est presque exactement comme ça », reconnut M. Un.

« Vous avez là une bonne idée », déclara M. Deux. « Je me rappelle qu'une fois quand j'étais enfant... » Il se lança dans le récit long et détaillé d'un anecdote de son enfance. Le docteur Q eut l'impression d'après la façon dont il parlait qu'il était en train d'essayer de « déterrer du matériel significatif » et que son jeu d' « Archéologie » était celui auquel le groupe avait l'habitude de se livrer sous la direction du docteur Z, le thérapeute ordinaire. Il l'écouta pendant quelques minutes puis il l'arrêta.

« Comme je ne suis dans ce groupe que pour une séance », expliqua-t-il, « peut-être vaudrait-il mieux que nous nous en tenions au sujet initial, sans entrer dans les détails : que pensez-vous de tout cela ? »

« Ce qu'il y a d'amusant », dit M. Quatre, « c'est que même quand vous menez votre propre vie d'adulte, il vous arrive parfois de vous comporter comme un enfant ».

« C'est surtout pour cela que nous sommes ici », déclara M. Cinq.

« Je voulais dire quelque chose », dit M. Six ; « c'est que même quand je suis loin de chez moi j'agis comme je sais qu'ils le désirent ».

Il y eut quelques confirmations de ces deux observations, puis le docteur Q intervint de nouveau.

« Il me semble que la situation est plutôt comme cela », fit-il remarquer en dessinant le diagramme structural de la Figure 16 b sur le tableau. « On dirait que vous portez ce petit enfant à l'intérieur de vous-même quand vous êtes adultes, et que de temps en temps il sort son nez. »

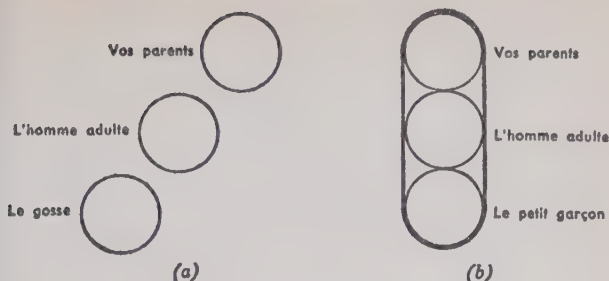


Tableau noir

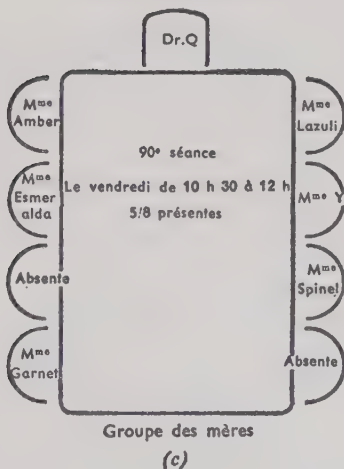


FIGURE 16.

« Vous pouvez même ignorer son existence pendant des années », affirma M. Quatre d'un ton ému. « Et puis un jour paf ! il est là. »

« Et même si vos parents ne sont pas dans le coin », continua le docteur Q, « certains d'entre vous semblent les porter à l'intérieur d'eux, où qu'ils aillent, et cela a quelque chose à voir

avec leur manière d'agir, comme l'un d'entre vous l'a déjà dit. Aussi le grand ovale représente votre personnalité, le cercle du haut pourrait être votre père et votre mère que vous portez avec vous dans votre esprit, le cercle du milieu l'adulte que vous voulez être et que vous êtes, et le cercle du bas le petit garçon qui s'affirme en vous quand vous allez chez vous ou qui surgit n'importe quand et peut vous mettre dans le pétrin. Mais rappelez-vous bien, même s'il vous crée parfois des problèmes, il y a beaucoup de bonnes choses en lui qui pourraient être exploitées, et c'est un enfant agréable à avoir auprès de soi, aussi ne dites pas qu'il est « puéril » et n'essayez pas de vous en débarrasser. Ce qu'il faut, c'est que vous essayiez de le comprendre, exactement comme vous désiriez que vos parents essaient de vous comprendre quand vous étiez effectivement cet enfant. »

« Cela semble juste », déclara M. Six

« Eh bien », dit le docteur Q, « j'imagine que la séance est terminée maintenant. Je pense que j'ai découvert ce que je voulais savoir. Y a-t-il quelque chose que vous désiriez leur dire, docteur Z ? »

Le docteur Z secoua la tête

« Merci à tous d'être venus », dit le docteur Q. « J'espère que j'aurai l'occasion de vous revoir. »

« Merci à *vous*, docteur », répondirent tous les hommes en quittant la pièce un par un.

Le docteur Z et le docteur Q gagnèrent alors la salle du personnel médical où le docteur Q devait donner une conférence sur son approche de la thérapie de groupe. Il commença par demander au docteur Z de raconter aux autres médecins la séance qui venait de se terminer. Le docteur Z fit un récit approximatif de ce qui s'était passé, y compris des plaintes des patients, à la suite de quoi le docteur Q lui demanda :

« Cela ne vous ennuie pas que j'ajoute quelques détails ? »

« Pas du tout », répondit le docteur Z.

Le docteur Q raconta alors de façon plus complète ce qui s'était passé, sous la même forme à peu près que ce qui a été dit ici. Quand il eut fini il demanda au docteur Z :

« Est-ce que c'est un compte rendu assez équitable de ce qui vient de se passer, ou bien pensez-vous que mon récit est en partie un fruit de mon imagination ? »

« Il me semble parfaitement juste », déclara le docteur Z. La première des attaques escomptées vint du docteur A.

« Vous avez dû les mettre inconsciemment sur la piste. »

« A ce propos, nous avons en la personne du docteur Z un observateur qualifié pour répondre à cette question », dit un autre médecin, le docteur B.

Le docteur Z secoua la tête : « Je n'en ai pas eu l'impression. »

« Ils vous ont certainement tendu sur un plateau ce que vous leur demandiez », remarqua le docteur C qui avait lu un article sur l'analyse structurale élémentaire.

« Je ne crois pas que ce soit une question de piste inconsciente », affirma le docteur Q. « D'après mon expérience, si pendant la première heure ou pendant n'importe quelle autre heure vous écoutez attentivement un patient ou un groupe, vous remarquerez presque automatiquement qu'ils font état de deux façons de penser, deux états d'esprit, deux types de comportement, en disant que dans l'un des deux ils sont embarrassés, inquiets à cause de l'autre ou qu'ils le désapprouvent. Cela c'est d'après moi, le trait qui revient le plus constamment dans tous les entretiens psychiatriques avec les patients les plus divers, et c'est l'une des rares choses, sinon la seule, qu'ils aient en commun. Bien plus, les patients eux-mêmes diront presque toujours sous une forme ou sous une autre que l'un de ces systèmes est infantile, en général avec une désapprobation implicite.

» De toute façon ce n'est pas la peine d'ergoter sur les pistes inconscientes que j'ai pu leur donner. Si je l'ai fait cela ne me gêne pas. Le point important c'est que si moi je leur ai donné des pistes inconscientes, les autres thérapeutes le font aussi. Selon mon optique, tous les thérapeutes, consciemment ou inconsciemment, enseignent à leurs patients la façon dont ils veulent les voir jouer la thérapie de groupe. Dans ces conditions le problème est de savoir si une façon de jouer vaut mieux qu'une autre, et je pense que jusqu'à maintenant c'est ma façon de jouer qui donne les meilleurs résultats, et pas seulement avec moi. Une chose que j'ai effectivement faite ç'a été de les pousser un peu sur le bon chemin, quand ils voulaient jouer au jeu qu'ils ont l'habitude de pratiquer avec le docteur Z, en s'étendant sur des incidents de leur enfance. A ce moment-là je leur ai dit explicitement ce qu'ils ne devaient pas faire, mais je leur ai dit très peu de choses sur ce qu'ils *devaient* faire. Ils ont simplement agi comme cela leur était naturel. »

De façon assez étrange, chaque fois que le docteur Q avait un nouveau groupe en face de lui dans cet hôpital, comme ailleurs, des mots comme « puéril », « non mûr », « se donner

en spectacle » et « jouer des jeux » étaient régulièrement prononcés plus d'une fois pendant la séance.

6. CONTRÔLE SOCIAL.

L'exemple suivant illustre l'établissement du contrôle social, en particulier vis-à-vis des « jeux familiaux ». C'est le compte rendu de la quatre-vingt-dixième séance d'un groupe de mères d'enfants à problèmes. Le groupe avait débuté vingt-et-un mois auparavant lorsque l'assistante sociale du service d'accueil de la Section des enfants au Service ouvert de la Clinique psychiatrique d'un grand hôpital métropolitain avait sélectionné huit mères dont elle pensait qu'elles tireraient profit d'une psychothérapie de groupe. Cette assistante avait une orientation psychanalytique et une connaissance presque nulle de l'analyse transactionnelle, qui de toutes façons était encore dans un état embryonnaire à cette époque ; elle n'avait pas non plus l'expérience des thérapies de groupe. Aucun critère de sélection ne lui fut fourni et le thérapeute accepta sans objection et sans entretien préliminaire toutes les patientes qu'elle décida de lui envoyer. Pendant la durée du groupe plusieurs stagiaires en thérapie de groupe, y compris quatre assistantes sociales expérimentées, un psychologue social et un psychiatre en exercice, se succédèrent comme observateurs. Le groupe se réunissait régulièrement autour d'une table et il y avait un tableau noir que l'on n'hésitait pas à employer en cas de besoin.

Le programme thérapeutique prévoyait les phases suivantes : analyse structurale, analyse transactionnelle, analyse des jeux, contrôle social. Lors de la quatre-vingt-dixième séance il y avait quatre patientes qui avaient fait partie du groupe dès ses débuts et une qui y était entrée quinze mois plus tard. En bref :

1. M^{me} Esmeralda, trente ans, avait eu quelques entretiens antérieurs avec une assistante sociale à orientation psychanalytique, mais depuis qu'elle était entrée dans le groupe elle n'avait eu aucun traitement individuel.

2. M^{me} Garnet, quarante ans, avait suivi une thérapie individuelle avec un autre thérapeute pendant toute la période.

3. M^{me} Lazuli, quarante-cinq ans, était dans le même cas.

4. M^{me} Spinel, trente-cinq ans, n'avait eu aucun traitement antérieur.

5. M^{me} Amber, la nouvelle venue, quarante ans, était dans le même cas.

Toutes les cinq vivaient avec leur mari. Leurs enfants souffraient de troubles de comportement variés tels que belligérance, isolement, penchant à détruire, et ils présentaient des symptômes comme insomnie, phobies et, dans le cas Amber, asthme. Pendant toute la durée du traitement aucune des patientes ne fut reçue individuellement par le thérapeute de groupe et aucune ne demanda d'entretien individuel bien que cela ne leur eût pas été interdit.

Comme on pouvait s'y attendre, les premières semaines se passèrent à jouer à l' « Association de parents d'élèves ». Toutefois, dès qu'elles eurent saisi les principes de l'analyse transactionnelle elles comprirent quelle perte de temps les passe-temps entraînaient et elles s'appliquèrent à analyser les transactions qui avaient lieu dans le groupe. Lorsqu'il leur arrivait chez elles quelque chose d'important qu'elles sentaient le besoin d'exposer devant le groupe, elle l'examinaient du point de vue transactionnel et ne passaient que peu de temps à jouer à « Pourquoi est-ce que vous ne... Oui, mais », alors que dans les débuts elles s'y étaient toutes adonnées avec passion ; c'est-à-dire qu'au lieu de faire des suggestions superflues quand quelqu'un exposait un problème personnel, elles préféraient examiner les origines et les motivations structurales des stimuli et des réponses intervenus pendant l'incident.

Le diagramme des places occupées pendant cette séance est dessiné dans la Figure 16 c. Le compte rendu originel en fut dicté par le thérapeute en présence de l'observatrice avec laquelle il en avait discuté tout de suite après la séance. La version qui va être présentée a été condensée et allégée des détails secondaires, de façon à mettre en relief les points que l'on veut démontrer. Selon l'observatrice elle représente de façon assez objective ce qui s'était passé et on ne peut pas y déceler des déformations de la part du thérapeute. Le groupe a maintenant atteint un stade plus avancé, mais comme cette séance particulière montrait l'obtention des buts les plus modestes, le thérapeute se montra à cette occasion plus actif que d'habitude.

Présents, dans le sens des aiguilles d'une montre : Lazuli, M^{me} Y (l'observatrice), Spinel, Garnet, Esmeralda, Amber, docteur Q (le thérapeute).

Esmeralda : Quelque chose me trouble depuis vendredi dernier. J'ai acheté une table et quand je suis rentrée à la mai-

son je n'étais pas contente de moi. Je pensais qu'avec ce que j'avais appris ici, j'aurais dû être capable d'acheter ce que je désirais et non pas ce que le vendeur avait envie de me voir prendre. L'Adulte savait ce qu'il voulait mais l'Enfant ne pouvait tout simplement pas résister au vendeur.

Q : C'est le travail du vendeur. Il est expert à doubler l'Adulte et à faire appel à l'Enfant chez le consommateur. S'il n'était pas doué pour cela il ne garderait pas son emploi très longtemps. S'il est bon il apprend toutes les méthodes pour amener l'Enfant à faire ce qu'il attend de lui.

Lazuli : J'ai honte lorsque je n'achète rien après leur avoir fait perdre leur temps.

Q : Effectivement la faiblesse de votre Enfant est, comme vous le savez déjà, l'une des choses que les autres gens peuvent détourner à leur profit. Vous toutes avez appris beaucoup de choses ici, maintenant vous allez devoir vous servir davantage de vos connaissances à l'extérieur et le shopping est une bonne occasion pour commencer. Personne ici ne devrait se laisser vendre quoi que ce soit ; vous devriez toutes être capables d'acheter ce que vous désirez acheter. A partir de maintenant vous allez devoir maintenir le contrôle aux mains de l'Adulte et vous rendre compte que le vendeur est un professionnel expérimenté qui essaie d'atteindre votre Enfant. Mais vous allez aussi devoir connaître vos propres limites. Si vous savez que votre Adulte ne peut tenir que dix minutes en face d'un vendeur, et si au bout de dix minutes vous ne vous êtes pas décidées, vous devriez sortir tout de suite de la boutique plutôt que de courir le risque de laisser votre Enfant prendre le dessus. Vous pouvez toujours revenir plus tard. Si vous agissez ainsi, vous pouvez à la fin rentrer dans les frais que vous occasionne le traitement, ce qui est un excellent moyen pour voir s'il fonctionne pour de bon. Mais le point principal c'est que vous devez vous servir davantage de vos connaissances ; il ne suffit pas de parler de ce que vous savez et je pense que maintenant vous êtes toutes en mesure de passer à l'action.

Esmeralda (qui était au départ une femme timide et confuse qui prenait rarement la parole dans le groupe) : Ma fille Bea est déprimée et je pense que je sais pourquoi, parce que la semaine dernière elle m'a dit : « Maman, Brenda et moi nous avons remarqué que papa et toi vous ne vous disputez plus et nous pensons qu'il y a quelque chose qui ne va pas. » Je pense que depuis que j'ai changé mon jeu, mon mari et moi nous ne jouons plus à la « Scène ». Les enfants s'attendent à

ce que nous le fassions et sont déçues quand cela n'arrive pas. Il faut que je l'aide à trouver une solution.

Q : Vous voulez dire que son scénario prévoit deux parents qui se bagarrent ?

Esmeralda : Oui, ce n'était pas un scénario très constructif, mais pour elle il était commode et il ne présentait pas de surprises et maintenant qu'il est en morceaux elle ne sait plus que faire.

Q : Nous avons remarqué la même chose ici : quand le scénario de quelqu'un se brise la personne se sent confuse et déprimée et peut-être même un peu en colère.

Esmeralda : Oui, je pense que c'est ça et je crois que je peux l'aider d'une manière ou de l'autre à retrouver un scénario plus constructif.

Lazuli : Vous savez, j'ai remarqué que je dois me disputer avec mon fils, puis me plaindre à mon mari ou encore me disputer avec mon mari et me plaindre à mon fils. Voilà ce que je dois faire quand tout s'est bien passé pendant quelque temps.

Q : Peut-être que nous découvrirons un jour ou l'autre pourquoi votre Enfant doit créer des histoires quand tout se passe bien. Au demeurant vous décrivez là un scénario permutable dans lequel il y a trois rôles : le « chat », celui avec lequel elle se dispute et celui auquel elle se plaint. Celui avec lequel elle se dispute et celui auquel elle se plaint sont interchangeables. Je pense que le troisième rôle ne doit pas être fixe lui non plus. Peut-être que M^{me} Lazuli joue parfois l'un des deux autres rôles au lieu du « chat ». Peut-être joue-t-elle celui auquel on se plaint ou celui dont on se plaint. En d'autres termes, peut-être s'agit-il d'un scénario pour la famille tout entière où chacun peut jouer n'importe lequel des rôles et c'est ce qui forme une partie importante de la vie familiale. Je pense que M^{me} Lazuli devrait faire attention pour voir si c'est ce qui se passe.

Amber : J'ai quelque chose à vous dire aujourd'hui. Moi aussi j'aime me disputer. C'est pour cela que je le fais avec ma fille.

Q (riant) : Je suis heureux que vous admettiez enfin que vous aimez vous disputer.

Amber : Je dois me disputer avec quelqu'un pour ne pas m'ennuyer.

Q : Un peu comme M^{me} Lazuli ?

Jusqu'à ce jour l'activité de M^{me} Amber dans le groupe s'était limitée à se bagarrer et à se défendre ensuite contre le

groupe qui l'accusait d'être querelleuse. Elle avait soutenu avec une véhémence particulière que l'asthme de sa fille était exclusivement d'origine allergique. A ce point, grâce à un maniement plein de tact et à des questions prudentes, on arriva à lui faire dire comment se passaient ses « combats » avec sa fille et on expliqua à elle et au groupe que ces combats constituaient le scénario de sa fille, scénario dont on donna l'analyse suivante :

Pour commencer l'enfant devient excessivement remuante. Cela ennuie sa mère, qui la rabroue. Quand celle-ci est suffisamment contrariée, l'enfant a une crise d'asthme. Cela rend la mère encore plus furieuse, après quoi elle s'en prend à elle-même, est pleine de remords, et fait des excuses à sa fille. C'est la fin du scénario, et ensuite la crise suit son cours normal vers la guérison.

Q : Il y a là plusieurs points où M^{me} Amber pourrait essayer de voir si c'est réellement un scénario. Si elle ne se conforme pas au scénario de sa fille et si c'en est vraiment un, celle-ci deviendra plus anxieuse, et c'est le meilleur moyen de savoir de quoi il s'agit. Par exemple, qu'arriverait-il à la fille de M^{me} Amber si celle-ci ne se mettait pas en colère contre sa turbulence et si elle essayait d'en venir à bout d'une autre façon ?

Amber : En d'autres termes je devrais fermer les yeux.

Esmeralda : Ce n'est pas ce qu'il veut dire. Ce qu'il veut, c'est que vous ne fassiez pas ce que son scénario exige.

Q : Exactement. Vous pouvez fermer les yeux, ou vous en accommoder, ou l'encourager, selon que cela vous arrange le mieux, tant que ce n'est pas ce qu'elle attend. Vous pouvez aussi essayer de ne pas vous mettre en colère quand elle a sa crise d'asthme ou encore essayer de ne pas éprouver de regrets quand vous vous mettez en colère, ou au moins de ne pas les lui laisser voir. Si c'est un scénario et si vous le brisez elle deviendra déprimée parce qu'elle ne pourra plus continuer, ou encore elle s'y mettra avec plus d'entêtement en devenant encore plus turbulente ou en ayant une crise d'asthme encore plus grave ; ou enfin, dans l'hypothèse la plus favorable, elle peut tout simplement s'arrêter là et réfléchir à tout cela, et dans ce cas vous aurez vraiment fait un pas.

Esmeralda : Mais cela ne sert à rien de le faire une seule fois, vous devez le faire à plusieurs reprises, chaque fois sous une forme différente, jusqu'à ce qu'elle comprenne bien que vous n'allez plus la suivre dans son jeu.

Spinel : Moi je n'entre plus dans le jeu de mon fils et cela

marche. L'autre jour il est entré dans la pièce et il m'a dit : « Je vais jouer à Dalton, le hors-la-loi », il a sorti ses pistolets et il s'est couvert la figure d'un mouchoir. Au lieu de faire une scène comme j'en avais l'habitude, j'ai passé outre et finalement il a jeté son mouchoir et il est sorti.

Q : C'est un excellent exemple de la façon dont marche un jeu. L'Adulte du fils de M^{me} Spinel dit : « Je vais jouer à Dalton », mais en fait son Enfant désire jouer à la « Scène ». Quand elle ne joue pas à la « Scène » avec lui, il abandonne aussi l'autre jeu.

(C'était là du point de vue transactionnel une M^{me} Spinel très différente de celle qui pendant une année entière avait demandé désespérément qu'on lui dise comment venir à bout de son fils « délinquant »).

Q : M^{me} Garnet, vous n'avez pas beaucoup parlé aujourd'hui.

Garnet : Mon mari est un véritable enfant et jusqu'à maintenant je me suis prêtée à son jeu.

Q : Peut-être même plus que cela. Peut-être que parfois vous en arrivez à le pousser à jouer. Vous devez le faire, si tel est bien le jeu entre vous deux. Si tous les deux vous jouez au « Papa et à la Maman », vous devez en avoir besoin autant que lui.

Garnet : Je lui ai toujours ouvert ses œufs à la coque, mais un jour j'ai décidé de refuser de jouer à la mère avec lui et depuis je ne les lui ai plus ouverts ; aussi il a été très agacé et cela m'a mise en colère. C'est là que je me suis rendu compte pour la première fois que cela m'exaspérait de me plier à son jeu. Maintenant je refuse de plus en plus de jouer à la mère et il devient de plus en plus furieux et chaque fois je suis de plus en plus excédée.

Spinel : Vous semblez vous aussi avoir découvert quelque chose.

Q : Mais il vaudrait mieux approfondir la question. Si son scénario est rompu cela aura un effet déprimant et il pourra vouloir vous quitter, à moins qu'il n'ait une solution de rechange. Peut-être ne devriez-vous pas le pousser à bout.

Garnet : En fait il a une solution de rechange parce qu'il venait se faire soigner à la clinique et qu'il sait qu'il peut toujours y revenir.

Q : Par conséquent il a une autre issue que de vous quitter, et vous ne courez pas trop de risques si vous refusez de jouer le jeu. Vous savez, cette séance est particulièrement intéressante pour moi et c'est pour cela que je parle plus que d'ha-

bitude. Maintenant vous avez toutes appris parfaitement ce que je m'étais proposé de vous montrer. Vous savez quelque chose sur le Parent, l'Adulte et l'Enfant dans chacune de vous, vous pouvez les distinguer et vous vous rendez compte de certains des jeux que vous jouez chez vous : ceux que vous avez vus se dérouler ici dans le groupe. Et comme M^{me} Esmeralda nous l'a montré aujourd'hui, votre famille tout entière participe aux jeux, et si une personne se retire toutes les autres doivent s'arrêter aussi, y compris les enfants. Aussi maintenant nous pouvons parler de vos enfants avec profit parce que nous savons de quoi nous parlons, quels sont les problèmes réels et comment nous pouvons les aborder pour y comprendre quelque chose. Comme vous le voyez, ce n'est pas du tout comme ça que vous les présentiez au début. Rappelez-vous quand j'étais absent il y a quelques mois et que vous vous êtes réunies sans moi : cette fois là vous avez recommencé à jouer à « l'Association de parents d'élèves » pour passer l'heure et vous vous êtes rendu compte vous-mêmes que c'était une perte de temps.

Spinel : Vous savez, maintenant je pense que mon mari aimerait bien venir à la clinique lui aussi. Est-ce que cela serait possible ?

Q : Vous voulez dire transformer ce groupe en un groupe conjugal avec les maris et les femmes qui y participeraient ensemble ?

Lazuli : Mon mari pourrait venir aussi si c'était possible.

Q : Bon, si vos maris se mettent en contact avec M^{lle} X (l'assistante sociale du service d'accueil), nous verrons.

Lazuli : Mon mari ne voudrait pas et c'est moi qui devrais le faire pour lui.

Q : Oh, eh bien si quelqu'un veut prendre une initiative dans ce sens, c'est à M^{lle} X (l'assistante sociale) qu'il faut s'adresser.

Discussion après la séance :

Présents : M^{me} Y, observatrice ; Q, thérapeute.

Y : Vous avez effectivement parlé plus que d'habitude.

Q : J'étais vraiment très excité par cette séance. C'est l'aboutissement de vingt-et-un mois de travail. Et je pense qu'une bonne part du mérite en revient à la thérapie de groupe ; bien que deux d'entre elles soient en thérapie individuelle, l'orientation en est tout à fait différente.

Y : Il semble en effet qu'elles aient acquis des connaissances assez précises et assez techniques et qu'elles les mettent dans une certaine mesure en pratique. Toutefois, ce qui me frappe

le plus c'est leur enthousiasme une fois qu'elles ont quitté la pièce. Je les ai entendues en parler dans la cafétéria et quelques-unes en ont fait état à M^{lle} X (l'assistante sociale du service d'accueil). Ce qui m'étonne, c'est de voir comment M^{me} Amber s'en est sortie. Je sais que vous vous demandiez si elle tiendrait jusqu'au bout. Quant à M^{me} Lazuli, s'il y a quelque chose à laquelle elle tient, c'est à son rapport avec son mari.

Q : Oui, ça va être un drôle de problème. Jusqu'à maintenant tout s'est passé sans le moindre effort, mais quand nous allons aborder son attitude protectrice envers lui, j'ai bien peur qu'elle ne soit secouée. Elle joue deux types de « Papa et maman » : l'un où je suis son père et l'autre où son mari est un petit garçon.

Y : Je me suis demandé si le changement dans leur comportement a vraiment eu une influence sur leurs enfants — mais il y a là tant de variables que l'on ne va pas se mettre à discuter là-dessus.

Q : Que quelqu'un d'autre le fasse s'il le désire. Le fait que plusieurs des femmes aient dit qu'il en était ainsi devrait nous suffire au point où nous en sommes.

7. PROGRÈS ULTÉRIEURS.

Du compte rendu de cette réunion il ressort que ces femmes (à l'exception peut-être de M^{me} Amber, la dernière venue) savent assez bien ce qu'elles sont en train de faire dans maintes situations et ce qu'elles essaient d'obtenir par la thérapie de groupe. Dans certains cas on enregistre des signes de contrôle social dans la dynamique quotidienne et familiale. En outre, du point de vue clinique, il y a une diminution d'aversion phobique, une plus grande participation au monde et une moindre incidence des symptômes grâce au contrôle exercé lors des échanges sociaux (qu'elles ne fuient plus). Les *patterns* de comportement sont davantage volontaires. Auparavant on assistait à une marche inexorable, ignorée et stéréotypée vers un dénouement stérile ou indésirable, avec un entassement des symptômes cliniques lié à l'*acting out* réciproque du patient et de ses proches (jeux). Cela peut être maintenant interrompu soit au premier coup du jeu, soit à n'importe quel moment critique de son déroulement ultérieur, comme on l'a suggéré à M^{me} Amber à l'égard de sa fille, par une intervention consciente et par une connaissance préalable du résultat. L'Adulte est considéré

comme un muscle qui se renforce en travaillant. Cette attitude est justifiée par le progrès des patientes. Au fur et à mesure que le traitement avance l'Adulte devient de plus en plus habile à contrôler l'Enfant et à intervenir non seulement au niveau des relations extérieures mais aussi dans les conflits qui opposent l'Enfant intérieur au Parent intérieur. Les effets thérapeutiques sur l'Enfant ainsi que sur l'Adulte des expériences sociales améliorées ne doivent pas être sous-estimés. Concurrément, on assiste à une amélioration sociale et symptomatique chez les proches des patientes, y compris chez leurs enfants qui étaient leur souci principal lorsqu'elles sont entrées dans le groupe.

Même si ces améliorations, dans les circonstances données, ne sont pas considérées comme frappantes en soi, elles ont un grand intérêt pour le thérapeute parce qu'elles signifient qu'il a atteint de façon prévisible, précise, intelligible et contrôlée les buts qu'il s'était fixés au départ, et en particulier parce que les patientes ont pu lors de chaque étape avoir elles aussi une vision précise et une intelligence de la situation, et contrôler celle-ci aussi bien que lui.

Lors de la quatre-vingt-onzième séance les patientes commencèrent d'elles-mêmes sans aucune suggestion de la part du thérapeute à porter leur intérêt davantage sur l'étude des bénéfices internes que sur celle des bénéfices externes (primaires, secondaires, sociaux et biologiques).

Garnet : J'ai remarqué l'autre jour que j'étais heureuse et que je chantais pendant que je lavais la baignoire, et tout d'un coup une pensée m'a traversé l'esprit : « Et si mon fils était tué ? » Je me suis arrêtée et je me suis demandé pourquoi j'avais pensé à cela et alors j'ai compris que je ne pouvais tout simplement pas supporter d'être heureuse et qu'il fallait que je gâche tout. Puis j'ai regardé en arrière et je me suis aperçu que j'avais fait la même chose bien de fois et que c'était là mon vrai problème. Je ne l'avais jamais compris auparavant.

Lazuli : Je fais cela moi aussi.

Les autres membres se joignirent alors à la discussion et l'attention du groupe tout entier se tourna avec un vif intérêt de leurs anciennes projections et préoccupations à un examen de la psychodynamique propre à chacune. Les jeux et les scénarios, tels que ceux exposés par M^{me} Lazuli et par M^{me} Amber, furent maintenant envisagés d'un autre point de vue. Au lieu d'être considérés comme des opérations sociales destinées à

procurer le maximum de bénéfices externes, ils purent être étudiés comme des tentatives pour venir à bout des conflits internes avec des bénéfices internes et leur fonction de gratification sexuelle voilée, de réconfort et de défense vint au premier plan.

(Les mécanismes que l'on appelle couramment « défenses » ou « mesures de sécurité » sont tout aussi importants sinon plus : ils ont pour fonction de fournir et de provoquer des satisfactions pulsionnelles. Sans quoi les gens se parleraient à peine les uns aux autres étant donné que dans la plupart des cas la meilleure « défense » est de rester silencieux). Les connaissances et l'expérience que ces femmes avaient acquises dans le groupe pendant les premières quatre-vingt-dix séances avaient non seulement rempli leur propre but thérapeutique, elles les avaient aussi préparées pour cette nouvelle entreprise.

Bien qu'un thérapeute de groupe à formation « psychanalytique » ait pu avoir à ce moment-là une démangeaison (et puisse encore l'avoir à lire ce compte rendu) de continuer selon une voie conventionnelle, ce n'est pas là, d'après l'expérience de l'auteur, l'approche la plus féconde à ce stade. Par conséquent la thérapie consista par la suite en une analyse transactionnelle avancée, s'attachant particulièrement aux points suivants :

1. L'émergence dans chaque cas d'un nombre accru de jeux qui en apparence diffèrent tous les uns des autres, mais dont à la longue on découvre qu'ils ont une armature semblable, spécifique à chaque patient.

2. Le fait qu'un jeu, dont une patiente reconnaît au début qu'elle s'y adonne de temps en temps, se révèle bien vite comme quelque chose qu'elle joue presque continuellement avec les mêmes gens chaque jour et à longueur de journée.

3. L'appartenance d'un tel jeu à un véritable scénario de longue haleine, sous ses trois aspects de protocole, de scénario proprement dit et d'adaptation.

4. L'analyse structurale de second degré (voir chapitre xvi).

Par exemple, il fallut longtemps pour reconnaître le jeu subtil que M^{me} Amber jouait dans le groupe, mais lorsqu'on l'eut compris, il devint très vite évident qu'elle y revenait presque sans interruption pendant l'heure, et les autres mères n'eurent aucune difficulté à imaginer l'effet qu'il pouvait avoir sur une adolescente de douze ans comme la fille de M^{me} Amber. Ce jeu

c'était : « Coincé », que l'on peut résumer ainsi : « Bon, maintenant j'ai répondu à ta question et tu vois que tu es sans réplique, tu ne peux absolument rien dire. » Elle le jouait sous tant de formes différentes que l'élément commun, c'est-à-dire le fait de laisser son interlocuteur sans réplique, ne fut pas remarqué pendant longtemps. Il était lié à un protocole œdipien : elle et son père s'opposant à sa mère ou elle s'opposant à ses deux parents pour prendre le dessus sur sa sœur. Il fut très vite possible d'y retrouver, en termes structuraux, la patte de son « Professeur », la composante Adulte (de second degré) pleine de ruse de son Enfant. Dans ce cas il s'agissait d'un professeur jésuite et talmudique, d'un docteur ès sophismes et casuistique.

8. ABANDON.

L'abandon par un individu d'un groupe thérapeutique (ou de tout autre groupe) dépend de la façon dont s'y déroulent ses jeux. Sept personnes se retirèrent du Groupe des mères parce que, pour différentes raisons, leurs jeux ne se développaient pas de façon satisfaisante et qu'elles ne pouvaient pas tolérer l'angoisse qui en résultait. On peut illustrer ce phénomène à l'aide de deux exemples simples.

M^{me} Hay, en habituée des hôpitaux, désirait jouer avec le psychiatre à la « Psychiatrie » en prenant le reste du groupe comme sujets. Le thérapeute, qui à cette époque lointaine ne savait pas exactement ce qu'il faisait, refusa, sur quoi la patiente déclara qu'elle ne pouvait pas se permettre plus longtemps une baby-sitter et annonça qu'elle se retirait. On n'entendit plus jamais parler d'elle.

M^{me} Vahv était une femme intolérante qui essaya de jouer à « C'est affreux ». Du point de vue psychologique c'était une lyncheuse et un bourreau d'enfants Parental. Elle se retira d'un air pincé quand le groupe refusa de jouer avec elle.

NOTES.

J'ai déjà exprimé ma gratitude envers le personnel médical de l'Hôpital Psychiatrique d'Atascadero qui m'a invité à participer à son programme thérapeutique général. Pendant la quatre-vingt-dixième séance du Groupe des mères, l'observatrice était M^{lle} Elsa Zisovich qui faisait alors partie de la Clinique d'orientation des adultes de San Francisco. Pendant la phase ultérieure l'observatrice était M^{lle} Barbara Rosenfeld, du Service Social municipal de Contra Costa.

Les aspects matériels d'une thérapie de groupe sont étrangers au sujet qui nous intéresse ici, mais on peut les mentionner brièvement. Pendant les deux dernières années, les séances du Groupe des mères se sont déroulées sans table, les participants étant assis en cercle et les transactions étaient si possible encore plus directes qu'avec la disposition d'autrefois. La taille la meilleure d'un groupe psychothérapique a été fixée empiriquement à dix participants en 1928 par Trigant Burrow², le premier à avoir appliqué une thérapie dynamique de groupe. Actuellement la plupart des thérapeutes semblent trouver que huit convient mieux, et certains préféreraient même réduire ce nombre à six. Pour un groupe de huit personnes une séance d'une heure est un peu courte, et une séance de deux heures est plus longue qu'il n'est nécessaire. J'ai exposé ailleurs ces questions de façon plus détaillée³.

Dix-sept femmes ont participé au Groupe des mères, qui en est maintenant à sa quatrième année de vie, et sept d'entre elles se sont retirées sans avoir obtenu aucun *insight*, ce qui est légèrement inférieur à la proportion attendue⁴.

Bach, l'un de ceux qui ont parlé avec le plus de finesse et qui ont donné les plus grandes contributions à la thérapie de groupe, a observé de son côté dans les groupes, il y a quelques années, quelques-uns des principes se rapportant aux jeux. En particulier il met l'accent sur l'apport de gratification plutôt que sur la fonction, défensive de ce qu'il appelle « opérations de mise au point ». Ce qu'il nomme « opérations de contact » est en rapport étroit avec ce qu'on appelle ici « engagements »⁵.

RÉFÉRENCES.

1. Berne, E. « Psychoanalytic' versus 'Dynamic' Group Therapy ». *Internat. J. Group Psychother.* X : 98-103, 1960.
2. Burrow, T. « The Basis of Group-Analysis ». *Brit. J. Med. Psychol. & Psychiat.* VIII : 198-206, 1928.
3. Berne, E. « Principles of Group Psychotherapy ». *Indian J. Neurol. & Psychiat.* 4 : 119-137, 1953.
4. *Idem.* « Group Attendance : Clinical and Theoretical Considerations ». *Internat. J. Group Psychother.* V : 392-403, 1955.
5. Bach, G. R. *Intensive Group Psychotherapy*. Ronald Press Company, New York, 1954.

QUATRIÈME PARTIE

**LES FRONTIÈRES DE L'ANALYSE
TRANSACTIONNELLE**

CHAPITRE XVI

STRUCTURE DÉTAILLÉE DE LA PERSONNALITÉ

Il est fort possible que la définition de la structure de la personnalité donnée jusqu'ici suffise à un thérapeute pendant toute sa carrière, de même qu'elle s'est montrée fort utile à l'auteur pendant la première phase de la formulation clinique de ces idées. Toutefois, lorsqu'un observateur faisant preuve d'une curiosité supérieure à la normale aura une parfaite maîtrise des applications cliniques de l'analyse structurale élémentaire, il commencera à se heurter à des complications qui indiquent qu'une élaboration ultérieure est désirable.

M. Deuter^A, patient de vingt-trois ans, raconta le rêve suivant : « J'ai rêvé que j'étais un petit garçon^E en train de sucer mon pouce, bien que j'aie su que j'étais beaucoup trop grand pour cela et que j'aie été inquiet de ce que ma mère dirait si elle me voyait. Vous savez, j'ai toujours eu un sentiment de culpabilité^P à l'idée de la décevoir. »

Il est évident que c'est l'Adulte^A qui raconte le rêve, l'Enfant^E qui en est le protagoniste, et le Parent^P désapprobateur qui fait sentir le patient coupable à l'idée de décevoir sa mère. Le rêve lui-même pose un problème structural qui peut être résolu en observant les enfants dans la vie courante.

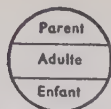
Un petit garçon commença à sucer son pouce à quatre ans, après la naissance d'une petite sœur. Sa mère déclara qu'Aaron avait sucé son pouce jusqu'à l'âge de deux ans, puis qu'il s'était arrêté jusqu'à ce que le bébé fasse son apparition sur la scène. Aaron lui-même sentait qu'il était dans son tort, et il pensait qu'il était trop grand pour cela, mais chaque fois que les choses allaient mal c'était ce qu'il faisait. Sa sœur avait maintenant trois ans et quand tout allait bien les deux enfants jouaient ensemble amicalement. Aaron lui apprenait à faire des cons-

tructions avec des cubes et à jouer. Si elle devenait trop remuante, sale ou sans soin, il lui disait : « Tu ne dois pas faire ça. Tu dois remettre les choses où tu les a prises », etc... La mère avait l'habitude de raconter tout cela à ses visiteurs et quand ils allaient voir les enfants dans la salle de jeux ils trouvaient généralement Aaron dans l'un ou l'autre de ces trois états : en train de bouder, de jouer avec sa sœur ou en train de la reprendre *in loco parentis*.

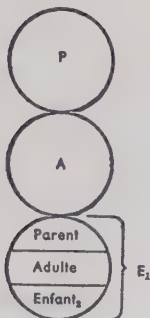
Il n'était pas difficile de diagnostiquer ces trois états d'Aaron respectivement comme son Enfant, son Adulte et son Parent. En fait la petite fille elle aussi, peut-être par imitation de son frère, présentait une trichotomie semblable où le bavardage était l'embryon de l'état du moi Parental. En observant des enfants on peut remarquer dès leur plus jeune âge la différence entre le fonctionnement néopsychique et le fonctionnement archéopsychique, lorsque le sein ou le biberon commencent à être considérés comme des objets séparés doués d'une réalité extérieure bien à eux. Plus tard le parentalisme commence à apparaître en imitation des parents véritables ou en liaison avec eux.

Aaron montrait les qualités infantiles propres à son âge : une attitude protectrice amusante vis-à-vis de sa petite sœur ; de la finesse dans ses rapports avec les gens et les choses, jointe à des réactions variées qui constituaient ses façons courantes de répondre au plaisir ou à la frustration ; et en outre un phénomène régressif : la reprise d'un mode de réaction archaïque et abandonné auparavant, le sucement de pouce. Ces classes de comportement permettent de tracer un diagramme structural de cet enfant (Figure 17 a) : l'état du moi parental dont il faisait preuve quand il se comportait *in loco parentis* ; un état du moi adulte à travers lequel il maniait les cubes, les jeux et les gens, et qui comprenait aussi les réactions affectives caractéristiques de son âge ; enfin un état du moi infantile dans lequel il retournait à des formes de comportement abandonnées auparavant. C'était le Parent qui le faisait se sentir mal à l'aise quand il suçait son pouce et l'Adulte qui en examinant ce comportement comprenait que d'une manière ou de l'autre il était déplacé. En bref la structure de sa personnalité était semblable à celle d'une personne adulte. Aaron ressemblait sous bien des égards à l'image que M. Deuter se faisait de lui-même dans certains de ses rêves.

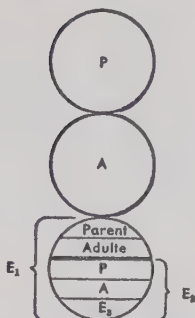
Voilà ce qui était arrivé à M. Deuter. Alors qu'il était dans la situation et dans l'état d'esprit représenté par son rêve, vers



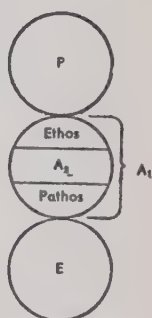
(a) Un petit garçon



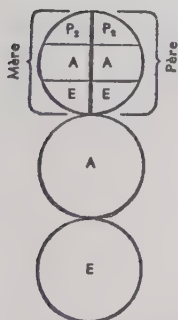
(b) Structure de second degré de l'enfant



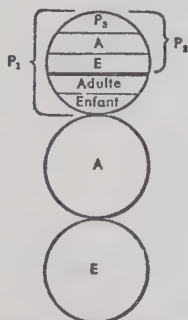
(c) Structure de troisième degré de l'enfant



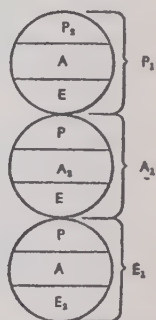
(d) Structure de second degré de l'adulte



(e) Structure de second degré du parent (verticale et horizontale)



(f) Structure de troisième degré du parent (horizontale)



(g) Analyse structurale complète de second degré

FIGURE 17.

l'âge de six ans, sa grande sœur était entrée en courant dans la pièce pour lui dire que sa mère avait été blessée dans un accident. Cette structure psychologique tout entière avait été fixée traumatiquement. Aussi quand plus tard son Enfant se manifestait, en général dans des situations où il avait été pris en train de tricher d'une façon ou d'une autre, c'était cette structure psychologique tout entière qui était revécue. Pour représenter cela dans un diagramme structural, il faut inclure à l'intérieur de l'Enfant non seulement le besoin de sucer son pouce, mais aussi le sentiment de culpabilité et l'évaluation objective. C'était cet Enfant qui apparaissait dans le rêve. L'état d'esprit dans lequel il raconta le rêve constitue l'Adulte et le Parent est représenté par ses sentiments de culpabilité habituels à propos de toutes les déceptions qu'il avait infligées à sa mère. Dans la Figure 17 *b* par conséquent, l'Enfant reproduit la Figure 17 *a*, c'est-à-dire la structure complète de la personnalité d'un suceur de pouce régressif alors que l'Adulte et le Parent courant de M. Deuter peuvent être représentés de la façon habituelle.

L'importance de tout cela réside dans le fait que, lors d'une analyse détaillée, on découvre que l'« Enfant » consiste en un Parent archaïque, un Adulte archaïque et un Enfant encore plus archaïque. Au moment où l'« Enfant » a été fixé traumatiquement, il formait déjà une personnalité complète qui comprenait ces trois éléments. Du point de vue clinique il suffit dans la plupart des cas de traiter l'Enfant comme s'il était une entité non différenciée, mais dans des situations spéciales il peut être opportun d'analyser cet aspect plus en détail. C'est cette structure interne qui distingue de façon décisive l'Enfant phénoménologique du ça psychanalytique conceptuel et non structuré. On peut dire que la Figure 17 *b* est une analyse structurale de *second degré*.

Dans de rares cas il est même possible de faire une analyse structurale de troisième degré. L'enfant qui à l'âge de deux ou trois ans suce son pouce peut déjà avoir un Parent primitif (l'embryon d'un état du moi parental) et un Adulte, et parfois il peut aussi retourner à un état du moi qui représente, disons, un traumatisme de sevrage plus ancien. Ainsi nous pouvons avoir (Figure 17 *c*) un Enfant² (traumatisme de sevrage) présent dans un Enfant¹ (sucement de pouce régressif) qui est lui-même l'aspect archaïque de l'Enfant³ (l'enfant de six ans). C'est la situation bien connue qui est illustrée de façon intuitive par la jeune fille sur la boîte de levure qui tient à la main

une boîte de levure, *ad infinitum*. La Figure 17 *c* constitue une analyse de *troisième degré* d'une telle série de développement.

Si l'on passe maintenant à l'Adulte il apparaît que dans bien des cas certaines qualités infantiles sont intégrées à l'état du moi Adulte sous une forme qui n'est pas celle du processus de contamination. Le mécanisme de cette « intégration » n'a pas encore été élucidé mais on peut remarquer que certains, quand ils fonctionnent en leur qualité d'Adulte, ont un charme et une ouverture de caractère qui rappellent ceux des enfants. A côté de cela on trouve certains sentiments de responsabilité envers le reste de l'humanité qui peuvent être classés sous le terme classique de « pathos ». D'autre part, il existe certaines qualités morales que l'on attribue universellement aux gens qui assument des responsabilités adultes, des propriétés comme le courage, la sincérité, la loyauté et l'honnêteté qui ne rassasient pas seulement de simples préjugés locaux, mais aussi un éthos mondial. Dans ce sens, on peut dire que l'Adulte renferme des aspects infantiles et des aspects éthiques, mais cela demeure l'aire la plus obscure de l'analyse structurale, si bien qu'il n'a pas été possible jusqu'à présent de l'éclaircir sur le plan clinique. Toutefois, dans un but académique, et de manière à expliquer certains phénomènes cliniques, il serait défendable de diviser l'Adulte en trois aires. Au point de vue transactionnel cela signifie que toute personne fonctionnant en Adulte devrait dans l'idéal faire preuve de trois types de tendances : un attrait et une vivacité personnelle, une élaboration des données objective et une responsabilité éthique, représentant respectivement les éléments archéopsychiques, néopsychiques et extéropsychiques « intégrés » dans l'état du moi néopsychique, peut-être sous la forme d'« influences » comme celles décrites dans le chapitre xx. Cette formulation hypothétique est représentée dans la Figure 17 *d*. Dans son état adulte une personne « intégrée » *est* charmante, etc... et courageuse, etc..., quelles que soient les qualités qu'elle possède ou qu'elle ne possède pas dans ses états du moi infantile et parental. La personne « non intégrée » peut *redevenir* charmante et elle peut sentir qu'elle *devrait* être courageuse.

Le cas de M. Troy illustre la structure détaillée du Parent. Son père, comme tous les autres êtres humains, faisait preuve de trois types de comportement : extéropsychique, néopsychique et archéopsychique, et M. Troy dans son état du moi parental habituel les reproduisait. Comme son père il avait des préjugés violents et irrationnels, surtout à l'égard des enfants ; en même

temps il faisait preuve d'une sagacité superficielle vis-à-vis des « femmes », qui elle aussi reproduisait le comportement de son père (elle était bien différente par exemple de sa soumission anxieuse et enfantine en présence de « dames ») ; et avec certains types de femmes il se complaisait dans une sorte d'enjouement sadique assez semblable à celui qui avait amené sa mère à divorcer de son père. De même, dans le groupe, Magnolia répétait le « traditionnalisme » fanatique de sa mère, les « connaissances supérieures » de celle-ci en grammaire et en diction, et sa pétulance. Les autres membres faisaient preuve d'une forte irritation devant ces manifestations. Elles se rendaient très nettement compte que ce n'était pas Magnolia mais sa mère qui était assise à côté d'elles et qui, comme elles disaient, mettait un « frein » à l'entretien. Elles ne voulaient pas de « parent » dans le groupe. Quand la « véritable Magnolia », c'est-à-dire son Adulte et son Enfant, réapparaissait au cours du traitement, elle était complètement différente et elle était bien accueillie.

Ces détails sont représentés dans la Figure 17 e, où l'on a figuré, pour l'amour de l'intégralité, à la fois la segmentation « horizontale » du Parent en Enfant, Adulte et Parent², et la séparation « verticale » des influences paternelles et maternelles. Parent², le « Parent dans le Parent », signifie bien sûr l'influence des grands-parents, les gardiens des attitudes familiales « traditionnelles », qui peuvent se porter sur n'importe quoi, depuis les lavements intestinaux ou la virtuosité dans le vice jusqu'à l'orgueil social, militaire, commercial ou stoïque. Une analyse de troisième degré, comme celle faite dans la Figure 17 f, subdiviserait le Parent² en Enfant, Adulte et Parent³, ce dernier représentant les arrière-grands-parents.

Avec de bons renseignements généalogiques on pourrait même pousser plus loin la structure détaillée du Parent. En théorie, selon le principe de la boîte à levure, on pourrait remonter jusqu'au premier ancêtre de l'homme.

Une analyse structurale complète de second degré est représentée par la Figure 17 g. Si un tel diagramme est construit pas à pas sur la base du matériel clinique au cours d'une thérapie prolongée, le patient a théoriquement en main tout ce dont il a besoin pour le dominer et pour comprendre la signification personnelle de chaque région. Une telle analyse structurale avancée peut être désirable lorsqu'on a affaire à des problèmes caractériels. Le segment infantile du Parent et la partie adulte de l'Enfant présentent un intérêt particulier.

Un second exemple montrera comment une structure de second degré peut apparaître au cours de la situation clinique. Une jeune femme de vingt-cinq ans, M^{lle} Zoyon, décrivit un jour une période pénible de sa vie vers sa dixième année. Elle venait d'une famille très pieuse et à cet âge elle commença à se demander d'une façon obsessionnelle si Jésus avait un pénis. Lorsque ces pensées la prenaient, elle se disait à elle-même : « Tu ne dois pas penser à des choses pareilles, c'est un péché. » Elle cherchait alors de tous côtés comment « occuper son esprit », en construisant une maison de poupée par exemple. Elle raconta cette histoire devant le groupe avec une objectivité considérable, puis elle ajouta : « Je dois dire que je ne suis pas fière de ces pensées, mais à l'époque elles se frayaient un chemin en dépit de tous les efforts pour les contrôler. »

L'analyse structurale de ce passage peut être comprise en se référant à la Figure 17 b. La femme de vingt-cinq ans qui participait au groupe et qui racontait avec objectivité ces événements parlait dans son état du moi Adulte représenté par le cercle du milieu A. Les excuses réfléchies, mais non pas serviles, de la fin impliquaient un Parent de premier degré aux aguets mais pas trop sévère, représenté par le cercle supérieur P, et elles reflétaient la caractéristique habituelle des jugements parentaux qu'il lui arrivait de proférer. Ce qu'elle était en train de décrire, c'était un état complet du moi de son enfance, représenté par l'ensemble du cercle du bas E¹. Ceci est l'analyse structurale de premier degré.

Son état d'esprit à l'âge de dix ans, tel qu'elle l'avait raconté, comprenait trois composantes. Au départ il y avait la composante archaïque qui se frayait un chemin jusqu'à la conscience, représentée par l'Enfant de second degré E². E² se heurtait à l'injonction du Parent de second degré (P dans le cercle du bas) : « Tu ne dois pas penser à des choses pareilles », qui du point de vue historique se révéla être la voix intériorisée de sa mère. Le conflit était résolu fort à propos par l'Adulte de second degré (A dans le cercle du bas) en s'adonnant à des activités extérieures. Ceci est l'analyse structurale de second degré.

Elle pouvait se rappeler ces événements et les raconter parce que son Adulte de premier degré était fortement investi et que son Parent de premier degré était relativement indulgent. Les autres membres du groupe ne pouvaient ni se souvenir de tels conflits lointains, ni les relater à cause de la sévérité persistante de leur Parent de premier degré et de l'investissement relativement pauvre de leur Adulte de premier degré.

Il restait dans le cas de M^{lle} Zoyon à résoudre l'énigme de l'Enfant de second degré E². Les indices dont on disposait étaient les suivants : pendant sa quatrième ou sa cinquième année on lui avait raconté que Jésus était un homme qui avait vécu il y a très longtemps. Cette information avait un but religieux et historique, mais l'Adulte investigateur (de troisième degré) de la fillette de quatre ans l'avait compris dans un sens anatomique, en toute innocence. Quand elle avait essayé de parler des conclusions qu'elle en avait tirées, toujours en toute innocence, on l'avait semoncée de façon traumatisante. Ainsi l'état du moi de l'enfant de quatre ans avait été fixé et était réapparu sous la forme d'un corps étranger blasphématoire (E²) dans l'esprit de la fillette de dix ans. L'état du moi complet de cette dernière (E¹) fonctionnait à son tour comme l'Enfant de la femme adulte.

NOTES.

Ce chapitre ne veut être qu'une illustration de phénomènes pour lesquels une démonstration clinique solide demanderait un volume à elle toute seule.

Le matériel clinique au sujet de M. Deuter a été modifié dans un souci de clarté. Le docteur Robert Wald, de l'Institut Neuropsychiatrique Langley Porter, a avancé quelques idées intéressantes et originales à propos de ce type de rêve.

Le problème de la boîte de levure a été défini par Korzybski comme le problème de la carte, ce qui correspond structuralement au cas présent. Une carte idéale devrait contenir la carte de la carte, la carte de la carte de la carte et ainsi de suite, comme l'a montré le logicien Josiah Royce¹.

Le ça a été décrit par Freud comme « (un) chaos, (une) marmite pleine d'émotions bouillonnantes... (il ne témoigne) d'aucune organisation, d'aucune volonté générale ... Les processus qui se déroulent dans le ça n'obéissent pas aux lois logiques de la pensée ; pour eux le principe de la contradiction est nul »². Étant donné que l'état du moi infantile reproduit l'état du moi d'un enfant réel, l'écart saute aux yeux. Un enfant a une organisation, une volonté générale, une logique et à coup sûr un principe de contradiction. En outre, à la différence du ça, il connaît le bien et le mal. Une confusion considérable a été engendrée par le fait que le mot « ça » est employé familièrement et improprement par les psychanalystes eux-mêmes.

Les caractéristiques du Parent, de l'Adulte et de l'Enfant chez les enfants sont le sujet spécifique de certains travaux fameux de Piaget^{3, 4, 5}. L'embryon de l'Adulte dans l'Enfant a été étudié par Spitz dans l'un de ses livres les plus intéressants⁶. Les recherches de Mélanie Klein⁷ et de son école sur les « stades précoces du surmoi » sont étroitement en rapport avec ce que l'on a appelé ici « l'embryon du Parent ».

La structure de second degré de l'Adulte soulève des problèmes qui sont semblables à ceux posés par le « moi autonome », et ceux-ci sont loin d'être réglés. La position présente se fonde sur des considérations anthropologiques et cliniques, à savoir que les hommes sont les mêmes

partout. Il serait téméraire de discuter de problèmes comme les « satisfactions autonomes » dans l'étroitesse actuelle de nos connaissances. On peut démontrer toutefois que la description de la néopsyché telle qu'on l'a faite plus haut (sous forme d'un calculateur de probabilité qui s'auto-programme partiellement, avec des caractéristiques de feedback spécifiées) amènerait à supposer un système d'élaboration des données « chercheur d'honnêteté », « sincère », avec des signaux spéciaux représentant une « pulsion d'emprise ». On pourrait s'arranger pour que la programmation « principale » d'un tel système oscille entre des sources internes (« archaïques ») et des facteurs paramétriques externes, représentant respectivement les influences archéopsychiques et extéropsychiques.

RÉFÉRENCES.

1. Korzybski, A. *Science and Sanity*. Science Press Printing Company, Lancaster, Pa., 1941, p. 751.
2. Freud, S. *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, loc. cit.
3. Piaget, J. *Le jugement moral chez l'enfant*, loc. cit.
4. Idem. *La construction du réel chez l'enfant*, loc. cit.
5. Idem. *La formation du symbole chez l'enfant : Imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Paris, Delachaux et Niestlé, 1945.
6. Spitz, René. *Le non et le oui. La genèse de la communication humaine*, Paris, PUF, 1962.
7. Klein, Mélanie. *La psychanalyse des enfants*. Paris, PUF, 1959.

CHAPITRE XVII

ANALYSE STRUCTURALE AVANCÉE

L'analyse structurale avancée est particulièrement utile dans le cas des désordres caractériels et des psychopathies. A cause de sa complexité on n'essaiera pas de présenter son application systématique à un cas unique. En revanche plusieurs exemples rapides de caractéristiques structurales spéciales seront fournis pour illustrer certaines des possibilités.

I. ANALYSE DE LA STRUCTURE PARENTALE.

L'état du moi parental de M. Troy, qui reproduisait l'attitude de son père envers son entourage, a déjà été décrit. Celui-ci comprenait une attitude rude envers les enfants (Parent dans Parent, héritée du grand-père paternel), une série d'affirmations mal contrôlées sur les femmes et leur comportement (Adulte dans Parent, héritée du père), et une attitude entreprenante vis-à-vis des rapports hétérosexuels (Enfant dans Parent, dérivée de l'attitude et du comportement de son père). Dans l'état parental auquel il se cramponnait dans le groupe, M. Troy reproduisait les attitudes de ces trois aspects de son père, comme le montre la Figure 18 a.

A l'époque où il s'adressa au docteur Q, M. Troy remplissait correctement sa fonction d'Adulte indépendant dans son travail de portier de nuit dans une salle de bal publique. Il aimait son travail parce qu'il s'accordait bien avec les trois aspects de sa personnalité et dans cette situation il n'était sujet à aucun conflit. Son propre Adulte pouvait se charger des problèmes matériels, son Enfant aimait l'atmosphère tapageuse et aucun des côtés de son Parent ne trouvait quelque chose à redire à la situation ; en fait l'Enfant de son Parent encourageait même le type d'inconduite que l'entourage favorisait.

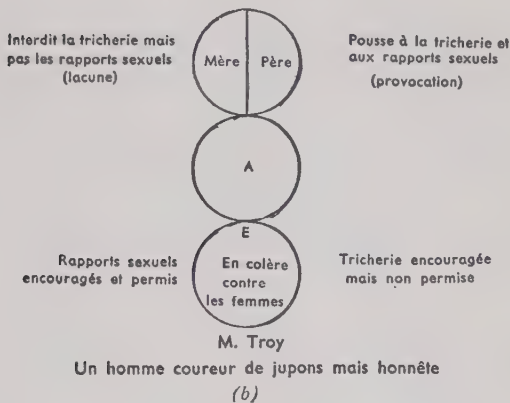
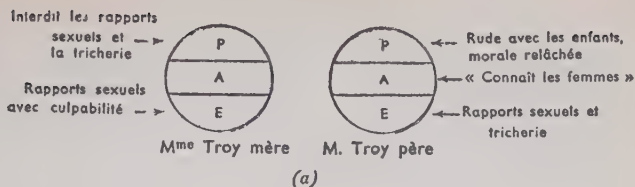


FIGURE 18.

Quelques-uns des *habituels* *, toutefois, découvrirent très vite que M. Troy réagissait aux taquineries. Dans de telles occasions il retombait de son état du moi Adulte à son état du moi Parental pour se défendre de la rage qu'ils faisaient naître chez son Enfant. De façon typique, quand il était troublé, sa bonne humeur disparaissait. Il montait alors sur ses grands chevaux et d'un ton bourru il disait quelque chose du style : « Je n'ai pas à écouter ces enfantillages stupides. Fichez-moi le camp ! Fichez-moi le camp ! ». Cela reproduisait une attitude sévère de son père dérivée de son grand-père.

Le cas de M. Troy illustre à la fois la structure de certains types de défenses caractérielles et de certaines formes de comportement psychopathique. La réaction caractéristique de désap-

* En français dans le texte.

probation intransigeante qu'il avait devant toute une série de situations gênantes était en fait dirigée contre son propre Enfant et venait du côté Parental de son Parent. Telle était l'origine structurale de ses défenses caractérielles. Pour ce qui relève de la psychopathie, l'intérêt de son Enfant pour une vie dissolue était non seulement permis mais en réalité encouragé par l'Enfant de son Parent. Ce n'était pas grâce à une inadvertance parentale qu'il pouvait se livrer à des jeux avec les femmes, car son père lui avait effectivement donné pendant son adolescence des démonstrations et des leçons pratiques dans ce domaine. En jargon structural, ce n'était pas simplement une question de « trou dans son Parent », analogue à ce que Johnson et ses collègues¹ appellent une « lacune du surmoi », mais bel et bien une provocation parentale « involontaire ».

Son père lui avait aussi « enseigné » d'autres jeux, fondés par exemple sur l'irresponsabilité financière, mais l'Enfant de M. Troy les avait repoussés car dans ce domaine le côté Maternel de son Parent était encore actif. Toutefois, par son propre comportement sa mère avait abdiqué son rôle de Parent dans la sphère des rapports entre hommes et femmes, et elle avait aussi blessé l'Enfant de M. Troy, si bien que celui-ci éprouvait un intérêt particulier à exploiter les femmes. Ses rapports hétérosexuels par conséquent se fondaient sur trois facteurs structuraux : un Enfant mû par un intérêt idiosyncratique, un encouragement du Parent paternel et une lacune dans le Parent maternel. Cela est représenté dans la Figure 19 b.

La transmission des « psychopathies » culturelles illustre de façon saisissante les principes de l'analyse structurale avancée. Le vol chez les bohémiens, la chasse aux têtes en Amazonie, la piraterie sur la côte de Barbarie, la criminalité dans la mafia et les commérages malveillants dans certaines classes sociales des pays civilisés ont tous probablement la même structure que l'attitude de M. Troy envers les femmes, d'après les récits qu'en font les livres de vulgarisation. Cela se résume dans le dicton : « Pour faire une dame il faut commencer par sa grand-mère », c'est-à-dire par le Parent du parent.

Le cannibalisme et la cruauté parmi les Fidjiens sont de bons sujets d'étude étant donné qu'il existe de nombreux documents sur l'histoire des îles Fidji². La cruauté des chefs fidjiens se transmettait de génération en génération, car non seulement aucune prohibition parentale ne venait l'interdire, mais en outre les activités des ancêtres du chef encourageaient effectivement par leur exemple cette manifestation de l'Enfant inadapté.

Quand les chefs se convertirent au christianisme, au Parent intérieur vint se substituer une autorité parentale extérieure. Au début il y eut des accès sporadiques de cruauté, mais maintenant, quelques générations plus tard, les Fidjiens sont parmi les gens les plus doux, les plus polis et les plus sensibles de la terre. De nos jours le Parent intérieur d'un jeune fidjien comprend un Parent de second degré et même de troisième degré qui interdit la cruauté, alors qu'il y a une centaine d'années, avant les conversions en masse, il comprenait une hiérarchie indéfinie d'Enfants qui tiraient gloire de leurs activités sanglantes. Le terrible bouleversement psychique qui peut se produire quand un Parent intérieur est remplacé par une nouvelle influence extéropsychique, a été décrit d'une façon remarquable par Margaret Mead dans son étude de l'évolution de la tribu Manus³. Si l'on arrive à saisir toute l'ampleur de tels changements historiques et culturels, il est facile de comprendre sur le plan structural la femme qui marche sur les traces de sa mère médisante et dévergondée, et le tueur professionnel dont la mère défend avec agressivité la conduite criminelle quand il passe en jugement.

Le cas des sœurs Triss illustre la situation structurale des familles dans lesquelles les enfants suivent une évolution fort différente. De tous les facteurs mis en jeu dans de tels cas la position structurale est celle qui peut être exprimée avec le plus de force, de concision et de précision, bien qu'elle laisse sans réponse beaucoup de questions. Quand les autres facteurs ont été éclaircis, ils trouvent en général très bien leur place dans le cadre fourni par l'analyse structurale.

Grand-père Triss était devenu riche dans la force de l'âge et bien vite il avait assumé le rôle d'un patriarche dictatorial qui exigeait une soumission totale de la part de son clan, en employant la force de l'argent comme sanction pour faire respecter ses requêtes. Tout le monde s'était plié, à l'exception d'un gendre qui, après s'être rebellé sans succès pendant plusieurs années, avait fini par quitter sa femme en la laissant avec deux filles, Alice et Betty, âgées respectivement de huit et quatre ans. Leur mère était si soumise à la volonté du grand-père que, sur son ordre, elle abandonna son nom de femme mariée et éleva les deux filles sous le nom de Triss.

Néanmoins M^{me} Triss s'était arrangée pour trouver une échappatoire à la rigueur de son père. Lors de son adolescence elle avait été ouvertement homosexuelle, aberration de son Enfant que grand-père Triss était enclin à considérer avec

indulgence aussi longtemps que sa fille se montrait par ailleurs obéissante. Apparemment, celle-ci avait abandonné ce type d'activités après son mariage, à l'exception plus tard de quelques jeux sexuels avec sa fille aînée.

Après une année ou deux, à l'époque où Alice avait neuf ans, sa mère prit davantage de précautions parce que la petite fille comprenait mieux de quoi il retournait et elle cessa ses activités de séduction. En outre la présence d'Alice abrita Betty contre de telles attentions. Alice devint homosexuelle par fixation. Dans les années qui suivirent la principale menace suspendue sur son bonheur était que son père divorcé découvrit ce qu'elle était, et pour cette raison elle ne lui rendit jamais visite bien qu'il vécût à quelques stations de métro seulement de l'appartement d'Alice dans Greenwich Village. Comme sa mère, elle était soumise sur la plupart des plans : si avec les gens de son âge elle se laissait aller à un mode de vie quelque peu bohème, en présence de ses aînés elle était guindée et très comme il faut.

Betty de son côté était hétérosexuelle, mais elle était en rébellion ouverte contre les valeurs bourgeoises de sa mère et de son grand-père et ceux-ci la considéraient comme une fille insolente et irrémédiablement corrompue. Elle avait à l'égard de sa mère le même sentiment de culpabilité qu'Alice envers son père.

Ces deux évolutions différentes dans le cas de deux personnes ayant en fait les mêmes parents n'étaient pas difficiles à comprendre du point de vue structural. La position d'Alice et ses sentiments de culpabilité vis-à-vis du sexe étaient déterminés par l'Enfant de sa mère et le Parent de son père, alors que sur le plan social elle se pliait au Parent de sa mère. L'attitude sociale de Betty et le sentiment de culpabilité qui en résultait étaient influencés par l'Enfant de son père et par le Parent de sa mère, tandis que sur le plan sexuel elle se pliait au Parent de son père. La situation se comprendra mieux si l'on regarde les diagrammes. La structure Parentale est représentée dans la Figure 19 a.

A cause de l'attitude de grand-père Triss, M^{me} Triss n'avait aucune protection parentale contre ses impulsions homosexuelles. Par conséquent son Enfant pouvait librement s'abandonner à ces activités et il avait séduit l'Enfant d'Alice. L'aspect paternel du Parent d'Alice la faisait se sentir coupable, mais pas assez toutefois pour s'arrêter. Cela est représenté dans la Figure 19 b. Comme Alice était la fille de sa mère, elle subissait l'influence de la forte prohibition parentale de celle-ci dirigée

contre l'insolence, et en fait elle se pliait aux désirs de grand-père Triss pour tout ce qui n'était pas les activités sexuelles.

Betty était la fille de son père. Même si elle flairait vaguement les possibilités de satisfaction homosexuelle que la maison résér-

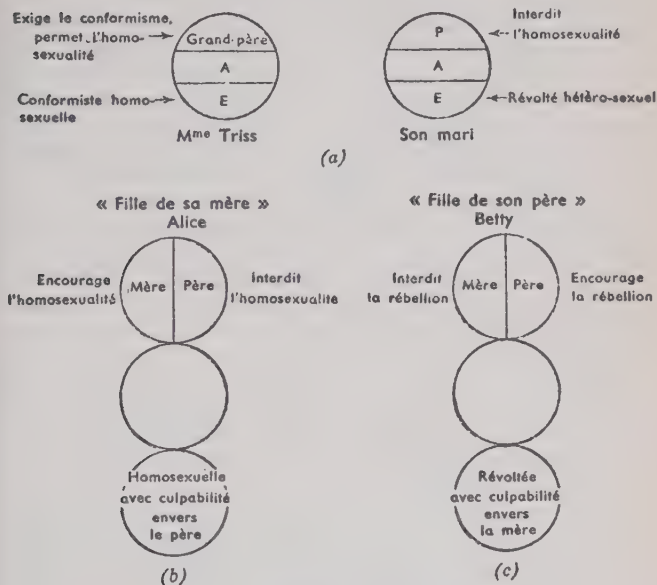


FIGURE 19.

vait, son Enfant s'était adapté à l'influence de son père et elle s'était refusée à ces possibilités. Mais l'Enfant révolté de son père, qui avait amené celui-ci à se séparer du clan, avait incité Betty à se révolter elle aussi contre les mœurs qui y régnaient. Toutefois, à cause de cette révolte il était difficile pour Betty de faire face à la désapprobation maternelle héritée de grand-père Triss à travers le Parent de sa mère. Cela est représenté dans la Figure 19 c.

2. ANALYSE DE LA STRUCTURE INFANTILE.

Du point de vue opérationnel, tel qu'on l'observe en clinique parmi les patients des services libres, ou dans la clientèle privée, l'Enfant se manifeste de quatre façons différentes :

1. Il peut prendre la forme d'une attitude caractérologique. On rencontre souvent, par exemple, une réceptivité naïve et intimidée que l'on désigne familièrement sous le nom de « Paysanne » ou bien encore par la formule : « Oooh, Professeur, vous en savez des choses ! ». Dans cet état le patient pose des questions et donne l'impression de s'émerveiller devant la virtuosité et l'omniscience du thérapeute. Une manifestation analogue est la coquetterie sans défense de « Quel enfant je fais ! ».

2. Il peut y avoir de brèves intrusions épisodiques de l'Enfant dans l'activité de l'Adulte, comme lorsque M. Ennat interrompait ses paroles raisonnables en se frappant la cuisse d'un air excité.

3. L'Enfant peut être actif en même temps que l'Adulte et se manifester par des gestes et des intonations inconscientes. Le mouvement d'un seul groupe de muscles faciaux se déplaçant de quelques millimètres seulement peut suffire à trahir cette forme d'activité.

4. L'Enfant peut suivre attentivement le déroulement d'un jeu et ne pas se montrer ouvertement à moins que quelque chose n'aille de travers. Si cela se produit, cela peut prendre la forme d'une simple observation perspicace tombant à point, qui passera facilement inaperçue. Un exemple de ce phénomène révélateur sera donné un peu plus loin. Dans les trois premiers cas l'Enfant se manifeste sous la forme d'un ensemble intégré si bien que sa structure détaillée n'est pas facile à déceler. Le quatrième cas est une manifestation de second degré et correspond à l'apparition d'un seul aspect d'un état du moi fixé très tôt, l'Adulte dans l'Enfant, connu familièrement sous le nom de « Professeur ».

M^{me} Quatry était une patiente pleine d'expérience. Elle s'était adressée auparavant à trois thérapeutes et chaque fois elle avait réussi à les manœuvrer grossièrement avant d'abandonner le traitement. Avec le docteur Q elle collaborait mais elle faisait remarquer périodiquement : « Je suis stupide. Je ne comprends vraiment pas. » Le docteur Q nourrissait le soup-

çon qu'elle avait abruti son Adulte par contamination, mais que son Enfant n'était pas si stupide qu'elle voulait bien le dire et qu'elle jouait un jeu dont les origines et les motifs n'étaient pas encore très clairs.

Après avoir suivi pendant quelque temps des séances hebdomadaires elle raconta un jour un rêve et, comme elle en avait l'habitude, après avoir terminé son récit elle attendit d'un air impatient les commentaires du docteur Q. Celui-ci lui dit sur un ton encourageant : « C'est intéressant. » M^{me} Quatry prit un air désapprobateur et répondit : « Ça ne suffit pas. Vous deviez me dire que ça a une signification sexuelle. »

Une autre fois elle relata un incident familial, dans le but évident d'obtenir du docteur Q qu'il lui dise qu'elle avait raison et que son mari avait tort. Le docteur Q lui demanda ce qui se passerait s'il lui disait cela. « Oh, je me sentirais beaucoup mieux », répondit-elle. « Et si je vous disais que votre mari avait raison et que vous aviez tort ? ». « Oh, je le savais depuis le début. »

Il était évident qu'un côté de M^{me} Quatry observait avec une attention considérable le déroulement de ses jeux. Quand elle reprenait le docteur Q parce qu'il n'avait pas tiré du rêve ce qu'il fallait, elle jouait le rôle d'un professeur de psychiatrie, position fort étonnante pour quelqu'un qui prétendait en bonne logique avec elle-même être le membre le plus stupide du groupe. Son examen de l'incident familial faisait preuve de la même perspicacité de jugement. Auparavant elle s'était montrée avec quelques thérapeutes avertis curieusement experte à s'attirer un « soutien thérapeutique » dans ses querelles domestiques, et maintenant elle s'efforçait d'entraîner le docteur Q dans le même jeu à trois rôles avec son mari. Mais comme elle l'avait dit clairement, une partie de sa personnalité savait depuis le début à quoi elle visait.

Ce genre d'acuité dans le jugement et dans le maniement des relations personnelles est un aspect important de la personnalité d'un enfant qui grandit et cela fait partie du fonctionnement néopsychique, étant donné que cela demande de la finesse et de l'objectivité dans l'élaboration des données fondée sur l'expérience. Pour cette raison on est probablement dans le vrai en diagnostiquant dans cette attitude un produit de l'Adulte dans l'Enfant. Elle a souvent une précision déconcertante et parfois foudroyante, comme le montrent de nombreuses anecdotes sur les enfants. Lorsque ce sous-aspect de la personnalité a fait son apparition à trois ou quatre reprises

dans le groupe, celui-ci considère généralement que le nom de « Professeur » lui colle à merveille. Si, comme le dit Erikson ⁴, il est vrai qu'un enfant analyste n'est pas un enfant qui pratique la psychanalyse, il est vrai aussi qu'il y a beaucoup à apprendre du psychiatre dans l'Enfant, qui observe nos efforts et nos réponses « thérapeutiques » avec une pénétration remarquablement subtile. Comme Ferenczi l'a fait remarquer ⁵, ces dons sont dans une large mesure perdus à travers l'éducation.

Chez les patients hospitalisés dont les Parents et les Adultes de premier degré ont été destitués et qui sont ainsi ouvertement psychotiques, la structure détaillée de l'Enfant est plus facile à voir. Dans les hôpitaux on trouve des gens qui sont en proie de nouveau aux affres morbides des états du moi de la première enfance : la torture de sentir qu'on peut lire dans leur esprit, qu'ils ne peuvent pas cacher leurs hostilités secrètes et leur confusion sexuelle à l'œil sévère et pénétrant de leurs parents, et que leur moindre parole sera enregistrée et leur sera par la suite jetée à la figure. Ou encore le martyre de sentir leur propre perversité de façon si intense devant les privations et la tyrannie que la seule solution consiste à s'humilier soi-même de façon abjecte. Et si le tyran peut être jeté à bas, qui pourra brider leur ivresse déchaînée pareille à celle d'un petit enfant qui possède le monde entier ? C'est ainsi que l'Enfant, qui ne se fait pas de ses parents une vision déformée, mais qui tout simplement les voit avec une imagerie originaire fortement investie, si bien qu'ils se dressent devant lui avec une clarté presque éidétique — l'Enfant donc devient ce que les Adultes appellent paranoïaque, déprimé ou maniaque. L'observateur avisé qui fait appel à sa propre imagerie et à son jugement primaires ⁶ peut lui aussi voir ces parents aussi clairement que le fait le patient. Ainsi, dans beaucoup de psychotiques le Parent archaïque de second degré, le Parent dans l'Enfant, devient visible, bien qu'indescriptible.

L'intuition psychologique bien connue que l'on attribue aux schizophrènes est une manifestation de ce même Professeur, l'Adulte dans l'Enfant, dont on a déjà parlé à propos de M^{me} Quatry. Et il peut se déclarer sous la même forme : le psychothérapeute bienveillant, « accepté » se verra dire par exemple par le schizophrène qu'il a fait une erreur thérapeutique et qu'il devrait engager le traitement dans une autre direction. Que cet ordre lui soit donné sous forme d'allusions, de gestes indicatifs, ou sous une allure impérative, le thérapeute avisé y prêtera toute l'attention nécessaire et il se rendra

souvent compte qu'il vient de faire une « découverte ». Par exemple, le principe fondamental qui amena aux grandes découvertes de la psychanalyse fut exposé à Freud par une patiente (la première dont le cas soit devenu classique), Frau Emmy von N., qui à plusieurs reprises tendit le doigt vers lui en s'écriant : « Ne bougez pas — ne dites rien -- ne me touchez pas ! ». On peut juger de l'effet que ces mots firent sur le thérapeute par le nombre de fois où il les répète dans son compte rendu⁷. La patiente expliqua par la suite qu'elle avait peur d'être interrompue dans le fil de ses pensées, car cela aurait rendu tout beaucoup plus confus et plus difficile. A ce moment-là par conséquent l'Adulte de l'Enfant de Frau Emmy von N. était un meilleur technicien que Freud et une personne aussi compétente mérite bien le titre de « Professeur ».

L'Enfant dans l'Enfant, quand il est mis à nu par la psychose, se manifeste par l'intensité archaïque de ses réactions à sa propre imagerie. Cette intensité peut sembler déplacée à l'observateur naïf, mais elle est justifiée par l'intensité des images originaires elles-mêmes et dans cette mesure elle n'est pas du tout hors de propos. La saveur de telles images était bien soulignée par Breuer et Freud qui les appelaient images « plastiques »⁷.

NOTES.

Johnson et Szurek¹ parlent de l'« incitation involontaire » par les parents qui entraîne des « lacunes du surmoi » dans l'enfant. L'analyse structurale fait une différence en termes transactionnels entre l'« incitation involontaire » (aux rapports hétérosexuels) comme dans le cas de M. Troy, le consentement passif (à la révolte) comme dans le cas de Betty Triss, et l'incitation active (à l'homosexualité) comme dans le cas d'Alice Triss. Une analyse structurale de second degré du Parent rend possible un jugement étiologique précis. Elle fait une distinction entre les influences paternelle et maternelle et fournit un cadre systématique qui permet de remonter aux grand-parents et aux activités des parents pendant leur enfance. Szurek⁸ élargit les concepts de Johnson à l'aide d'un matériel clinique très varié qui lui sert à appuyer ses conclusions. Ce qui est présenté ici constitue une affirmation théorique de portée générale qui permet d'étendre le champ d'application de telles découvertes avec une clarté et une efficacité accrues. L'analyse structurale offre aussi un cadre utile pour généraliser les résultats de Fisher et Mandell⁹ et d'autres auteurs.

En pratique la situation de M^{me} Quatry fut résolue en la faisant entrer, avec son mari, dans un groupe conjugal. Là aussi elle essaya de mettre les gens de son côté en décrivant l'« inconduite » de son conjoint. C'est le jeu le plus commun dans les groupes conjugaux et on l'appelle le « Tribunal ». Étant donné que les autres membres du groupe le connaissaient bien ils refusèrent de s'y adonner avec elle et la poussèrent en revanche à l'analyser, ce qu'elle fit avec un certain succès ; au bout

d'un temps elle cessa d'y jouer. La clé était, bien entendu, la position dépressive : « Depuis le début je savais que j'avais tort », et le jeu du « Tribunal » était une tentative pour échapper à la dépression en forçant les gens à lui répéter sans cesse que c'était son mari qui avait tort. Le refus de jouer des autres membres permit de déplacer l'attention du théâtre domestique à sa dépression infantile.

La situation structurale elle-même a été remarquée dès le début par Breuer et Freud (1895). Dans « Observation I » (M^{lle} Anna O.), Breuer remarque : « On notait chez elle deux états tout à fait distincts qui, très souvent et de façon imprévisible, alternaient et qui, au cours de la maladie, se différencièrent toujours davantage l'un de l'autre. Dans l'un de ses états elle reconnaissait son entourage, se montrait triste, anxieuse, mais relativement normale ; dans l'autre en proie à des hallucinations, elle devenait « méchante ». « Une fois dans cette « Condition Seconde » elle ne pouvait absolument pas parler jusqu'à ce qu'elle se soit rappelé des vers enfantins. Breuer note plus loin la persistance de l'Adulte même dans le tréfonds de la psychose. « Mais, bien que les deux états fussent nettement distincts, il ne s'agissait pas seulement d'une irruption du second état dans le premier, mais, comme le disait la patiente, d'un observateur pénétrant et tranquille, spectateur de toutes ces extravagances et qui restait, même dans les plus mauvais moments, tapi dans un coin de son cerveau ».

Ainsi les deux « conditions », « états » ou « états de conscience » (comme les nomment les traducteurs de Breuer) étaient respectivement dans « Observation I » un état du moi « normal » et un état du moi « puéril », ou comme on les appelle ici une série adulte et une série infantile et le premier pouvait rester tranquillement assis et regarder le second. Dans « Observation II » (Emmy von N.), l'état du moi psychotique était lui-même clivé si bien que tout en parlant de ses images originelles et plastiques la patiente pouvait en même temps donner des directives à Freud dans l'art de la psychothérapie, ce qui était une activité relevant de la partie Adulte de son Enfant mise à nu. Pour des raisons qui à l'époque étaient parfaitement valables, l'attention de Freud s'éloigna des considérations structurales pour se porter sur le domaine de la psychodynamique, et cela l'amena à concevoir un schéma structural conceptuel plutôt que clinique.

De nos jours dans les îles Fidji l'accent s'est porté des facteurs religieux aux facteurs raciaux et économiques, comme le montrent les récentes émeutes (décembre 1959).

RÉFÉRENCES.

1. Johnson, A. M. & Szurek, S. A. « The Genesis of Anti-social Acting Out in Children and Adults ». *Psychoanalytic Quart.* 21 : 323-343, 1952.
2. Derrick, R. A. *A History of Fiji*. Loc. cit.
3. Mead, Margaret. *New Lives for Old*. William Morrow & Company, 1956.
4. Erikson, Erik H. *Childhood and Society*. W. W. Norton & Company, New York, 1950. Trad. franç. *L'enfance et la société*. Delachaux et Niestlé.
5. Fenichel, Otto. *La théorie psychanalytique des névroses*. Loc. cit.
6. Berne, E. « Primal Images and Primal Judgement ». Loc. cit.
7. Breuer, J. & Freud, S. *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.
8. Szurek, S. A. « Concerning the Sexual Disorders of Parents and Their Children ». *J. Nerv. & Ment. Dis.* 120 : 369-378, 1954.
9. Fisher, S. & Mandell, D. « Communication of Neurotic Patterns over Two and Three Generations ». *Psychiatry* 19 : 41-46, 1956.

CHAPITRE XVIII

THÉRAPIE DU MARIAGE

I. INDICATIONS.

On estime en général qu'il n'est pas indiqué de soigner simultanément les deux membres d'un couple. Dans de telles conditions, en effet, il est extrêmement difficile pour le thérapeute d'éviter que ses démarches ne soient, à l'aide de déformations minimales, exploitées pour détériorer la relation thérapeutique, ou tout du moins pour la rendre excessivement complexe ; et le fait qu'une réussite avec de tels patients soit considérée comme un événement assez rare pour mériter d'être signalé¹ en est la preuve. Pour employer le langage de ce livre, si c'est le même thérapeute qui soigne les deux partenaires, il lui est difficile de ne pas se laisser entraîner dans un jeu à trois personnages. S'il y a deux thérapeutes il leur est beaucoup plus simple de résister aux tentatives de jouer un jeu à quatre.

D'après tous les renseignements dont on dispose, les « consultations conjugales » qui ne sont pas une thérapie s'organisent dès le départ comme un jeu à trois et elles peuvent avoir de bons résultats avec des couples qui ne sont pas capables de jouer par eux-mêmes et qui ont besoin d'un troisième joueur. Le conseiller peut, au niveau social, jouer le rôle d'un répétiteur qui apprend au couple à mieux jouer son jeu, à moins qu'il n'assume la fonction d'un arbitre. Au niveau psychologique, il tend à devenir un troisième membre dans le mariage lui-même, généralement avec une fonction parentale.

Aussi les thérapeutes de tendance conservatrice sont-ils portés à éviter la thérapie aussi bien que les consultations conjugales parce qu'ils ont conscience de ces difficultés, quels que soient les termes dans lesquels ils les formulent, difficultés qui ont ainsi pour résultat d'éloigner de ces procédures un grand nombre

de thérapeutes consciencieux et perspicaces. Très souvent on se contente de dire aux couples que la thérapie a pour but de soigner des individus plutôt que des situations ou des relations.

La thérapie de groupe conventionnelle, quand elle est appliquée à des couples mariés, est généralement sujette aux mêmes objections parce qu'elle prend trop souvent la forme de jeux à multiples personnages, dont certains seront décrits plus loin. Pour cette raison, avant que l'analyse des jeux ait été élaborée, l'auteur se conformait à la politique traditionnelle en matière de thérapie individuelle et de thérapie de groupe, avec quelques exceptions à titre expérimental. Ces expériences ne se sont pas toujours terminées très bien et leur évolution ne pouvait pas être suivie et contrôlée avec une précision ou une intelligibilité suffisantes. Quand les principes de l'analyse transactionnelle eurent atteint un degré de clarté satisfaisant, une expérience pilote fut tentée pour vérifier leur utilité dans les situations conjugales. Pour cela on forma un « groupe » consistant en un couple. Les résultats obtenus furent si heureux, à la fois sur le plan thérapeutique et sur le plan scientifique, que l'on décida de former un groupe conjugal au grand complet.

La quantité optimale pour un tel projet semble être de quatre couples. Deux est une dimension aléatoire parce que l'analyse des jeux demande un public « non choisi » de personnalités divergentes et que les couples mariés tendent à réagir de façon analogue devant trop de choses. Dans bien de cas un groupe de deux couples mariés présente les mêmes difficultés qu'un groupe de deux personnes. Trois couples est presque aussi problématique car lorsque l'un d'eux est absent, le thérapeute a affaire à la situation presque sans valeur de deux couples. Cinq couples sont trop difficiles à manier pour faire un travail précis.

Un tel groupe conjugal de quatre couples constitue l'expérience la plus stimulante de toute la carrière psychiatrique de l'auteur. Cela est dû en partie au fait que les jeux entre les couples mariés durent depuis longtemps. Ils sont joués par conséquent avec beaucoup d'entrain et de confiance, ils deviennent très vite apparents et les autres membres du groupe les observent et les comprennent facilement. Le mérite en revient aussi partiellement à l'intimité véritable qui existe déjà entre les époux, tandis qu'il faut beaucoup de temps pour qu'elle s'établisse dans un groupe général, si même elle y parvient. Il n'y a rien de plus édifiant et de plus touchant pour un spectateur que l'expression d'un amour réel et profond

entre deux êtres humains, surtout lorsqu'il y a d'autres personnes présentes qui sont elles aussi émues. Si on voulait faire de la rhétorique, on pourrait dire que toute personne qui un jour a été assombrie parce qu'elle a perdu confiance dans la bonté naturelle de l'homme devrait fréquenter un tel groupe. Et parfois ce sont les gens les plus malades qui offrent la plus belle image de leur âme. Parmi les membres de ces groupes qui partagent les sentiments du thérapeute à cet égard, deux personnes ont un jour décrit ce type de thérapie comme « la plus grande invention depuis la roue ».

Dans l'idéal il n'y a aucun critère de sélection pour un groupe conjugal. Toutefois l'expérience a montré jusqu'ici que les couples qui se présentent peuvent être regroupés en quatre grandes classes :

1. Les gens qui ne s'entendent pas mais qui ne désirent pas divorcer. Ce sont ceux dont les jeux sont destructeurs ou ne se déroulent pas de façon satisfaisante, ou encore commencent à ne plus correspondre à leur âge ou enfin à se lézarder.

2. Les gens souffrant de ce que l'on pourrait appeler « une poussée de scénario ». Un mariage peut s'écouler dans le bonheur pendant des années jusqu'à ce que l'un des conjoints ait une liaison extra-conjugale « impulsive ». Ce qui compte ce ne sont pas les troubles domestiques qui s'ensuivent, car ils ne constituent pas nécessairement un problème psychiatrique, mais l'apparition d'un élément psychopathologique, qui prend généralement la forme d'une jalousie obsessionnelle souvent teintée d'homosexualité, ce qui est un choc pour les deux partenaires. A mesure que les fantasmes et les rêves s'emparent de l'incident pour le transformer en un véritable drame de *mariage à trois* *, il devient évident qu'il s'agit en fait d'un scénario qui dès le début du mariage était présent, sous forme latente, dans l'esprit des deux partenaires.

3. Des gens qui ont récemment divorcé et qui sont prêts à envisager une réconciliation. Dans ce cas le groupe remplit exactement la fonction implicite dans les lois des États qui prévoient une longue période d'attente entre l'ordonnance de non-conciliation et le divorce final.

De façon générale le pronostic ne se présente pas trop mal dans ces trois types de cas, mais les perspectives sont beaucoup plus sombres avec le quatrième.

4. Les couples dont l'un des conjoints ou les deux à la fois

* En français dans le texte (N. d. T.).

viennent dans le groupe parce que cela fait partie d'un jeu de « Vous voyez le mal que je me suis donné », et essaient d'exploiter le thérapeute en se soumettant à son jeu de « Psychiatrie » afin de pouvoir ensuite demander le divorce avec la « conscience nette ».

Cette forme de thérapie en est encore à ses premiers pas, dans la mesure tout au moins où elle intéresse l'analyse transactionnelle. Parmi les huit couples qui participèrent au groupe, l'un était déjà divorcé ; pour ce cas et pour un autre, on ne connaît pas l'issue finale. Parmi les six autres il n'y a pas eu de divorce (deux ans après la fin du traitement).

2. LA STRUCTURE DU MARIAGE.

Quand le groupe fut formé, l'un au moins des conjoints dans chaque couple avait une bonne connaissance de l'analyse structurale et transactionnelle. Toutes les personnes présentes comprenaient que le projet avait une nature expérimentale et que ni ses buts ni sa procédure ne pouvaient être définis par avance. Toutefois les choses se passèrent si bien que dès la troisième séance les difficultés conjugales purent être formulées en termes transactionnels généraux et les objectifs fixés. La nature du contrat de mariage y fut éclaircie d'une manière qui reçut des confirmations ultérieures chaque-fois qu'un nouveau couple entraînait dans le groupe.

La structure du mariage, celle tout du moins du mariage américain et canadien, le *mariage d'inclination* *, peut être décrite sous trois aspects différents.

1. Le *contrat formel* s'établit entre deux Adultes et ses termes sont ceux de la cérémonie de mariage, au cours de laquelle chacun des partenaires promet attachement et fidélité à l'autre dans toute situation. Les statistiques montrent que ce contrat n'est pas toujours pris au sérieux. L'engagement adulte est annulé chaque fois qu'intervient le divorce ou une liaison extra-conjugale, étant donné qu'il s'agit dans l'un et l'autre cas du reniement d'une promesse, proclamée en apparence avec une bonne foi solennelle.

2. Le *contrat de relation* est un contrat psychologique qui n'est pas ouvertement énoncé. Pendant la période de cour l'un des partenaires a tendance à jouer le rôle d'un Parent

* En français dans le texte (N. d. T.).

et l'autre celui d'un Enfant. Cela peut prendre la forme soit d'un accord implicite de parasitisme, soit celle d'un arrangement raisonnable qui prévoit un changement de rôle selon que la situation le demande. Dans le premier des deux cas le contrat peut être cassé dès la fin de la lune de miel lorsque l'un des partenaires désire changer de rôle, sur quoi l'autre crie « Tricheur ! » (à fort bon droit étant donné les circonstances). Si la femme a dorloté l'homme pendant les fiançailles, celui-ci présume implicitement, et elle admet implicitement, que cela continuera après le mariage et c'est une partie essentielle du contrat secret. Si par la suite elle fait marche arrière et demande que ce soit lui qui prenne soin d'elle et non plus elle qui prenne soin de lui, des difficultés vont vraisemblablement surgir et la situation n'est pas forcément arrangeable sans aide extérieure.

3. Toutefois la base essentielle du mariage est le contrat secret entre les deux Enfants, le *contrat de scénario*. C'est sur lui qui se fonde le choix d'un partenaire parmi tous les candidats possibles. Chaque conjoint éventuel est dans la situation d'un metteur en scène : l'homme cherche le premier rôle féminin qui jouera le mieux possible le personnage voulu par son scénario et la femme cherche un premier rôle masculin qui interprétera le caractère adapté à son protocole. Pendant la période des auditions les candidats commencent par être classés en deux catégories, d'un côté ceux qui donnent des réponses transactionnelles appropriées et de l'autre ceux qui ne le font pas. La première catégorie est ultérieurement réduite par des tests de jeu : des manœuvres de provocation sont mises au point pour désigner ceux des candidats, recevables du point de vue transactionnel, qui joueront les jeux voulus. Parmi les candidats qui ont satisfait au test des jeux, le choix final se porte sur celui qui semble s'adapter le mieux au scénario dans son ensemble ; c'est-à-dire que les partenaires sont attirés l'un à l'autre par la supposition intuitive que leurs scénarios sont complémentaires.

Reik², en citant Freud, dit : « Au moment de prendre une décision d'importance secondaire j'ai toujours pensé qu'il valait mieux peser tous les pour et les contre. Dans les questions vitales, toutefois, comme le choix d'un partenaire ou d'une profession, la décision devrait venir de l'inconscient... Pour les décisions importantes de notre vie personnelle nous devrions être guidés par les besoins intérieurs profonds de notre nature. » L'expérience des groupes conjugaux montre que le « nous devrions être » de cette injonction devrait être remplacé par

un « nous sommes ». Dans un mariage libre, le choix est inévitablement dicté par les besoins de l'Enfant. Les exemples qui seront donnés plus loin illustreront les manifestations cliniques et opérationnelles du contrat de scénario. Les ramifications de ce contrat sont si complexes qu'il faudrait beaucoup de place pour les décrire de façon systématique ou exhaustive, mais les exemples serviront à éclaircir les concepts de base afin que la terminologie au moins devienne plus claire. Le lecteur sera alors en mesure de développer ses propres observations et investigations dans ce domaine, qui seront sans aucun doute plus convaincantes que toute tentative didactique de démonstration.

3. BUTS THÉRAPEUTIQUES.

Les buts de la thérapie transactionnelle du mariage découlent naturellement de la structure initiale du contrat de mariage. L'objectif est de conserver si possible le contrat formel tout en permettant en même temps à chacun des partenaires d'obtenir le plus grand nombre de satisfactions possible grâce à des compromis entre les contrats de relation et de scénario. Ce but est expliqué aux patients en se basant sur l'affirmation clinique suivante :

« Les relations et les jeux de ce mariage devront faire l'objet d'un choix et non plus d'une compulsion, afin que les éléments destructeurs et stériles en soient éliminés. Lorsque cela aura eu lieu, les conjoints auront ou n'auront pas d'intérêt l'un pour l'autre. Un délai doit être prévu avant que n'apparaissent d'autres relations et d'autres jeux plus constructifs. Chaque partenaire devra alors décider sur des bases rationnelles s'il désire ou s'il ne désire pas maintenir en vie le mariage. Cela équivaut à un divorce psychologique dans le cadre du contrat formel. Comme chacun des conjoints se présentera avec un visage nouveau, une chance de remariage psychologique leur sera offerte s'ils le désirent tous les deux. Sinon la thérapie pourra entraîner une abrogation définitive du contrat formel. »

En pratique on se rend compte que le mariage subit une amélioration progressive à mesure que les éléments de jeux et de scénario sont « pelés » couche par couche, jusqu'à ce que la difficulté sexuelle sous-jacente soit mise à nu dans les termes des protocoles originels. A ce point une question se pose : « Qu'allons-nous faire maintenant ? » ou « Qu'allons-nous faire

à la place ? ». Il y a alors une forte tentation de retomber dans les anciens schémas. Si l'un des partenaires s'en tient de façon inébranlable à la position nouvellement acquise, sans faire de rechute, l'autre conjoint a tendance à chercher un partenaire extra-conjugal qui jouera les vieux jeux ou qui l'aidera à porter rapidement le scénario à son terme. Si cette tentation est repoussée et si le résultat final est bon, comme cela a été le cas jusqu'à maintenant, une nouvelle relation se forme à l'intérieur du mariage « au-dessus » des mêmes vieux conflits sexuels qui ne sont pas davantage résolus, mais qui sont traités différemment.

On peut supposer que si chacun des partenaires entamait une psychanalyse au moment critique où les conflits sont démasqués, leur résolution entraînerait un remariage plus solide, soit avec le même partenaire, soit avec un autre dont le scénario satisferait les nouveaux besoins moins archaïques. Avec l'analyse transactionnelle seule il y a jusqu'à maintenant trois issues possibles : au pire un mariage avec des difficultés considérables mais beaucoup mieux contrôlées, ou encore un compromis et l'abandon de nombreux besoins, ou bien, dans le meilleur des cas, la joie de se découvrir réciproquement des qualités et des possibilités qui dormaient jusque là. Ces trois solutions ont des effets bénéfiques sur les enfants, s'il y en a.

4. AMOUR.

On ne peut pas faire entrer en ligne de compte le souffle que l'on appelle amour, en analyse transactionnelle pas plus que dans tout autre système psychothérapique, et si ce sentiment existe entre les deux partenaires c'est un bénéfice qui dans la situation présente est hors de portée de l'investigation psychiatrique. L'amour, toutefois, ne serait pas une condition nécessaire pour le mariage idéal tel qu'il se définit en termes d'analyse structurale et transactionnelle. Pour cette dernière en effet, celui-ci serait plutôt une union librement choisie avec l'approbation parentale entre deux personnes heureuses (telles qu'on les a décrites plus haut) dont les relations et les scénarios seraient complémentaires et en dernière analyse constructifs. Sur cette base deux personnes fidèles à leurs valeurs communes et dévouées l'une à l'autre pourraient se classer plus haut qu'Héloïse et Abelard.

5. L'ÉVOLUTION DES MÉNAGES PERTURBÉS.

Dans la pratique, aux États-Unis, la succession caractéristique de mariages perturbés se rencontre davantage chez des femmes que chez des hommes. Le premier mariage à l'âge de seize ans représente une opération de dégagement. Le couple vit ensemble de dix jours à dix mois, à la suite de quoi il y a une annulation ou divorce. Si un enfant est né on le confie généralement à l'un des parents de la femme, sans quoi la fonction de dégagement du mariage a échoué. La jeune fille a maintenant établi son indépendance civile et elle peut donner libre cours à son scénario qui est en général irréaliste et masochiste. Le second mariage a lieu cinq ans plus tard environ et il dure à peu près cinq ans. Il se brise à cause de la négligence ou de la cruauté du mari ; celui-ci fait ce que le scénario de sa femme lui demande, mais le scénario ne vaut rien. A ce moment-là elle doit se mettre à travailler pour faire vivre les nouveaux enfants et ils deviennent le centre d'intérêt de sa vie. Son troisième mariage, vers l'âge de trente ans, prend en charge les besoins matériels mais la nostalgie de son scénario ne l'a pas tout à fait quittée et cela la rend insatisfaite, si bien qu'elle commence à provoquer son mari. Étant donné que le conjoint du moment est une version adoucie du second mari, avec les mêmes attitudes mais beaucoup moins d'agressivité, il répond à ces provocations de la manière qui convient au scénario de sa femme (et au sien propre). A ce moment-là le scénario n'est plus conforme au moi de l'épouse, elle sent que quelque chose ne va pas et elle cherche à se faire soigner ou à faire soigner son mariage. Le mari qui, pour la première fois peut-être, exprime au moyen de son inconduite ses propres besoins, ne trouve pas forcément son compte dans la thérapie.

Le cas typique dans lequel le mariage unique a recours au traitement est le suivant. Au début l'union soutient sous bien des égards la comparaison avec le mariage idéal. Les dés ont été jetés pendant la lune de miel ou pendant la liaison qui a précédé le mariage, liaison qui présente les caractères d'un jeu à six personnages avec les parents du jeune couple. Pendant cette période le sexe est source de satisfaction pour les deux partenaires, grâce à la présence dans ce jeu complexe d'éléments libérateurs d'agressivité. Dès que la première excitation se dissipe, les difficultés sexuelles sous-jacentes com-

mentent à se faire sentir. Le couple se lance maintenant dans un jeu à deux qui est un ersatz du sexe, et qui a pour but de diminuer la fréquence des confrontations sexuelles redoutées, tout en procurant en même temps des bénéfices cachés aux deux partenaires. La femme joue par exemple à la « Femme frigide » ; elle traite l'homme de bête, une scène s'ensuit et débouche souvent sur un jeu autour de l'argent. De cette façon l'intimité sexuelle menaçante est écartée sans que l'un des deux partenaires ait eu à faire face aux angoisses qu'elle aurait mises en jeu ; simultanément, des bénéfices internes, secondaires et sociaux sont ramassés miette par miette. Toutefois, les rapports sexuels occasionnels apportent des enfants. Ceux-ci sont acceptés avec reconnaissance pour des raisons valables, mais ils servent aussi de diversion heureuse. Les deux partenaires se plongent corps et âme dans la puériculture, ce qui ne laisse que peu de place pour les avances sexuelles et offre bien des motifs légitimes pour repousser ou pour interrompre les rapports intimes. Toutefois, à mesure que les enfants grandissent le couple a de plus en plus de temps à sa disposition. On ressort les anciens jeux. Des difficultés naissent parce que, bien que les rôles qu'ils ont dans les jeux soient complémentaires, chacun introduit dans sa tête de légères modifications dans les règles. Ces modifications, ainsi que celles qui interviennent dans leurs scénarios, se font de plus en plus importantes, si bien que l'on entend crier de plus en plus fréquemment « Tricheur ». Quand le couple approche la quarantaine, l'échec des jeux et des scénarios entraîne un geste de désespoir, et cela les pousse à rechercher l'aide d'un praticien.

6. EXEMPLES CLINIQUES.

Si quelqu'un dans le groupe posait une question à M. Quatry, il s'empressait d'y répondre. Si quelqu'un posait une question à M^{me} Quatry il y répondait aussi. M^{me} Quatry s'élevait contre cette habitude : elle disait que son mari avait toujours eu l'attitude d'un père et qu'il la traitait comme une enfant retardée. On remarquait toutefois que lorsqu'elle avait la possibilité de parler par elle-même, elle ne s'en saisissait pas. Quand on lui demanda pourquoi, elle répondit de façon tout à fait caractéristique qu'elle était trop stupide et qu'elle ne comprenait pas la question. Il était évident par conséquent que la relation était entretenue par consentement mutuel. Le thérapeute recom-

manda alors à M. Quatry de s'abstenir de répondre pour sa femme. On put observer à ce moment-là deux phénomènes : d'un côté M^{me} Quatry se mettait en colère quand il ne répondait pas, en l'accusant de ne plus faire attention à elle ; de l'autre, dès que M. Quatry n'était plus sur ses gardes, il retombait sans y faire attention dans son ancien comportement, sur quoi il faisait claquer ses doigts et disait : « Je me suis encore fait prendre ! ». Au bout d'un temps il commença à trouver de telles bévues amusantes et tous les membres du groupe se mirent à rire avec lui, sauf M^{me} Quatry. Personne ne rit toutefois lorsqu'on découvrit que pendant leurs rapports sexuels ces rôles étaient renversés : au lieu que ce soit lui le Parent et elle l'Enfant, c'était lui l'Enfant et elle le Parent, si bien que l'acte sexuel ne procurait aucune satisfaction ni à l'un ni à l'autre. Le problème thérapeutique vis-à-vis du contrat de relation était de consolider l'Adulte dans chacun des conjoints, aussi bien dans le groupe que dans l'acte sexuel.

Avec les époux Penty, on avait affaire au cas inverse. M^{me} Penty ne permettait jamais à M. Penty de répondre par lui-même à une question. Il supportait cette situation avec un air de martyr mais protestait parfois. Néanmoins, quand les choses furent un peu éclaircies on découvrit qu'il souffrait d'une grave éreuthophobie et qu'il avait peur de rougir s'il ouvrait la bouche. Par conséquent il jouait à « Sans toi ». Il avait épousé la volubile et dominatrice M^{me} Penty pour se protéger de son éreuthophobie et quand elle jouait son rôle il se plaignait.

Les Hecht se joignirent assez tard au groupe et ils étaient à ce moment-là incapables d'en comprendre la terminologie. Lors de la seconde séance, le thérapeute dit « Bonjour ! » au moment de s'asseoir, surtout pour mettre M. Hecht à son aise. Celui-ci ne répondit pas. Plus tard au cours de la séance le docteur Q le lui fit remarquer. M. Hecht répondit que ces rituels idiots n'avaient aucun sens et qu'il n'y croyait pas. M^{me} Hecht souligna alors que son mari était toujours aussi hargneux et qu'il lui répondait toujours sèchement. Il se récria que si elle lui demandait ou lui disait quelque chose il lui répondait le strict nécessaire, puis il la bouclait. Il ne voyait pas l'intérêt de tout ce bruit superflu. M^{me} Hecht déclara que ses répliques coupantes l'avaient toujours laissée entre deux chaises. M. Hecht raconta une histoire à propos de son travail qui illustrait sa position. Une secrétaire en arrivant un jour au bureau avait dit « Bonjour » au patron. Celui-ci avait répondu : « Je n'ai pas réclamé un bulletin météorologique, tout ce que je vous demande

c'est de vous mettre au boulot. » M. Hecht pensait que le patron avait fait preuve de beaucoup de bon sens. Il dit que sa femme avait été habituée à croire à toutes ces âneries. Celle-ci répondit que la vie est plus agréable si l'on est poli.

Cela donna au docteur Q la possibilité de les initier aux concepts de passe-temps et de jeux dont ils avaient entendu tout le reste du groupe parler. M^{me} Hecht voulait jouer à l' « Étiquette » et son mari ne voulait pas. C'était l'une des choses qui n'allaient pas dans leur ménage.

Les époux Septim formaient un *mariage à quatre* * avec un autre couple. M. Septim, au bout de six mois environ, commença à se sentir mal à l'aise et il traîna sa femme dans le groupe. Le docteur Q prit le parti de dire que c'était là un scénario qu'ils avaient en commun et que dès le début ils avaient prévu inconsciemment de faire entrer un autre couple dans leur ménage. Tous deux avaient choisi un partenaire qu'un tel arrangement intéresserait et ils connaissaient par quelque biais les possibilités de l'autre en ce sens avant même le mariage. Tous deux nièrent avec véhémence et M. Septim déclara que c'était absurde. Pour sa part il était prêt à rompre immédiatement avec l'autre couple. Les questions du groupe toutefois firent apparaître non seulement des fantasmes à ce sujet chez l'un et chez l'autre, mais aussi quelques tentatives manifestes en ce sens avant leur mariage. M^{me} Septim déclara alors qu'elle voulait vivre et faire des expériences parce qu'elle était artiste et que le mariage à quatre était le moyen d'y parvenir. Le couple ne revint pas après la seconde séance. Le docteur Q avait délibérément précipité le moment de la vérité parce que jusqu'à ce que les Septim aient décidé où ils voulaient en venir ils entravaient les progrès du reste du groupe. Ce fut une décision difficile à prendre, mais il fallait qu'il choisisse ses responsabilités et voilà ce qui en sortit.

7. RÉSISTANCES.

La forme de résistance favorite dans un groupe conjugal, que l'on retrouve chez presque tous les membres non avertis, est un jeu que l'on appelle le « Tribunal ». Le mari raconte longuement au groupe ce que sa femme a fait, en essayant d'obtenir en tant que plaignant l'appui des autres membres. La femme

* En français dans le texte (N. d. T.).

alors assure sa défense en expliquant au groupe ce que son mari a fait pour la pousser à se conduire ainsi. A la reprise suivante c'est la femme qui sera la plaignante et le mari l'accusé. Dans chacun des cas le groupe est censé jouer le rôle d'un jury et le thérapeute celui d'un juge.

Il y a deux façons pour mettre un terme à cela. La première, c'est de démasquer le jeu en se prétendant d'accord avec le plaignant et en lui demandant ensuite quel effet cela lui fait. Dans un second temps le thérapeute désavoue le plaignant et lui demande de nouveau quel effet cela lui fait. On a déjà illustré cette procédure dans le cas de M^{me} Quatry, qui se sentit mieux quand le thérapeute lui donna raison et qui répliqua : « Je l'ai su depuis le début. » quand il lui dit qu'elle avait tort. Toutefois cette tactique doit être employée à bon escient et de toute façon pas plus de deux ou trois fois par an.

Un autre moyen est d'interdire le jeu et on peut le faire de façon élégante par une manœuvre très simple. Le thérapeute prévient le groupe que chacun peut parler de lui-même, à la première personne, ou à son conjoint, à la seconde personne, mais qu'il ne doit jamais employer la troisième personne.

Ce procédé est utile aussi avec un autre type de situation. Certains couples ne se parlent jamais pendant les séances ; ils parlent à d'autres gens, ou encore à propos d'eux-mêmes ou de leur conjoint, mais ils ne se parlent jamais l'un à l'autre. Le thérapeute pose alors un axiome moral : « C'est probablement une *Bonne* chose que les époux se parlent de temps en temps. » L'énoncé de ce précepte, joint à l'interdiction de la troisième personne, sauve généralement la situation. Si le couple se montre hésitant, le groupe est généralement mis de si bonne humeur par ce précepte que chaque membre s'empresse de donner un coup de main.

NOTES.

Le jeu du mariage tel qu'il était pratiqué dans la haute société française de la première moitié du dix-neuvième siècle est décrit en détail et de façon amusante par Balzac³. Si on le compare aux jeux bourgeois modernes à deux personnages de la « Femme frigide » et de « Sans toi », le jeu parisien à trois personnages entre le mari, la femme et l'amant fuyant a une finesse aristocratique qui ouvre un champ beaucoup plus vaste à l'intellect et à l'imagination. A son époque et dans son cadre il n'était probablement pas plus malsain que les jeux épais d'aujourd'hui et, si on laisse de côté les aspects bactériologiques auxquels fait allusion Schnitzler dans « La Ronde », il a beaucoup plus de chic. Balzac ne craint pas d'employer le langage des jeux, d'où le ton léger de ses

pages sur le mariage. Il parle de « défenses », « pièges », « stratégie » et « alliés ». De même certains des auteurs dans le recueil de Keyserling⁴ considèrent le mariage comme un jeu.

De façon plus sérieuse, presque toutes les plaisanteries tournant autour du mariage, depuis l'ancien « Quid est tibi ista mulier ? » « Non est mulier, uxor est » jusqu'aux derniers dessins humoristiques, mettent le doigt sur les éléments d'antagonisme qu'il présente. Assez étrangement, c'est cet aspect affligeant qui fait rire alors que les relations intimes plus profondes et plus satisfaisantes se terminent presque toujours, en littérature tout au moins, sur une tragédie. Peu d'encre a coulé pour chanter les louanges du véritable bonheur que procure un attachement d'où toute idée de jeu est absente, attachement qui est le but idéal de la thérapie du mariage. Personne n'est vraiment ému par Philémon et Baucis et la Veillée des chaumières est aux yeux de bien de gens aussi terne qu'un poète qui écrit dans un cimetière de campagne.

Pour en revenir à notre sujet, dans tout ménage il semble y avoir une dose constante de pathologie, qui se partage entre les deux conjoints et quelquefois aussi entre les enfants. Aussi, quand l'un des partenaires est sain l'autre ne l'est pas ou vice-versa. Étant donné que les douleurs dorsales sont une manifestation « psychosomatique » fréquente de ce caractère pathologique, elles peuvent servir de paradigme. On peut donc parler de « disques inflammés ». Il y a ainsi des « ménages à quatre, trois et deux disques ». Dans un « ménage à quatre disques » un des partenaires peut être sain et l'autre avoir « quatre disques » ; ou encore ils peuvent couper en deux la maladie, l'un des partenaires ayant « trois disques » et l'autre « un seul », ou enfin ils peuvent avoir chacun « deux disques », c'est-à-dire avoir tous les deux une quantité modérée de douleurs dorsales, au lieu que l'un soit sain et que l'autre supporte de grandes souffrances.

Si l'un des partenaires suit une thérapie et l'autre pas, les troubles de ce dernier ou ses symptômes ont tendance à s'accroître à mesure que le patient se rétablit. En langage d'analyse des jeux, le conjoint s'enfonce dans un état de désespoir accru (qui se manifeste par exemple par « davantage de disques ») à mesure que le patient le prive de ses bénéfices en refusant de jouer à son jeu. L'amélioration du patient se manifeste elle-même par une « diminution des disques ». On peut en conclure que dans la plupart des cas le seul espoir de diminuer la dose totale des côtés pathologiques est que les deux partenaires suivent une thérapie. L'apologue des disques constitue une échelle pronostique commode pour évaluer les ménages. D'après une telle échelle un ménage à « quatre disques » peut tenir bon bien que son cours soit orageux ; le futur d'un ménage à « cinq disques » est fort incertain. Un ménage à « un ou deux disques » peut être soigné par un conseiller non médical, alors qu'un ménage à « trois disques » devrait bien réagir à une thérapie psychiatrique.

RÉFÉRENCES.

1. Jackson, J. & Grotjahn, M. « Concurrent Psychotherapy of a Latent Schizophrenic and His Wife ». *Psychiatry* 22 : 153-160, 1959.
2. Reik, T. *Listening with the Third Ear*. Farrar, Strauss & Company, New York, 1949, page vii.
3. Balzac, H. de. *La physiologie du mariage*. Paris, 1846.
4. Keyserling, H. *The Book of Marriage*. Blue Ribbon Books, New York, 1926.

CHAPITRE XIX

ANALYSE RÉGRESSIVE

Le but final de l'analyse transactionnelle est une rectification et une réintégration structurale. Cela demande en premier lieu une restructuration et en second lieu une réorganisation. La phase « anatomique » de la restructuration consiste à clarifier et à définir les frontières du moi par des processus comme l'affinage diagnostique et la décontamination. La phase « physiologique » s'intéresse à une redistribution de l'investissement à travers une activation planifiée d'états du moi précis, activation obéissant à des critères de sélection et se conformant à des procédures spécifiques dans le but d'établir l'hégémonie de l'Adulte au moyen du contrôle social. La réorganisation se marque généralement par une bonification de l'Enfant, accompagnée par un redressement ou une remise en place du Parent. Après cette phase dynamique de réorganisation il y a une phase analytique secondaire qui cherche à liquider l'état de confusion de l'Enfant.

La situation optimale pour la rectification et la réintégration de la personnalité tout entière veut que l'Enfant s'exprime du point de vue affectif en présence de l'Adulte et du Parent. L'exigence que l'Adulte et le Parent soient pleinement en fonction pendant toute la durée de l'expérience rabaisse le mérite généralement attribué aux procédures d'hypnotisme psychologique ou pharmacologique, étant donné que le rôle essentiel de tous ces artifices est de libérer l'Enfant en destituant les autres aspects de la personnalité. La psychanalyse surmonte cette difficulté par la technique de la libre association, mais dans ce cas l'inconvénient est que l'Enfant s'exprime trop souvent de manière indirecte ou sur un mode obscur et brouillé, si bien que la réussite repose en grande mesure sur l'habileté du thérapeute dans l'interprétation et sur la réceptivité du patient à des interprétations spécialisées.

Le développement logique de l'analyse transactionnelle consiste en un appel direct à l'Enfant dans l'état de veille. La réflexion et l'expérience portent à croire qu'un Enfant s'exprime plus librement quand il a affaire à un autre enfant. Par conséquent, ce qui se rapproche le plus d'une solution idéale pour le problème thérapeutique de la libre expression est la méthode de l'analyse régressive. L'évolution de cette procédure est encore dans un état embryonnaire et il faudra plusieurs années d'expérience et de mise au point pour pouvoir surmonter certaines de ses difficultés intrinsèques et obtenir les résultats thérapeutiques les plus élevés.

L'analyse régressive est une technique que l'on enseigne au patient et pour cela il est indispensable que celui-ci ait une intelligence claire de l'analyse structurale. Tout laisse à penser que ce sont des patients comme le dogmatique M. Troy, qui devait se cramponner à une attitude Parentale, ou l'intellectuel docteur Quint, qui devait s'accrocher à une attitude Adulte, qui accomplissent avec le plus de difficultés le relâchement des défenses ou le transfert d'investissement nécessaires. Par contre, d'autres gens font preuve d'un degré d'habileté considérable, avec une rapidité surprenante, et certaines personnes qui ont une aptitude spéciale (dont la nature n'a pas encore pu être élucidée) peuvent s'y mettre immédiatement.

Le fondement rationnel des tentatives pour faire revivre l'Enfant en tant qu'état du moi effectivement vécu est d'ordre épistémologique. Pour nous résumer brièvement, l'Enfant est considéré du point de vue fonctionnel comme la manifestation d'un organe ou système psychique, l'archéopsyché. Sur le plan *phénoménologique* l'Enfant se présente comme un état du moi discontinu et intégré ; du point de vue du *comportement* il se reconnaît à des signes symptomatiques physiologiques, psychologiques et verbaux, et du point de vue *social* à la nature de ses transactions. On peut confirmer de façon *historique* l'origine de ces manifestations en établissant qu'elles reproduisent des phénomènes qui ont eu lieu pendant l'enfance de l'individu. Toutefois la description du comportement et la reconstruction de l'histoire sont des approches Adultes. Le patient et le thérapeute parlent *de* l'Enfant par implication, c'est-à-dire en s'appuyant sur ce que les épistémologues appellent « connaissance par description ». Cela a un effet thérapeutique qui est généralement appréciable et gratifiant, mais qui se place à un autre niveau que ce qui se passe quand l'état archaïque du moi lui-même se représente avec vivacité dans l'esprit du

patient au lieu d'être reconstitué d'après des données extérieures. Une telle reviviscence s'apparente à l'« abréaction » de Freud, aux « souvenirs-viscéraux » de Kubie¹ et au phénomène du lobe temporal de Penfield². Il s'agit d'un mode d'appréhension non déductif qui constitue la « connaissance par expérience directe » même au sens le plus strict du terme^{3, 4}. Dans ce cas ce n'est plus l'Adulte qui parle de l'Enfant, mais l'Enfant lui-même qui parle.

Pour comprendre cela clairement le clinicien doit prendre ces affirmations au pied de la lettre. La situation est exactement la même que s'il y avait deux personnes dans la pièce avec le thérapeute : l'adulte qui observe et un enfant pathologique, avec la seule différence qu'ils sont physiquement inséparables. Le problème est de les séparer sur le plan psychologique afin que l'enfant puisse parler par lui-même. (Dans un souci de simplification on ne tiendra pas compte pour le moment du troisième partenaire, le Parent). Une séparation par des moyens artificiels comme l'hypnose est nuisible au résultat final : lorsqu'un pédiatre raconte à la mère qui attendait dehors ce que son enfant a dit dans le cabinet, ce n'est pas la même chose que si la mère l'avait entendu de ses propres oreilles.

Lorsque l'état archaïque du moi qui était auparavant enfoui est revêtu à l'état de veille dans toute sa fraîcheur, il est ensuite définitivement à la disposition du thérapeute et du patient qui peuvent l'examiner en détail. Il y a non seulement « abréaction » et « perlaboration », mais en outre l'état du moi peut être traité comme un enfant véritable. On peut l'entourer de soins attentifs et même de tendresse jusqu'à ce qu'il s'épanouisse comme une fleur, en révélant alors toutes les complexités de sa structure interne. On peut le tourner et le retourner dans la main, pour parler de façon imagée, jusqu'à ce que des traits restés dans l'ombre jusqu'alors apparaissent au grand jour. Un tel état du moi actif ne doit pas être considéré comme un souvenir, ainsi que le fait Kubie, mais comme une expérience en bonne et due forme, qui ressemble davantage au phénomène du lobe temporal de Penfield.

Iris avait fait partie du groupe pendant plusieurs années avec des interruptions occasionnelles et elle jouait de façon remarquable à la « Psychiatrie » en termes structuraux et transactionnels. Au moyen de l'observation et de la déduction elle pouvait diagnostiquer les états du moi chez elle et chez les autres et analyser les transactions. Au bout d'un temps la possibilité se présenta qu'elle suive une thérapie individuelle

intensive, pour laquelle elle était prête, de l'avis du thérapeute comme du sien. Les quelques entretiens individuels qu'elle avait eus auparavant avaient été stéréotypés et un peu ennuyeux pour elle comme pour le docteur Q. Tous deux s'étaient rendu compte qu'elle jouait à la « Psychiatrie » et que bien que cela lui ait été d'une aide considérable la situation laissait quelque peu à désirer (plus exactement, elle jouait trois variétés différentes de son jeu : l'hygiène mentale, la psychanalyse et l'analyse transactionnelle. On la détourna de l'hygiène mentale, on lui laissa une certaine marge pour son « analyse sauvage » et on l'encouragea activement au type transactionnel parce qu'il semblait être le plus utile dans son cas). Lorsque l'on commença à employer régulièrement le divan elle se transforma en une personne toute différente. L'Enfant phénoménologique fit son apparition et un jour il s'épanouit dans tout son éclat. Elle se sentait vraiment de nouveau dans une situation de servilité précise, et elle se rendait compte de l'influence que ces sentiments revécus avaient eue sur le cours de sa destinée. Elle ressentait maintenant avec déchirement la dualité de son identité entre Adulte et Enfant. Le lendemain elle raconta : « Vous savez, depuis hier c'est la première fois que je vois clair en moi depuis bien des années. C'est comme si je sortais du brouillard. Savoir que l'Enfant existe est une chose, mais le sentir réellement en est une autre. C'est effrayant. Le fait de savoir qu'il s'agit de mon Enfant ne facilite pas les choses mais cela me tranquillise : au moins je sais d'où viennent tous ces sentiments. »

Ainsi l'analyse régressive est une tentative délibérée pour faire passer l'étude de l'Enfant du rang de la déduction à celui de la phénoménologie. A un patient convenablement préparé, qui a une grande expérience de l'analyse structurale, et une certaine intelligence de l'analyse transactionnelle ainsi que de l'analyse des jeux, le thérapeute fait la déclaration suivante :

J'ai cinq ans et je ne vais pas encore à l'école. Vous pouvez avoir l'âge que vous voulez pourvu que cela soit au-dessous de huit ans. Maintenant allez-y. »

Dans ce cas le thérapeute joue le rôle d'un enfant qui ne connaît pas les mots difficiles ni les périphrases. C'est un rôle d'un type particulier étant donné qu'il lui est familier, il suffit qu'il soit tel qu'il était lorsqu'il avait cinq ans.

Il n'est pas facile de rendre compte des résultats d'une séance d'analyse régressive. Le thérapeute est dans une situation d'in-

vestissement clivé : il doit être à moitié Enfant, mais aussi à moitié Adulte pour observer le comportement du patient et le sien propre. Tout l'investissement qui va à son Enfant est soustrait à son Adulte habituel de thérapeute et cela exige par conséquent une concentration extrême de sa part (en tant qu'Adulte) pour maintenir les deux états du moi en activité simultanément. Le fait à noter est qu'il y a affaiblissement de la mémoire adulte. Rien de ce qui se passe n'échappe au thérapeute mais il lui est difficile de reconstruire les événements par la suite. L'emploi d'un magnétophone est contre-indiqué. Pour s'en rendre compte il suffit de voir l'importance prépondérante que prend un tel « artefact » si on le met dans les mains d'enfants de cinq ou six ans. Et l'analyse régressive est encore, en l'état actuel des choses, si mal connue qu'il serait impossible d'évaluer l'effet que l'introduction d'un magnétophone dans la pièce aurait sur le déroulement de la séance.

Une reconstruction approximative, toutefois, donnera au moins le climat général de ce qui se passe. M. Wheat, dont le père était mort lorsqu'il avait deux ans, était en train de parler au cours d'une séance individuelle de certaines de ses attitudes parentales vis-à-vis de ses propres peccadilles sexuelles.

Dr. Q : J'ai cinq ans et je ne vais pas encore à l'école. Vous pouvez avoir l'âge que vous voulez au-dessous de huit ans. Maintenant allez-y.

M. W : Mon papa est mort. Le tien où il est ?

Dr. Q : Il est sorti voir des gens malades. Il est docteur.

M. W : Moi aussi je serai docteur quand je serai grand.

Dr. Q : Qu'est-ce que ça veut dire mort ?

M. W : Cela veut dire que tu es mort comme quand un poisson est mort, ou un chat est mort ou bien un oiseau.

Dr. Q : Ce n'est pas pareil, parce que quand les *gens* sont morts c'est différent. Ils ont un enterrement et tout.

M. W : Comment tu le sais ?

Dr. Q : Je le sais parce que c'est comme ça. Ils ont un enterrement et on les met dans le cimetière. Ton papa est dans le cimetière ?

M. W : Oui et il est aussi au paradis.

Dr. Q : Comment est-ce qu'il peut être au cimetière et aussi au paradis ?

M. W : Eh bien il y est.

Dr. Q : Où c'est le paradis ?

M. W : C'est là haut dans le ciel.

Dr. Q : S'il est dans le ciel il ne peut pas être au cimetière.

M. W : Si, il peut. Il y a quelque chose qui sort de lui et qui va au paradis et le reste ils le mettent au cimetière.

Dr. Q : D'où est-ce que ça sort ?

M. W : Ça sort par sa bouche.

Dr. Q : Tu es marrant. Je ne te crois pas. Comment est-ce que tu sais que ça sort par sa bouche ? Tu peux le voir ?

M. W : Non, mais ça ne fait rien.

Dr. Q : Si tu ne peux pas le voir, comment est-ce que tu le sais ?

M. W : Parce que ma maman me l'a dit. C'est ton vrai papa qui va au ciel et c'est juste son corps qu'ils mettent au cimetière.

Dr. Q : Eh bien je ne vois pas comment il peut être à deux endroits. Qu'est-ce qu'il fait dans le ciel ?

M. W : Il est assis à côté de Jésus et il nous regarde. Tu sais, tu es rigolo, tu as une tête toute maigrichonne.

Dr. Q : Tu es complètement fou de croire que ton papa peut être à deux endroits.

M. W : Je voudrais bien avoir un vrai papa (il pleure). Ça va, ça me suffit.

Cette brève expérience montra clairement au patient et au thérapeute toute la confusion qui régnait dans l'Enfant de M. Wheat à propos de l'origine, de la fonction et de la réalité de son Parent. Jusque là le problème de l'influence de son père et ses fantasmes inconscients à propos de lui avaient fait l'objet d'interprétations et de spéculations dans la mesure où ils affectaient son comportement. Une analyse régressive ultérieure révéla combien ces fantasmes étaient abondants et comment il était impossible pour son Enfant de concilier les contradictions à propos de la mort : il se représentait d'un côté son père anatomique grelottant sous le sol glacé du cimetière couvert de neige, et de l'autre un autre père mal défini qui était sorti par la bouche, qui était assis avec béatitude à la droite d'un Jésus plein de suavité, et dont la sérénité était périodiquement rompue par les actes de sa progéniture ; celui-ci aurait le triste devoir d'en rendre compte quand son tour à lui serait venu de passer en jugement éternel devant Dieu le père et l'esprit de son propre père (celui-ci élégamment vêtu de la tête aux pieds d'un costume cousu-main à la mode d'avant la Grande Guerre).

Dans les échanges sociaux courants, l'Enfant « programme » l'Adulte, au sens cybernétique du terme ; ici la situation est renversée et l'Adulte du thérapeute doit « programmer » son Enfant. Certaines des difficultés techniques inhérentes sont apparentes même dans les limites étroites de l'extrait donné. Est-ce qu'un enfant de cinq ans, comme le thérapeute est censé l'être, s'attacherait avec autant de persévérance à un même sujet ? Est-il licite d'employer le terme « fou » avec un patient, même si c'est le mot qui vient tout naturellement à la bouche d'un garçon de cinq ans ? Est-ce que le patient peut vraiment cesser de considérer le thérapeute comme un parent et lui parler comme s'il était un autre enfant ? Il est évident que l'analyse régressive en est encore à un stade hautement expérimental et qu'on ne peut l'employer qu'avec des sujets sélectionnés avec le plus grand soin.

L'emploi de cette technique en thérapie de groupe procure des résultats tout aussi intéressants.

Dr. Q : J'ai cinq ans et je ne vais pas encore à l'école. Chacune de vous a l'âge qu'elle désire pourvu que ce soit au-dessous de huit ans. Maintenant allez-y.

Heather : Mon papy me fait de vilaines choses.

Magnolia : Je ne me rappelle pas qu'aucun des hommes de ma famille m'ait jamais fait quelque chose d'incorrect.

Dr. Q : Magnolia va à l'école et elle emploie de grands mots que je ne comprends pas. Qu'est-ce que ça veut dire « incorrect » ?

Camellia : Moi je sais parce que ma maman me l'a dit : « incorrect » ça veut dire que tu fais quelque chose que tu ne dois pas faire.

Daisy : Tu as dû avoir des rapports étroits avec ta maman, Camellia.

Dr. Q : Il y a cette dame, Daisy, qui nous écoute et elle emploie aussi des grands mots.

Iris : Il y a des fois où j'ai peur de jouer ici parce que je sais qu'il y a cette dame, Daisy, qui nous regarde.

Dr. Q : Pourquoi est-ce que vous venez toutes chez moi pour jouer ?

Rosita : J'aime bien aller jouer chez un garçon. On fait toutes sortes de jeux et on peut faire des vilaines choses comme ma maman en fait avec certains hommes qui viennent la voir.

Et ainsi de suite pendant une vingtaine de minutes. Lorsque ce fut terminé chacune des personnes présentes déclara que cet

épisode avait eu un effet extraordinaire sur elle. Camellia avait une très forte douleur à la poitrine, qui lui rappelait les maux d'estomac de son enfance ; Rosita avait l'impression qu'elle flottait, les mains d'Heather tremblaient, Poppy pleurait, Daisy avait très mal à la tête et elle affirma qu'elle n'avait jamais eu de migraine depuis qu'elle avait sept ou huit ans ; Magnolia avait des palpitations ; Iris était stupéfaite par tous les nouveaux souvenirs qui lui revenaient en foule et Hyacinth s'était donné beaucoup de mal pendant tout le temps pour retenir ses ricanements.

Elles étaient toutes si impressionnées par la puissance de cette technique que lorsque Heather proposa de recommencer au cours de la séance suivante toutes votèrent contre, et il leur fallut plusieurs semaines avant d'être prêtes à s'y remettre. Entre-temps celles qui suivaient en même temps une thérapie individuelle avaient eu une quantité de choses nouvelles à raconter.

Huit ans a été choisi comme âge limite pour la régression du patient parce qu'il y a très peu de gens qui prétendent ne pas avoir de souvenirs pour les années qui suivent : par conséquent tous les patients ont vraisemblablement une base pour démarrer et l'« amnésie totale » n'est pas une résistance à laquelle on puisse facilement avoir recours. L'âge du thérapeute a été fixé à cinq ans parce que cela implique un sens de la réalité déjà développé mais un vocabulaire préscolaire limité. Les limites imposées au vocabulaire permettent de déceler rapidement les gens qui ne participent pas et qui le montrent par la sophistication de leur langage. En outre, elles permettent d'illustrer pour le patient de façon frappante ce qu'on lui demande ; si celui-ci ne réussit pas à saisir un exemple aussi évident, il est probable que c'est à cause d'une résistance plutôt que d'une simple incompréhension.

L'analyse régressive est une sorte de psychodrame, mais ses fondements théoriques et sa technique semblent être plus précis⁵. Son objectif est plus limité et moins artificiel, étant donné que tous les participants sans exception, y compris le thérapeute, ont déjà joué leur rôle dans le sang, la sueur et les larmes. Elle se rapproche davantage de l'« analyse directe » de Rosen⁶, en particulier dans l'usage que l'on fait du matériel.

Étant donné qu'elle est actuellement la frontière la plus avancée de l'analyse transactionnelle, tout ce que nous savons à son sujet jusqu'ici est hypothétique et toute affirmation plus détaillée serait inconsidérée. Peut-être les travaux de Chandler et Hartman⁷ avec le LSD-25 apporteront-ils davantage de

lumière sur le sujet, car cette drogue semble avoir beaucoup de choses en commun avec l'analyse régressive et être exempte des désavantages propres aux régressions obtenues au moyen d'autres substances pharmacologiques.

RÉFÉRENCES

1. Kubie, L. *Loc. cit.*
2. Penfield, W. *Loc. cit.*
3. Runes, Dagobert D. *Dictionary of Philosophy*. Philosophical Library, New York, s. d. « Acquaintance, Knowledge by » (Connaissance par expérience directe) ; « Description, Knowledge by » (Connaissance par description) ; « Epistemology » (Épistémologie), section f.
4. James, W. *Psychology*. Henry Holt & Company, New York, 1910, p. 14.
5. Moreno, J. L. *Psychothérapie de groupe et psychodrame. Introduction théorique et clinique à la socio-analyse*. Paris, PUF, 1965.
6. Rosen, J. *Loc. cit.*
7. Chandler, A. L. & Hartman, M. A. *Loc. cit.*

CHAPITRE XX

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET TECHNIQUES

I. THÉORIE.

Un système ne peut pas être généralisé de l'intérieur. L'examen le plus minutieux de la sphère terrestre n'enseignera pas à un chercheur la place que celle-ci occupe dans l'univers, à moins qu'il ne trouve le courage d'élever son regard vers les cieux. Le moyen d'arriver à une généralisation est de demander : « De quoi cela est-il un exemple ? ». La théorie moderne des nombres nous en fournit une illustration élégante. Les propriétés et les relations des nombres premiers n'ont pas cessé de faire l'objet d'études approfondies de la part des intelligences les plus brillantes depuis vingt-deux siècles. Toutefois ce domaine est resté relativement stérile et truffé d'approximations depuis les premières recherches d'Ératosthène. Récemment néanmoins on a trouvé le moyen de répondre à la question : « De quoi la série des nombres premiers est-elle un exemple ? ». La réponse est qu'il y a de nombreuses variétés possibles et un nombre infini d'exemples de « tamis mathématiques »¹ de ce type. Même pour un profane il est évident que cette généralisation de la découverte d'Ératosthène offre des possibilités intéressantes de développement théorique plus poussé et d'applications pratiques. Les mathématiciens accueillent généralement avec faveur des intuitions fécondes de ce type, car elles présentent l'intérêt de regrouper à l'intérieur d'un seul concept général des domaines qu'il était auparavant difficile de mettre en rapport.

Certains signes montrent que l'analyse structurale et transactionnelle pourrait avoir une fonction analogue. On a fait par exemple l'expérience de traduire en langage structural des

manuels, des monographies et des articles se rapportant aux sciences socio-cliniques et cela a déjà mis en lumière deux avantages : tout d'abord la clarté et la concision accrues que l'on obtient ainsi permettent de réduire dans une proportion considérable le volume de ce type de travaux, et deuxièmement cela facilite le problème de l'« interdisciplinarité » en fournissant une terminologie de base commune à des disciplines jusqu'ici disparates.

Par souci d'équité il faudrait souligner que l'analyse structurale n'est que la pêche dont la psychodynamique est le noyau. Les personnes qui l'étudient consciencieusement se rendront compte que le noyau trouve sa place au beau milieu de la pêche ; des essais hâtifs pour faire entrer de force la pêche dans le noyau ne peuvent qu'entraîner une mutilation déplorable des fruits de l'expérience clinique.

2. RÔLES.

Les états du moi doivent être distingués des « rôles » si l'on ne veut pas vider le concept de rôle de toute signification en le transformant en un fourre-tout absurde. Il faut définir la position de l'analyse structurale à cet égard.

Quand un comptable prend la parole à un dîner du Rotary Club, peut-être agit-il comme il pense qu'un comptable est censé agir. A ce moment-là il joue un rôle. Mais quand il se concentre sur une colonne de chiffres dans son bureau, il ne joue pas le rôle d'un comptable, il *est* un comptable. Il ne se départ pas d'un certain état du moi, celui qui est nécessaire pour additionner une colonne de chiffres.

Si le thérapeute joue le rôle d'un thérapeute il n'ira pas très loin avec des patients intuitifs. Il doit *être* un thérapeute. Et s'il décide que l'un de ses patients a besoin d'un réconfort parental, il ne doit pas jouer le rôle d'un parent mais plutôt libérer son état du moi Parental. Un bon test en ce sens pour lui est d'essayer d'« afficher » son Parentalisme en présence d'un collègue, envers un patient vis-à-vis duquel il ne se *sent* pas parental. Dans ce cas il joue un rôle et un patient sincère ne tardera pas à lui montrer la différence qui existe entre un *véritable* Parent rassurant et une personne qui joue le rôle d'un tel personnage. L'une des fonctions des établissements de formation psychothérapique est de séparer les stagiaires qui veulent jouer le rôle de thérapeute de ceux qui veulent *être* thérapeutes.

Un patient peut jouer un rôle dans le scénario ou dans le jeu d'un autre patient ; mais en tant qu'individu il ne joue pas de rôle quand il est Parent, Adulte ou Enfant, il vit l'un de ces trois états du moi. Un patient qui se trouve dans l'état du moi d'un Enfant peut décider de jouer un rôle ; mais quel que soit le rôle qu'il joue, même s'il en change, son état du moi demeure celui d'un Enfant. Il peut même jouer le rôle d'un certain type d'enfant, mais ce n'est que l'un des choix possibles de son état du moi infantile. De la même façon, des enfants qui jouent au « Papa et à la Maman » peuvent prendre tour à tour les rôles de la maman, du docteur et du bébé, il n'en reste pas moins qu'ils demeurent des enfants d'un âge précis lorsqu'ils jouent ces rôles.

3. FORMATION.

La formation d'un analyste structural n'est pas aussi ardue que celle d'un psychanalyste, mais elle est assez difficile et elle exige du postulant la même attitude critique envers son conditionnement antérieur, y compris la formation psychanalytique qu'il a pu recevoir. Un an au moins de séminaires hebdomadaires, avec une mise en pratique journalière, est nécessaire pour se forger une véritable sensibilité clinique. Il a été une fois demandé à l'auteur de ce livre de faire un exposé de vingt minutes sur l'analyse transactionnelle, et le contradicteur qui lui avait été assigné n'avait pas la moindre expérience de cette approche. C'était comme faire un exposé sur la théorie et sur la pratique du dessin des circuits de transistors devant une association de fabricants de lampes de radio fort mal disposés, dont aucun n'aurait jamais vu de transistor. Comme Freud l'a dit un jour, c'est une chose de flirter avec une idée et c'en est une autre d'être marié avec elle. Cet épigramme peut être paraphrasé sous la forme : « On ne connaît pas une femme avant d'avoir vécu avec elle », et une promenade occasionnelle dans le parc avec l'analyse transactionnelle est loin d'en révéler toutes les possibilités. Si l'analyse transactionnelle demande une période de formation relativement brève, ce n'est pas parce qu'elle est plus simple ou moins importante que les autres systèmes thérapeutiques, mais parce que dans son cas le matériel émerge de façon plus spontanée et s'impose avec davantage de sans-gêne.

4. SUGGESTIONS THÉRAPEUTIQUES.

1. Il est conseillé de commencer par consacrer tous ses efforts à distinguer l'Adulte de l'Enfant. Le débutant peut laisser de côté le Parent jusqu'à ce que le matériel le force à le prendre en considération. Il en va de même pour un nouveau patient.

2. Le système ne devrait être introduit que bien après le matériel clinique. Il est sage, par exemple, d'avoir en réserve au moins trois illustrations diagnostiques tirées des productions du patient. Si celui-ci ne comprend pas le premier exemple, le second peut lui être présenté. Si celui-là est rejeté à son tour, il faut mettre en cause une résistance ou une erreur dans le choix du moment, plutôt qu'un manque de compréhension. Dans ce cas il faut garder de côté le troisième exemple jusqu'à ce qu'il puisse être employé plus tard en confirmation d'une nouvelle tentative.

3. Par la suite le diagnostic du Parent ou de l'Enfant doivent être confirmés à l'aide du matériel historique. L'un des parents ou l'une des personnes qui en ont tenu la place, ou le patient lui-même pendant son enfance, doivent s'être comportés de la manière indiquée. Si une telle confirmation ne semble pas imminente, il faut suspendre le diagnostic.

4. La trichotomie doit être prise de manière tout à fait littérale. C'est exactement comme si chaque patient était formé de trois personnes différentes. Le thérapeute ne peut pas employer ce système avec efficacité, à moins qu'il ne vive la situation de cette façon. Le patient, par exemple, peut vouloir se faire soigner pour trois raisons différentes : l'une est celle pour laquelle sa mère (ou son père) l'auraient amené ici, l'autre est l'explication rationnelle ; la troisième enfin est la raison pour laquelle il serait venu s'il avait été un enfant d'âge préscolaire, peut-être par exemple pour obtenir un bonbon ou l'équivalent. Encore une fois, l'un de ces aspects peut avoir refusé de venir, mais les deux autres l'auront entraîné. Quand on peine pour comprendre ce qui se passe lors d'un entretien individuel, on peut souvent résoudre la difficulté en l'analysant comme s'il y avait en fait six personnes dans la pièce : par exemple le thérapeute, son père et lui-même en tant que petit garçon ; et, du côté de la patiente, une petite fille, une gouvernante ou une nurse ou un pédiatre neutres et objectifs et la mère de la patiente.

5. Une fois de plus les mots « mature » et « immature » n'ont pas

de place ici. On part de l'hypothèse que chaque patient a un Adulte complet sur le plan structural. Le problème est de savoir comment l'investir. Il y a toujours une radio, le problème est de savoir comment réussir à la brancher.

6. Le terme « puéril » ayant pris un sens péjoratif doit être pareillement exclu. L'Enfant peut être confus ou bourré de sentiments stériles, mais les qualités infantiles sont en puissance les traits les plus valables de la personnalité.

7. Les exemples donnés ici concernent pour leur plus grande part l'Enfant tel qu'il se manifeste sur le plan du comportement et sur le plan social, parce que ce sont les aspects que l'on peut observer objectivement. Leur examen ne permet qu'une pénétration intellectuelle. Pour obtenir les meilleurs résultats, il est nécessaire que le patient fasse l'expérience de l'état du moi lui-même, l'Enfant phénoménologique, qu'il soit de nouveau le petit garçon plein de plaies et de bosses ou la petite fille à la robe pleine d'accrocs, et qu'il revoie autour de lui les proches de son enfance avec une vision presque éidétique.

8. Il faut se rappeler que le concept de jeux est un concept très précis. Un jeu n'est pas simplement une habitude, une attitude ou une réaction, mais une succession spécifique d'opérations, pour chacune desquelles on attend une réponse spécifique : premier coup, réponse ; second coup, réponse ; troisième coup, réponse ; échec et mat !

9. Il peut falloir un certain temps pour se rendre compte que les jeux et les passe-temps ne sont pas des événements occasionnels, mais qu'ils occupent la plus grande partie du temps et des efforts prodigués en société.

10. Si le thérapeute s'aperçoit qu'un patient se livre à un certain jeu, ses investigations ultérieures lui montreront, ainsi qu'au patient lui-même, qu'il ne s'agit pas d'une saillie occasionnelle, mais d'une activité presque incessante qui se déroule heure après heure, jour après jour avec des degrés d'intensité variés.

11. L'intervention idéale est celle qui « met dans le mille », c'est-à-dire telle qu'elle a un sens pour les trois aspects de la personnalité du patient et que tous les trois peuvent l'accepter, étant donné qu'ils sont tous à l'écoute et entendent l'ensemble de ce qui est dit.

A un moment où l'atmosphère dans le groupe était tendue, M. Hecht sortit une barre de chocolat de sa poche et en donna la moitié à sa femme. Ensuite ces deux jeunes gens se pelotonnèrent dans leur chaise et se mirent à mâchonner comme

deux collégiens. Le docteur Q remarqua : « Maintenant je comprends pourquoi vous vous êtes mariés. Vous êtes comme deux enfants perdus dans les bois et qui se sauvent loin des parents dominateurs dont vous nous avez parlé. » M. Hecht ajouta : « Et nous mangeons des douceurs ensemble. » Le docteur Q renchérit : « Oui, vous vous faites des douceurs l'un à l'autre. » Tout le monde éclata de rire et M^{me} Hecht glissa : « Honi soit qui mal y pense ! »*.

La plaisanterie du docteur Q avait presque mis dans le mille. Elle avait plu aux Parents-saccharine des Hecht à cause du mot « douceur ». Elle avait plu à leurs Adultes parce qu'elle était pertinente et amusante. Et elle avait touché au moins un Enfant, celui de M^{me} Hecht, car celle-ci avait saisi la saveur anale intentionnelle de la remarque, qui avait pour but de faire allusion à la nature de leur contrat de scénario.

II. Une fois que le débutant s'est lancé, il passe par une période d'enthousiasme. Elle peut être suivie par une phase de répulsion, en particulier dans l'emploi de la terminologie. Ce mouvement de recul ne doit pas être source d'anxiété ou de résignation étant donné qu'il fait normalement partie du processus d'apprentissage. Bien plus, en l'absence d'une telle réaction, on peut se demander si le sujet fera jamais preuve d'une forte conviction. C'est précisément au moment où une nouvelle discipline professionnelle est sur le point de s'intégrer à la personnalité et où un engagement définitif va être pris que les résistances les plus profondes peuvent naître temporairement. Ceci semble être un élément normal de toute formation professionnelle et c'est probablement un phénomène structural naturel.

5. RÉSULTATS.

Le lecteur est maintenant familiarisé avec ce qu'on peut faire grâce à l'analyse transactionnelle. Parmi les clients de l'auteur durant les quatre dernières années, cent personnes environ ont accepté d'en faire l'essai (pendant sept semaines consécutives au moins et quelquefois sur une période allant jusqu'à deux ou trois ans). Parmi eux vingt étaient prépsychotiques, psychotiques ou post-psychotiques. Dans la majorité des cas, à la fin du traitement les patients, leur famille et le

* En français dans le texte (N. d. T.).

thérapeute lui-même se sentaient dans un meilleur état. Les expériences d'autres thérapeutes ayant recours à ce type de traitement sont analogues à bien des égards. Il était particulièrement satisfaisant de travailler avec des patients qui avaient auparavant été soignés par un ou plusieurs psychiatres employant la psychanalyse orthodoxe, une thérapie psychanalytique ou diverses autres approches, grâce à la bonne préparation qu'ils avaient acquise. Ces derniers ont généralement terminé leur traitement dans un état d'esprit enjoué et avec une attitude favorable envers l'analyse transactionnelle.

Chez certains patients, en particulier chez ceux qui ne réussirent pas à employer l'analyse transactionnelle d'une façon féconde, les changements dans l'attitude et dans le comportement furent minimes. Il y eut trois échecs complets, où les patients décidèrent de se faire hospitaliser ; tous trois étaient des gens qui avaient déjà subi des hospitalisations psychiatriques.

Parmi ces trois échecs le moins affligeant et le plus instructif fut celui de M^{me} B, la première alcoolique avec laquelle l'analyse des jeux eût été tentée. Apparemment elle avait acquis un certain *insight* et un jour, après deux entretiens individuels et dix séances de groupe hebdomadaires, elle prit la parole pour demander aux autres membres du groupe ce qu'ils pensaient d'elle. Tout le monde fut impressionné parce que c'était la première fois qu'elle participait activement. Le thérapeute vit que maintenant elle se sentait assez à son aise pour commencer à jouer son jeu. Les autres membres du groupe lui répondirent de façon objective et avec des compliments justifiés. M^{me} B protesta, disant qu'elle voulait « la vérité », ce qui signifiait de toute évidence des commentaires désagréables. Le groupe ne s'y prêta pas. En langage des jeux ils refusèrent de jouer les persécuteurs dans son jeu de l' « alcoolique ». Elle rentra chez elle et déclara à son mari que si elle prenait un verre de plus il devrait soit divorcer, soit la faire entrer à l'hôpital. Il promit. Bien vite elle fut de nouveau intoxiquée et il la fit entrer dans un hôpital. Lorsqu'elle en sortit, ils divorcèrent.

6. L'APPAREIL PSYCHIQUE.

Récemment on découvrit un cas où il semblait y avoir un clivage dans un état du moi non contaminé, situation dont on ne pouvait pas rendre compte sur la base de la théorie telle

qu'elle avait été formulée jusqu'ici. Lorsqu'on essaya d'expliquer cette anomalie, on se rendit compte qu'il fallait postuler certains éléments nouveaux dont l'utilité se vérifia immédiatement pour clarifier certaines obscurités.

L'exemple clinique à partir duquel on introduisit ces nouveaux éléments est celui de M. Decatur, représentant de commerce d'une trentaine d'années dont les affaires marchaient très bien, et qui rentra un jour chez lui après l'un de ses longs voyages dans un état de tension sexuelle intense. Après avoir fait l'amour une seule fois, de façon satisfaisante, avec sa femme, il retourna au travail le matin suivant dans la ville où il habitait. L'acte sexuel de la nuit n'avait fait qu'émousser son appétit sexuel naturel et il attendait avec impatience de rentrer chez lui le soir pour recommencer. Par conséquent il n'était pas étonnant que pendant la journée, en parlant avec ses clients et en les écoutant, il se soit surpris par moments en train de s'adonner à des fantasmes sexuels à leur sujet. Il fit l'observation qu'à ces moments-là son Adulte était divisé en deux parties, une partie sexuelle et une partie consacrée au travail. L'auteur penchait lui aussi pour un tel diagnostic. Les fantasmes sexuels semblaient être exempts d'éléments prégénitaux. Ils gênaient, ils étaient bien pesés et s'adaptaient bien aux possibilités réelles de chaque situation ; en principe ils remplissaient les critères d'un « intérêt d'objet » sexuel génital et réaliste, sinon ceux de l'amour, et ils se fondaient sur des poussées pulsionnelles biologiques normales. Comme toute inhibition et tout élément archaïque en était absent, on ne pouvait que les considérer comme Adultes, libres d'influences extéropsychiques et archéopsychiques et contrôlés par l'épreuve de réalité.

Parallèlement au déroulement de ces fantasmes, il continuait à parler et à écouter sur son mode habituel de vendeur brillant et cela aussi représentait une activité Adulte. Il fallait par conséquent admettre qu'au point de vue clinique son Adulte était clivé en deux états d'esprit différents qui fonctionnaient simultanément. Il fit remarquer, toutefois, que bien que ses fantasmes aient été intéressants et ses activités commerciales réussies, les uns comme les autres semblaient manquer d'intensité. D'après ses remarques on pouvait conclure qu'il y avait quelque clivage de l'investissement entre les deux aspects, si bien que ni l'un ni l'autre n'était aussi énergique qu'à l'ordinaire, lorsqu'ils fonctionnaient séparément. Il affirma aussi que ce qui l'avait aidé à fixer une partie de son esprit sur son travail, c'était un sentiment de devoir ou d' « obligation morale », qui l'avait

empêché de sombrer complètement dans ses fantasmes pendant qu'il était en train d'écouter un long récit fait par l'une de ses clientes.

L'exposé qui va suivre s'adresse plus particulièrement à ceux qui ont des bases cliniques solides en analyse transactionnelle. Sinon, les éléments postulés, qui sont des nécessités cliniques pratiques, courent le risque d'être pris pour un nouvel ensemble de concepts gratuits comme on n'en rencontre que trop souvent dans les psychologies académiques.

Nous parlerons maintenant de trois *ordres* (ou niveaux) : les déterminants, les organisateurs et les phénomènes. Les *phénomènes* nous sont déjà familiers sous la forme d'états du moi : Enfant, Adulte et Parent. Les *organiseurs* nous sont eux aussi familiers en tant qu'« organes » psychiques : archéopsyché, néopsyché et extéropsyché. Les *déterminants* sont des facteurs qui déterminent la nature de l'organisation et des phénomènes, c'est-à-dire qu'ils en établissent la programmation. La programmation *interne* naît des forces biologiques inhérentes à l'individu ; celles-ci peuvent influencer l'un ou l'autre des organisateurs et par conséquent les phénomènes qui en découlent. La programmation de *probabilité* naît d'une élaboration des données autonome, fondée sur l'expérience passée. La programmation *externe* naît des normes extérieures incorporées.

Dans le cas du représentant de commerce, le phénomène était un état du moi Adulte, manifestation de la néopsyché. Il y avait toutefois d'un côté un fort déterminant biologique interne et de l'autre un fort déterminant externe (moral). Cela déboucha sur un état du moi adulte clivé, dont une fraction était déterminée de façon pulsionnelle et dont l'autre était imposée par un sens du devoir. Le pouvoir exécutif, toutefois, était pendant tout le temps aux mains de la néopsyché, si bien que son comportement resta correct et à l'épreuve des éventualités réelles.

L'étape suivante est de supposer que chaque organisateur a deux fonctions, en mettant l'accent sur le fait que ces deux fonctions sont indépendantes. L'une consiste à organiser les déterminants afin qu'ils constituent des *influences* effectives, et l'autre à organiser les phénomènes. (On peut facilement rendre compte de l'indépendance de ces deux fonctions sur la base de l'équilibre des investissements. L'organisateur sur lequel se porte l'investissement actif le plus fort prend le pouvoir exécutif, celui sur lequel se porte l'investissement actif le moins fort se présente simplement comme influence). Étant donné que les

pulsions sont archaïques du point de vue phylogénétique, on peut supposer logiquement que l'archéopsyché organise la programmation interne. La néopsyché s'occupant de l'élaboration des données, on peut la considérer comme l'organisateur pour la programmation de probabilité. Quant à l'extéropsyché, qui est l'organe chargé des états du moi d'emprunt, c'est à elle qu'on peut assigner la tâche d'organiser la programmation externe.

Nous sommes maintenant en mesure de passer en revue certaines des difficultés auxquelles s'est heurtée l'analyse structurale. Un état du moi est la manifestation sur le plan phénoménologique et sur celui du comportement, de l'activité d'un certain organe psychique, ou organisateur. Ces mêmes organes ont pour tâche distincte d'organiser de manière efficace l'ensemble des déterminants les plus actifs à un moment donné. Cela donne lieu à deux séries parallèles avec neuf cas simples : L'Enfant avec une programmation interne, de probabilité ou externe ; l'Adulte, avec les mêmes possibilités et le Parent, avec les mêmes possibilités. Ces cas ne seront pas tous envisagés, mais on peut en examiner quelques-uns avec profit.

La caractéristique de l'archéopsyché est ce que Freud appelle le processus primaire, celle de la néopsyché le processus secondaire et celle de l'extéropsyché quelque chose qui s'apparente à l'identification. Par conséquent, l'Enfant a tendance à développer le processus primaire, mais la programmation de probabilité a, elle, tendance à s'interposer. L'Adulte a, lui, tendance à rechercher le processus secondaire, mais la programmation interne (pulsionnelle) cherche à contrarier cette fonction. Quant au Parent, il a tendance à fonctionner selon des paramètres d'emprunt, mais cela peut être perturbé par la programmation interne ou celle de probabilité.

Ces situations semblent analogues à certaines de celles qui ont été examinées plus haut sous le nom de contamination, et on n'a pas encore très bien éclairci leurs rapports respectifs. La contamination était présentée en termes spatiaux, tandis que dans le contexte présent on adopte un point de vue fonctionnel.

On a décrit le Parent comme ayant deux attitudes : l'une nourricière et l'autre prohibitive. Maintenant, on peut rendre compte de ces attitudes sur le plan fonctionnel alors qu'auparavant leur explication ne s'appuyait que sur des données historiques. L'explication fonctionnelle dépend de la pulsion de mort, selon qu'on l'admet ou non. Dans l'affirmative ces deux

attitudes peuvent être considérées comme des états du moi extéropsychiques programmés intérieurement : l'attitude nourricière serait déterminée par la libido, l'attitude prohibitive par la *mortido* (ou « *destrudo* », qui est le nom que certains auteurs préfèrent donner à l'énergie de la pulsion de mort). Si l'on n'admet pas le concept de pulsion de mort, le Parent nourricier est toujours programmé intérieurement (par exemple par un processus endocrinien), et le Parent prohibitif peut être considéré comme programmé extérieurement.

On a aussi décrit le Parent comme d'un côté une influence (« comme maman aurait aimé ») et de l'autre comme un état du moi actif (« comme maman »). Il est clair maintenant que la première formule se rapporte à une programmation externe (comme c'était le cas lorsque l'Adulte du représentant de commerce continuait à travailler par sens du devoir), alors que la seconde formule se réfère toujours à un état du moi actif qui peut être programmé selon l'une des trois voies ou selon une combinaison d'entre elles (« comme maman lorsqu'elle me dorlotait pendant une maladie » (interne) ; « comme maman lorsqu'elle contestait l'addition chez l'épicier » (probabilité) ; « comme maman quand elle me donnait des fessées » (externe ou interne de *mortido*)). Il est évident que cela a aussi un rapport avec la structure de second degré du Parent, si on la décrit du point de vue fonctionnel et non plus phénoménologique.

Il est aussi plus facile maintenant d'établir la distinction entre l'Enfant adapté et l'Enfant naturel. L'Enfant adapté est un état du moi archéopsychique à programmation externe, alors que l'Enfant naturel est un état du moi archéopsychique à programmation interne. Pour ne rien laisser dans l'ombre on peut aussi ajouter l'Enfant précoce qui serait l'Enfant régi par la programmation de probabilité, bien que dans la pratique les rapports avec les déterminants soient bien sûr plus complexes. Les exemples donnés ne veulent être que des illustrations schématiques ou des abstractions de ce que l'on peut voir dans la vie réelle.

L'hypothèse ou concept de programmation est particulièrement nécessaire si l'on veut essayer de clarifier les difficultés que l'on a rencontrées à plusieurs reprises à propos des états du moi Adultes. Un exemple de son utilité à cet égard nous est fourni par la possibilité qu'il offre de faire une distinction entre les autorités « rationnelles » et les autorités « autoritaires ». Une autorité rationnelle peut être un dictateur, ou un

monarque comme le roi Salomon, ou encore un certain type d'agent de la circulation. Un exemple courant dans les temps modernes en est l'administrateur colonial britannique ou australien : leur *optique* vis-à-vis des populations indigènes est typiquement celle d'un spécialiste de l'élaboration des données statistiques, mais leur *attitude* est paternaliste et les solutions qu'ils apportent aux problèmes s'adressent en général aux

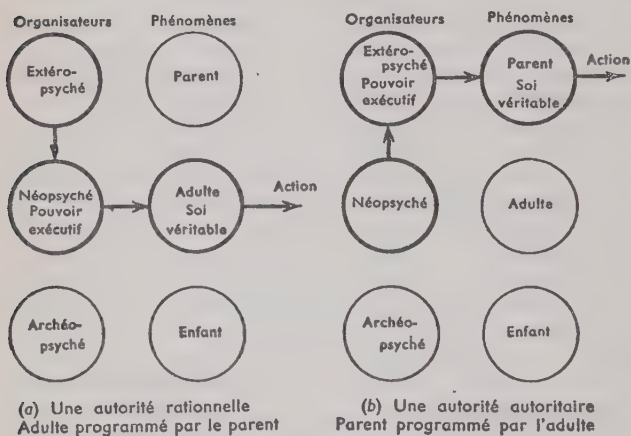


FIGURE 20.

aspects infantiles de leurs administrés². On pourrait appeler ce type de personnage un Adulte programmé par le Parent, tel qu'il est représenté dans la Figure 20 a. L'autorité autoritaire est le dictateur, petit ou grand, tel que le peint l'imagerie populaire : quelqu'un dont l'optique est avant tout d'imposer sa volonté à ses sujets, mais qui garde une attitude de justification rationnelle si bien que sa propagande fait appel à des données statistiques calculées pour justifier sa tyrannie. Étant donné que son « Soi véritable » est le Parent, « au fond de lui-même » il peut croire à ce qu'il dit. Il s'agit là d'un Parent programmé par l'Adulte tel qu'il est représenté dans la Figure 20 b. (Si on veut compléter le cadre, on peut aussi parler des autorités autocratiques imprévisibles, les empereurs romains programmés par l'Enfant, qui essayaient de mettre

en pratique leurs fantasmes archaïques en s'abandonnant complètement à leur cruauté débridée).

Sur un plan plus universel, en renvoyant à la Figure 17 d, l'Adulte éthique ou « Ethos » peut être envisagé du point de vue fonctionnel comme un Adulte programmé par le Parent (ce que l'on exprime quand on dit qu'une bonne mère se comporte moralement envers ses enfants). L'Adulte sensible ou « Pathos » peut être considéré comme un Adulte programmé par l'Enfant en se référant au fait qu'à un certain âge le petit frère pleure quand son grand frère a mal.

Ce que l'on appelle ici des déterminants, tirés par généralisation du matériel clinique de l'analyse transactionnelle, fait penser à un autre ensemble de concepts construits il y a déjà longtemps à partir d'un matériel analogue. Cette correspondance est source de satisfaction, car elle tend à confirmer la validité des deux systèmes par des séries d'observations indépendantes. Les concepts du ça, du moi et du surmoi se sont transformés quelque peu en jargon dans les mains des disciples de Freud et il est donc préférable de s'en tenir dans un exposé rigoureux aux formulations originelles³.

Le ça. « Son contenu comprend tout ce que l'être apporte en naissant, tout ce qui a été constitutionnellement déterminé, donc avant tout les pulsions émanées de l'organisation somatique et qui trouve dans le ça, sous des formes qui nous restent inconnues, un premier mode d'expression psychique... Cette partie la plus ancienne de l'appareil psychique demeure tout au long de la vie la plus importante. » Cette description recouvre de façon tout à fait qualifiée non seulement la conception courante de « l'activité du ça », mais aussi les facteurs génitaux et le comportement maternel nourricier, et en ce sens l'activité du ça ressemble à la « programmation interne ».

Le moi. « Il assure l'auto-conservation... et pour ce qui concerne l'extérieur il remplit sa tâche en apprenant à connaître les excitations, en accumulant (dans la mémoire) les expériences qu'elles lui fournissent, en évitant les excitations trop fortes (par la fuite), en s'accommodant d'excitations modérées (par l'adaptation), enfin en arrivant à modifier, de façon appropriée et à son avantage, le monde extérieur (activité). Au-dedans, il mène une action contre le ça en acquérant la maîtrise des exigences pulsionnelles et en décidant si celles-ci peuvent être satisfaites ou s'il convient de leur résister jusqu'à un moment plus favorable, ou encore s'il faut les étouffer tout à fait. » Une telle instance ressemble au calculateur de probabilités qui s'auto-

programme, doué de caractéristiques spéciales, et qui constitue un modèle pour la programmation néopsychique.

Le surmoi. « Durant la longue période d'enfance qu'il traverse et pendant laquelle il dépend de ses parents, l'individu en cours d'évolution voit se former dans son moi une instance particulière par laquelle se prolonge l'influence parentale... Ce n'est évidemment pas la seule personnalité des parents qui agit sur l'enfant, mais transmise par eux, l'influence des traditions familiales, raciales et nationales... Le surmoi d'un sujet, au cours de son évolution, se modèle aussi sur les successeurs et sur les substituts des parents. » En effet, le surmoi est un réservoir pour les influences extéropsychiques.

Et en résumé : « ... le ça et le surmoi ont un point commun, tous deux, en effet, représentant le rôle du passé, le ça celui de l'hérédité, le surmoi celui d'autrui, tandis que le moi, lui, est surtout déterminé par ce qu'il a toujours vécu ».

Freud ne s'attache nullement à établir une phénoménologie systématique et c'est là que l'analyse structurale peut utilement combler une lacune dans la théorie psychologique, tout comme l'analyse transactionnelle comble une lacune dans la théorie sociale en définissant des unités élémentaires (les transactions) et des unités plus larges (les jeux et les scénarios) de l'action sociale.

NOTES.

L'auteur a commencé à recourir à l'analyse structurale de façon assez régulière à l'automne 1954, après quelques années de mise au point préliminaire. Dès 1956 le besoin des principes de l'analyse transactionnelle et de l'analyse des jeux s'était fait sentir avec force et leur formulation permit de tracer un programme thérapeutique plus systématique. Les résultats obtenus pendant les phases initiales de septembre 1954 à septembre 1956 ont été exposés ailleurs et ils sont reproduits dans le tableau ci-dessous. Les critères employés étaient analogues à ceux mentionnés ici. « E » désigne les échecs (les patients dont le traitement a débouché sur une hospitalisation (volontaire)). « O » indique ceux chez lesquels on n'a constaté que peu de changements dans l'attitude ou dans le comportement. Sous « A » sont regroupés tous ceux que tous les observateurs disponibles à l'époque s'accordèrent pour trouver nettement améliorés. La ligne « P » comprend tous les pré-psychotiques, psychotiques et post-psychotiques, et la ligne « N » tous les autres patients.

<i>Total</i>	<i>Nombre</i>			<i>Pourcentage</i>		
	E	O	A	E	O	A
P 23	2	3	18	10	12	78
N 42	0	14	28	0	33	67

Dans le meilleur des cas la valeur de ces chiffres est sujette à discussion et dans le pire elle peut induire en erreur les patients, le public

averti et profane, et le thérapeute qui les a recueillis. La question de savoir s'il fallait dresser un tableau analogue pour les patients mentionnés dans le texte a été examinée avec des collègues et avec certains des patients eux-mêmes et les réponses ont presque toutes été hésitantes ou opposées. Les patients, qui sont ceux que le problème touche en premier lieu, étaient tout à fait disposés à apporter leur aide pour toutes les procédures d'évaluation que le thérapeute pourrait envisager, mais dans leur ensemble ils semblaient penser que les échelles statistiques n'avaient pas vraiment de rapport avec la réalité des progrès thérapeutiques. Une femme donna cet exemple : « Ce matin je me suis trouvée à regarder ma machine à laver et elle avait l'air *réel*. Cela m'a rendue très heureuse. Ce n'est pas comme ça que je voyais les choses quand je suis venue ici. La question était : « Comment savez-vous ce que cela veut dire pour moi et comment allez-vous le prouver à quelqu'un d'autre ? ». Les échecs totaux sont faciles à classer, mais les succès, au moins parmi la clientèle privée, sont difficiles à évaluer quantitativement de façon précise.

Pour le traitement la durée d'essai minimum a été fixée à sept semaines, ce qui semble correspondre à une période biologique naturelle. Il faut normalement de trente-neuf à quarante-cinq jours pour que les frontières du moi subissent un changement métastable et se fixent dans une nouvelle position. C'est la période de « cristallisation »⁵, par exemple, pour s'« habituer » à une nouvelle maison (chez les gens qui s'intéressent à l'endroit où ils vivent). Il est par conséquent indiqué du point de vue pragmatique, quand on fait un relevé, de ne compter sérieusement que les patients qui viennent régulièrement à leurs rendez-vous pendant sept semaines au moins, quelle que soit la fréquence de ces rendez-vous, pourvu qu'il y en ait un au moins par semaine. S'ils n'atteignaient pas cette fréquence, la durée de la période qui fait de chaque rendez-vous une « nouvelle expérience » et rompt ainsi la continuité, devra être établie différemment. Évidemment, la continuité est rompue aussi si une semaine est sautée pendant la période citée en premier lieu.

Le nombre des psychanalystes qui ont signalé des phénomènes structuraux, c'est-à-dire des glissements dans les états du moi, ou encore à qui des patients ont parlé de ce que l'on appelle ici l'Adulte et l'Enfant, est étonnant. Le fait surprenant, c'est qu'aucun d'entre eux à l'exception de Federn et de ses élèves ne se soit intéressé sérieusement à la question. H. Wiesenfeld a attiré mon attention sur un article de Ekstein et Wallerstein⁶ dans lequel ils mettent l'accent sur ces mêmes observations, mais à la fin abandonnent l'approche naturaliste pour se lancer dans une discussion technique des mécanismes de défense. Si intéressantes que soient leurs conclusions, elles semblent banales par rapport aux observations initiales si prometteuses et si excitantes. Cet article montre d'une manière fascinante les glissements entre les états du moi archéopsychique, néopsychique et extéro-psychique que l'on peut voir chez les enfants *borderline* et psychotiques.

RÉFÉRENCES.

1. Hawkins, D. « Mathematical Sieves ». *Scientific American*. 199 : 105-112, décembre 1958.
2. *Pacific Islands Monthly*. Pacific Publications Pty., Sydney. *Passim*.
3. Freud, S. *Abrégé de psychanalyse*. *Loc. cit.*
4. Berne, E. « Ego States in Psychotherapy ». *Loc. cit.*
5. Stendhal. *De l'amour*. Librairie H. et F. Champion. Paris, 1926.
6. Ekstein, R. & Wallerstein, J. « Observations on the Psychology of Borderline and Psychotic Children ». *Psychoanal. Study of the Child*, IX, 344-369, 1954.

APPENDICE

UN EXEMPLE DE TRAITEMENT TERMINÉ

Le cas suivant illustre la procédure suivie et les résultats obtenus par une cure ayant recours de bout en bout à l'analyse structurale et transactionnelle. Comme ce n'est que récemment qu'est devenu possible l'emploi systématique de cette approche, avec toute la richesse de ses développements théoriques, du début jusqu'à la fin du traitement, la période d'observation postérieure au traitement est relativement courte. Néanmoins, il ne s'agit pas d'un exemple isolé, et que ce soit par chance ou parce que la thérapie a atteint son but, il existe maintenant un petit groupe de cas dont l'évolution sera suivie avec un intérêt tout particulier au long des années. On y trouve des patients dont l'amélioration symptomatique et sociale fut exceptionnellement rapide (selon les critères anciens) dans des conditions thérapeutiques contrôlées.

Avant d'aborder plus en détail le cas de M^{me} Enatosky, il vaut la peine de se pencher brièvement sur celui de M^{me} Hendrix, mère de famille de trente ans. Celle-ci avait été vue pour la première fois dix ans auparavant, alors qu'elle souffrait d'une dépression avec agitation. Elle avait été soignée pendant un an selon les méthodes de soutien conventionnelles (qui consistent à « fournir des provisions verbales », comme on dit familièrement) et le traitement lui avait permis de se rétablir.

Quand elle revint dix ans plus tard elle était, c'est le moins qu'on puisse dire, dans un état bien pire que lors de l'épisode antérieur, avec des fantasmes de suicide plus actifs. Cette fois-là elle fut soignée au moyen de l'analyse structurale et transactionnelle et elle fit plus de progrès en six semaines qu'elle n'en avait fait pendant l'année entière où elle avait suivi une thérapie lors de l'épisode antérieur ; et ceci non seulement selon son opinion et selon celle du thérapeute, mais

encore selon celle de sa famille et de ses intimes ; en outre, cette amélioration était l'œuvre d'une technique qui s'éloignait résolument d'une offre « réconfortante » de « provisions ». Au bout de six autres semaines, elle s'en tirait mieux qu'elle ne l'avait jamais fait au cours de sa vie, et elle avait renoncé à quelques-unes de ses ambitions autistiques de longue date, pour vivre vraiment dans le monde. Elle avait aussi abandonné une tendance malsaine à récriminer contre sa situation ou son enfance malheureuse ; au lieu de jouer à la « Jambe de bois » ou à « Sans toi » elle commençait à découvrir son identité dans le cadre des nouvelles possibilités qui surgissaient dans sa vie familiale. Ce cas est mentionné ici parce qu'il offre l'exemple d'une situation à propos de laquelle on a le plus grand nombre de points de repère qu'il soit possible d'espérer en clinique : la même patiente avec deux épisodes analogues et bien définis séparés par un intervalle très net, soignée par le même thérapeute à l'aide de deux approches différentes.

Retournons maintenant au cas de M^{me} Enatosky. Comme on l'a raconté au commencement du chapitre XIV, cette femme se plaignait au début de « dépressions » qui la saisissaient brusquement. On peut rappeler qu'elle avait suivi auparavant trois formes de traitement : les Alcooliques Anonymes, l'hypnose et une psychothérapie combinée avec le Zen et le Yoga. Elle fit preuve d'une aptitude particulière pour l'analyse structurale et transactionnelle, et très vite elle commença à exercer un contrôle social sur les jeux qui se déroulaient entre elle et son mari et entre elle et son fils. La façon la plus précise de définir son cas consiste à parler de schizo-hystérie.

Le traitement sera maintenant décrit en détail en retenant l'essentiel de chaque séance.

I. 1^{er} Avril.

La patiente arriva à l'heure pour son premier entretien. Elle déclara qu'elle avait été suivie par d'autres thérapeutes mais qu'elle n'était pas satisfaite d'eux, qu'elle s'était ensuite adressée à une clinique municipale et qu'une assistante sociale à qui elle avait exposé son cas l'avait envoyée au docteur Q. On l'encouragea à continuer son récit et des questions opportunes lui furent posées sur des points importants pour tirer au clair son histoire psychiatrique. Elle déclara qu'elle avait été alcoolique pendant dix ans et qu'elle avait été guérie par les Alcooliques Anonymes. Elle affirma qu'elle avait pris l'habitude de boire

à l'âge de dix-neuf ans, lorsque sa mère était devenue psychotique. Ses dépressions avaient commencé au même moment. On lui posa des questions sur la nature de ses traitements psychiatriques antérieurs. On releva aussi les renseignements démographiques préliminaires : elle se définissait comme une mère de famille de trente-quatre ans, protestante, mariée une seule fois, possédant son baccalauréat, et dont le mari était mécanicien. On lui demanda encore quelle était la profession de son père, depuis quand elle était mariée, si elle avait des frères et sœurs, quelle était la différence d'âge (en années et en mois) qui la séparait d'eux, et quel était l'âge de ses enfants. Une enquête préliminaire sur d'éventuels événements traumatiques permit de découvrir que son père buvait énormément et que ses parents s'étaient séparés alors qu'elle avait sept ans.

L'historique médical révéla des maux de tête et une raideur dans un bras et dans une jambe, mais pas de convulsions, d'allergies, de maladies de la peau et d'autres troubles physiques ayant couramment des implications psychiatriques. On nota toutes les opérations, blessures et maladies graves qu'elle avait eues et l'âge auquel elle les avait eues. On prospecta son enfance à la recherche de signes psychopathologiques flagrants comme le somnambulisme, le rongement d'ongles, le bégaiement, le bredouillement, l'incontinence nocturne, le sucement de pouce et autres problèmes préscolaires. Son histoire scolaire fut passée en revue brièvement. On releva aussi les facteurs chimiques (médications par exemple ou substances nocives) auxquels elle avait été éventuellement exposée. Une exploration prudente de son état psychique fut entreprise et on lui demanda finalement de raconter tous les rêves dont elle se souvenait. Voici l'un d'eux, fait peu de temps auparavant : « Ils étaient en train de sortir mon mari de l'eau. Il était blessé à la tête et je me suis mise à crier. » Elle signala qu'elle avait souvent entendu des voix intérieures qui l'exhortaient à bien se porter et même une fois, deux ans auparavant, une voix « extérieure ». Les renseignements obtenus étaient suffisants pour un examen chronologique préliminaire et la patiente put ensuite parler à sa guise.

Remarques : Pour dresser ce curriculum vitæ le thérapeute s'était arrangé soigneusement afin que la patiente ait à tout moment l'impression d'avoir l'initiative, et d'être en train de satisfaire tout au plus la curiosité du thérapeute et non de répondre à un questionnaire formel ou manifestement systématique. Cela veut dire qu'elle avait pu autant qu'il était pos-

sible structurer l'entretien à sa guise et qu'on ne lui avait pas demandé de se livrer à un jeu de 'premier rendez-vous chez un psychiatre'. Comme elle se plaignait d'une raideur, elle fut adressée pour examen à un neurologue.

2. 8 avril.

Le neurologue pensait qu'elle pouvait avoir de l'arthrite cervicale, mais il ne lui avait prescrit aucun traitement particulier. La patiente mena cet entretien comme une sorte de tour d'horizon psychologique. Elle déclara spontanément qu'elle voulait qu'on l'approuve, qu'elle se rebellait « comme une petite fille », et que c'était comme cela qu'une « part adulte » d'elle-même jugeait cette conduite. Elle déclara que la « petite fille » semblait « puérile ». Il lui fut suggéré de laisser davantage le champ libre à la « petite fille » plutôt que d'essayer de la comprimer. Elle répondit que cela semblait impudent. « J'aime pourtant bien les enfants, mais je sais que je ne peux pas vivre à la hauteur de ce que mon père attend de moi, et je suis fatiguée d'essayer. » Cela comprenait aussi les « attentes » de son mari. Il lui fut expliqué que de telles « attentes » étaient, de façon générale, des « attentes parentales », étant donné qu'elle en avait dit presque autant d'elle-même. Elle pensait que les deux « parents » les plus importants de sa vie étaient son mari et son père. Elle avait une attitude séductrice envers son mari et elle se rendait compte qu'elle avait eu la même vis-à-vis de son père. Quand sa mère et son père s'étaient séparés, elle avait pensé (elle avait sept ans) : « J'aurais pu le retenir. » Ainsi elle avait non seulement un conflit au sujet de la complaisance, mais aussi une attitude séductrice à l'égard des figures parentales.

Remarques : L'aptitude remarquable de la patiente pour l'analyse structurale est déjà évidente. D'elle-même elle fait une distinction entre la « petite fille » et une « part adulte » et elle se rend compte de la complaisance de la « petite fille » envers certaines gens qu'elle met en rapport avec ses parents. Il suffit par conséquent de consolider cette trichotomie dans un sens non directif. Avec la plupart des autres patients, cela n'aurait pas pu être entrepris avant la troisième ou la quatrième séance, ou même plus tard.

3. 15 avril.

Elle n'aime pas que des gens lui disent ce qu'elle doit faire, surtout si ce sont des femmes. Ceci est une autre réaction aux

« parents ». Elle déclare qu'elle a l'impression de « marcher sur des œufs ». On lui montre que c'est ce qu'une petite fille doit éprouver, qu'il s'agit encore une fois de l'Enfant. Elle répond : « Oh mon dieu, c'est vrai ! Quand vous avez dit cela j'ai vu tout de suite une petite fille... c'est difficile à croire mais pour moi cela a un sens. Maintenant que vous le dites je sens que je ne voulais pas marcher : une petite fille en barboteuse... Je me sens toute drôle maintenant. Ils vous tirent par l'épaule droite et vous êtes folle de rage... Pourtant je fais pareil avec mon fils. Je le condamne tout en pensant « Je ne vais pas le condamner, je sais exactement ce qu'il ressent ! » A ce moment-là c'est vraiment ma mère qui est en train de critiquer. Est-ce là la partie parentale dont vous avez parlé ? Tout cela me fait un peu peur. »

C'est à ce moment-là que l'accent fut mis sur le fait qu'il n'y avait aucun côté mystérieux ou métaphysique dans ces jugements diagnostiques.

Remarques : La patiente a maintenant senti plus ou moins la réalité phénoménologique de l'Enfant et elle a apporté de nouveaux éléments aux tableaux social, historique, et à celui de son comportement, qu'elle avait tracés d'elle-même lors de ses précédents entretiens. Tout laisse supposer par conséquent qu'un traitement par l'analyse transactionnelle donnera de bons résultats.

4. 22 avril.

« Cette semaine j'ai été heureuse pour la première fois depuis quinze ans. Je n'ai pas à chercher beaucoup pour trouver l'Enfant, je peux le voir chez mon mari et aussi chez les autres. J'ai des problèmes avec mon fils. » Son jeu avec son fils lui fut expliqué, d'une manière inexacte mais au bon moment et avec des exemples, en termes de Parent (sa désapprobation et sa détermination), d'Enfant (son attitude séductrice et sa bouderie quand il se montre récalcitrant) et d'Adulte (sa satisfaction quand il fait finalement son travail). On lui suggéra qu'il valait peut-être la peine d'essayer une approche adulte (raisons de l'esprit) plutôt qu'une approche parentale (raisons du cœur).

Remarques : La patiente s'est maintenant engagée dans l'analyse transactionnelle proprement dite et l'idée de contrôle social a été suggérée.

5. 28 avril.

Elle dit que la situation avec son fils s'arrange. On essaie d'obtenir davantage de renseignements à propos de l'Enfant au moyen de l'analyse régressive. Elle raconte : « Le chat salit le tapis et c'est moi qu'on accuse et ils me forcent à nettoyer. Je dis que ce n'est pas moi et je bégaie. » Au cours de la discussion qui suit elle remarque que les Alcooliques Anonymes tout comme l'Église anglicane demandent que l'on confesse ses « cochonneries ». C'est pour cette raison qu'elle a quitté les uns et les autres. Quand la séance se termine, elle demande : « Est-ce bien d'être agressive ? ». Réponse : « Vous voulez que ce soit *moi* qui vous le dise ? ». Elle comprend l'affirmation sous-entendue dans la réponse du thérapeute (c'est-à-dire qu'elle devrait se prononcer elle-même sur des bases adultes plutôt que de demander la permission parentale) et elle réplique : « Non, je ne veux pas. »

Remarques : Au cours de cette séance quelques-uns des éléments de son scénario sont tirés au clair. On peut s'attendre à ce qu'elle essaie de répéter avec le thérapeute sous une forme bien adaptée la situation avec le chat. Sa question : « Est-ce bien d'être agressive ? » est peut-être la première étape de cette adaptation. Cela donne au thérapeute la possibilité de refuser de jouer et ainsi de renforcer son Adulte. La patiente a fait de tels progrès dans la compréhension de l'analyse structurale et transactionnelle qu'on peut déjà la considérer comme suffisamment préparée pour une thérapie de groupe assez avancée. Le groupe auquel elle va participer est composé en grande partie de femmes.

6. 4 mai.

Un rêve : « Je me regarde et je dis : « Ce n'est pas si mal ». » Le groupe lui a plu mais il l'a mise mal à son aise pendant tout le reste de la semaine. Elle raconte quelques souvenirs, y compris de jeux homosexuels pendant son enfance. « Oh ! C'est pour cela que je n'aimais pas les AA *. Il y avait là deux femmes homosexuelles et l'une d'elles me disait que j'étais sexy. » Elle se plaint de démangeaisons vaginales. « Ma mère et moi nous dormions ensemble et elle m'embêtait. »

Remarques : le contenu manifeste de son rêve est supposé Adulte et il donne de bons espoirs pour l'issue finale. Le fait

* Alcooliques Anonymes (N.d.T).

de participer au groupe a réactivé des conflits sexuels et c'est le premier signe que l'on ait sur leur nature.

7. 11 mai.

Elle se sentait tout à fait excitée à la sortie de la séance de groupe. « Les choses changent vite. Pourquoi est-ce qu'ils m'ont fait rire et rougir ? La situation est bien meilleure à la maison. Je peux embrasser mon fils maintenant et ma fille pour la première fois est venue s'asseoir sur mes genoux. Je ne peux pas être une bonne amante quand les choses sont monotones. »

Remarques : L'analyse de ses jeux familiaux, dont certains ont été esquissés au cours du chapitre XIV, a amené l'établissement d'un certain contrôle social Adulte. Il est évident que ses enfants se sont rendu compte de cette amélioration dans le contrôle et que pour la première fois depuis longtemps ils ont l'impression qu'elle peut maintenir sa position avec fermeté et qu'ils réagissent en conséquence. Son excitation dans le groupe et son affirmation qu'elle ne peut pas être une bonne amante quand les choses sont monotones indiquent qu'elle est embarquée dans un jeu sexuel avec son mari.

Un incident dans le groupe plus tard au cours de la semaine montre avec assez de netteté qu'elle a besoin de figures parentales dans certains de ses jeux. Il y a dans le groupe un nouveau patient, qui travaille dans un service d'assistance sociale et elle est tout à fait impressionnée par sa profession. Elle lui demande ce qu'ils sont censés faire ici. On lui fait remarquer qu'elle en sait plus long que lui, étant donné que lui vient pour la première fois et elle pour la troisième. Elle dit qu'elle n'aime pas que les gens lui disent ce qu'elle doit faire, pourtant, comme une paysanne, bien qu'elle ait plus d'expérience que lui, c'est à un novice qu'elle demande des consignes, parce qu'elle semble être impressionnée par son éducation : c'est évidemment une tentative pour mettre au point un jeu. Cette interprétation tombe juste. Elle admet qu'elle choisit une personne avec qui ça risque de marcher, et qu'elle la « coince » dans une attitude parentale, puis proteste contre cette même attitude.

8. 18 mai.

Elle a été bouleversée par l'analyse régressive dans le groupe. Cela l'a fait penser à sa peur de la folie et à sa mère à l'hôpital psychiatrique. Au cours de l'analyse, elle a parlé de portes

élégantes qui conduisaient dans un beau jardin. C'est un dérivé d'un fantasme de Jardin des délices antérieur à l'âge de cinq ans. Le matériel montre que le jardin a été adapté aux portes de l'hôpital psychiatrique où elle a rendu visite à sa mère il y a des années de cela. Cette expérience dans le groupe fournit une excellente occasion pour lui faire remarquer qu'au fond d'elle-même elle aimerait être hospitalisée et être ainsi délivrée de ses responsabilités.

Elle n'a rendu visite à sa mère qu'une seule fois pendant les cinq ou six dernières années et il lui est suggéré que peut-être il serait souhaitable qu'elle le fit de nouveau. Cette suggestion est formulée avec beaucoup de soin afin d'être adulte et non parentale. Il fallait éviter tout ce qui pourrait laisser sous-entendre qu'elle est une mauvaise fille de ne pas rendre visite à sa mère. Elle est capable de comprendre l'intérêt que cette visite présenterait comme exercice pour son Adulte et comme moyen de prévenir des difficultés éventuelles entre son Parent et son Enfant si sa mère venait à mourir. Elle accueille cette suggestion, comme le montre le fait qu'elle fournit de nouveaux renseignements. Son mari ne se lave jamais les cheveux, et il trouve toujours une bonne excuse pour cela, qu'elle accepte. Cela fait plusieurs mois qu'il ne se les est pas lavés. Elle dit qu'elle n'est pas trop ennuyée par cela. Le thérapeute déclare qu'elle devait être au courant de cette habitude quand ils se sont mariés. Elle le nie.

9. 25 mai.

Elle déclare qu'elle a toujours redouté davantage les animaux malades que les gens malades. Cette semaine son chat était malade et pour la première fois elle n'a pas eu peur de lui. Une fois, quand elle était petite, son père l'avait battue et son chien à elle avait sauté sur lui ; aussi son père avait fait cadeau du chien. Elle a dit à ses enfants que sa mère était morte. Chaque fois qu'elle pense à sa mère elle commence à boire. Une fois on lui a raconté que son père a essayé d'empoisonner sa mère alors qu'elle était enceinte de huit mois. La patiente avait été sauvée et sa mère avait été considérée comme fichue, mais elle s'en était tirée. La tante qui lui a raconté l'histoire dit : « Ta vie a été un gâchis depuis que tu es née. »

Remarques : La signification de tout cela n'est pas claire. Toutefois il est évident qu'il y a en ce moment perlaboration à propos de conflits assez complexes faisant intervenir sa mère.

Le fait qu'elle ait gardé le contrôle social avec le chat malade montre clairement qu'elle pourra rendre visite à sa mère dans un proche avenir.

10. 1^{er} juin.

« Franchement, la raison pour laquelle j'ai peur de rendre visite à ma mère c'est que peut-être j'aurais la tentation d'y rester moi aussi. » Elle se demande : « Est-ce que j'existe ? Parfois j'ai des doutes sur mon existence. » Ses parents se sont mariés parce qu'ils y étaient obligés et elle a toujours pensé qu'elle n'était pas désirée. Le thérapeute lui suggère de demander une copie de son acte de naissance.

Remarques : La patiente est maintenant en pleins problèmes existentiels. Son Adulte a évidemment toujours été chancelant parce que son Enfant avait des doutes sérieux sur son existence, son droit de vivre, et la forme sous laquelle elle existe. Son acte de naissance sera la preuve écrite qu'elle existe vraiment et son Enfant en particulier devrait en être fortement impressionné. A mesure que le contrôle social est établi et qu'elle apprend qu'il lui est possible d'exister sous la forme qu'elle-même choisit, son désir de se retirer à l'hôpital psychiatrique devrait disparaître.

11. 8 juin.

Elle raconte que son mari joue à l' « Alcoolique ». Aux AA on lui avait dit qu'elle devrait faire tout ce qu'elle pouvait pour le rendre heureux et le réconforter et cela l'avait dégoûtée. Elle a essayé quelque chose d'autre. « Un jour je lui ai dit que j'allais appeler l'ambulance pour le conduire à l'hôpital, étant donné qu'il ne semblait pas capable de s'occuper de lui-même ; aussi il s'est redressé et il n'a pas recommencé à boire depuis. » Il prétendait qu'il essayait simplement de l'aider à rester sobre en buvant lui-même. Cela est venu parce que la semaine dernière il a bu énormément ; elle, elle avait mal à l'épaule et elle voulait le battre, mais elle ne l'a pas fait et en revanche elle lui a dit son fait.

Tout cela montre que leur contrat de mariage secret se fonde en partie sur le postulat que lui boira et qu'elle jouera le rôle d'un sauveteur. Ce jeu a été renforcé à son profit à elle par les AA. Quand elle a refusé de continuer à faire le sauveteur et qu'à la place elle s'est mise à faire le persécuteur, le jeu a été

abandonné et son mari a cessé de boire (la semaine dernière le jeu a repris, à cause évidemment de l'état d'insécurité dans lequel elle se trouvait.)

On lui présente ce schéma d'explication. Elle commence par dire : « Cela ne peut pas avoir fait partie de notre contrat de mariage car aucun de nous ne buvait quand nous nous sommes rencontrés. » Un peu plus tard au cours de l'entretien elle déclare soudain : « Vous savez, maintenant je me souviens que je savais quand nous nous sommes mariés qu'il ne se lavait pas les cheveux, mais je ne savais pas qu'il buvait. » Le thérapeute affirme que les cheveux mal soignés faisaient aussi partie du contrat de mariage secret. Elle prend un air sceptique. Puis elle réfléchit une minute et s'exclame : « Mince alors, c'est vrai, je savais qu'il buvait. Quand nous étions au lycée, nous passions notre temps à boire ensemble. »

Il est clair maintenant que pendant les premières années de leur mariage, ils s'adonnaient à un jeu d' « Alcoolique » à rôles interchangeables. Quand elle buvait, son mari ne le faisait pas ; et quand c'était à lui de boire, elle restait sobre. Leur relation se fondait au départ sur ce jeu, qu'ils interrompirent par la suite ; ils ont dû d'ailleurs déployer des efforts considérables pour le rayer de leur mémoire.

Remarques : Cette séance a servi à mettre en lumière pour la patiente la structure de son mariage ; elle a mis aussi l'accent sur la quantité de temps et d'efforts qui sont nécessaires pour maintenir en vie les jeux conjugaux, et également sur la somme d'énergie que cela demande pour les refouler sans contrôle conscient.

12. 6 juillet.

Il y a eu un intervalle d'un mois pour les vacances d'été. La patiente en est revenue avec une épaule qui lui fait mal. Elle est allée à l'hôpital, et sa mère l'a renvoyée, ce qui lui a retiré tout espoir. Elle a quelques illusions olfactives. Elle a l'impression qu'il y a une odeur de gaz dans le bureau, mais décide qu'il s'agit de l'odeur d'un détersif. Cela amène à examiner son activité mentale. Dernièrement, pendant son apprentissage du Yoga, elle a cultivé une imagerie qui était presque eidétique. Elle voyait des jardins et des anges sans ailes avec une vivacité et une netteté de couleur et de détail remarquables. Elle se rappelait qu'elle avait eu le même type d'imagerie quand elle était enfant. Elle avait aussi des visions

du Christ et de son fils. Leur aspect était net et radieux. Maintenant elle voit des animaux et des fleurs. En fait, quand elle se promène dans des parcs, elle aime parler en cachette mais à voix haute aux arbres et aux fleurs. On examine avec elle les désirs que ces activités expriment. On en souligne les aspects artistiques et poétiques et on l'encourage par conséquent à écrire et à essayer de peindre avec ses doigts. Elle a vu son acte de naissance et ses doutes existentiels l'agitent moins fortement.

Remarques : Ces phénomènes ainsi que les illusions auditives dont elle a fait état auparavant ne sont pas nécessairement alarmants. Ils indiquent des tendances à retrouver son enfance, liées à sa relation profondément perturbée avec ses parents. L'approche conventionnelle consisterait à lui faire suivre un traitement « réconfortant », à l'aider à réprimer ses aspects psychopathologiques et à vivre sans s'en soucier. L'analyse structurale offre une autre possibilité qui demande une certaine audace : celle de permettre à cet Enfant troublé de s'exprimer et de profiter des expériences constructives qui en découlent.

13. 13 juillet.

Elle est allée trouver son médecin de famille et il lui a prescrit du Rauwolfia parce qu'elle avait une tension artérielle trop forte. Elle a annoncé à son mari qu'elle allait peindre avec ses doigts et il s'est mis en colère et lui a dit d'employer des pastels. Quand elle a refusé il a commencé à boire. Elle se rend compte qu'en agissant ainsi ils ont joué à la « Scène » et elle se sent quelque peu désespérée à l'idée de s'être laissé entraîner là-dedans. Toutefois, elle sait que si elle ne joue pas à la « Scène » avec lui, alors c'est lui qui se sent désespéré et c'est là un dilemme difficile à résoudre. Elle remarque aussi que la porte du merveilleux jardin ressemble beaucoup à la porte de la crèche où sa mère avait l'habitude de l'emmener quand elle était toute petite. Un nouveau problème se pose maintenant : comment distinguer l'effet de la psychothérapie de celui du Rauwolfia. Elle est toute prête à collaborer pour résoudre cette question.

14. 20 juillet.

Son intérêt s'affaiblit et elle se sent fatiguée. Elle reconnaît que c'est peut-être l'effet du traitement médicamenteux. Elle

raconte quelques scandales familiaux dont elle n'a jamais parlé à personne auparavant et elle déclare maintenant que ce n'est pas lorsque sa mère est devenue psychotique qu'elle a commencé à boire, mais à la suite de ces scandales.

Lors de cette séance une étape décisive est franchie. Pendant les séances thérapeutiques la patiente a l'habitude de s'asseoir dans une position gauche qui lui découvre largement les jambes. Maintenant elle se plaint de nouveau des femmes homosexuelles aux AA. Elle se plaint en outre de ce que les hommes lui faisaient aussi des avances. Elle ne comprend pas pourquoi, étant donné qu'elle ne faisait rien pour les provoquer. On lui signale sa position osée et cela la stupéfie. On lui fait alors remarquer qu'elle a dû s'asseoir pendant des années dans cette position provocante et que ce qu'elle attribue à l'agressivité des autres est probablement le fruit de son propre maintien crûment séducteur. A la séance de groupe suivante elle reste silencieuse pendant la majeure partie du temps et quand on lui demande pourquoi, elle raconte ce que le docteur lui a dit et à quel point cela l'a bouleversée.

Remarques : C'est une séance cruciale. Au risque de sacrifier les chances d'une vie familiale normale, la patiente a obtenu une multitude de bénéfices, primaires et secondaires, en s'adonnant à des jeux avec son mari et d'autres gens. Le bénéfice primaire externe consistait à éviter des relations sexuelles qui soient source de plaisir. Si elle peut renoncer à ces bénéfices, elle sera peut-être prête à nouer un rapport conjugal normal qui lui procurera des satisfactions telles qu'elles la récompenseront amplement de son renoncement. Les éléments schizoïdes présents dans son Enfant sont manifestes d'après sa symptomatologie. Les éléments hystériques sont visibles de la façon la plus claire dans son jeu socialement acceptable de « Viol », d'où le diagnostic de schizo-hystérie.

Dans son cas on évite d'appeler le jeu par son nom, étant donné qu'elle n'est pas encore assez endurcie pour supporter une telle verneur. On ne fait que le lui décrire sans en donner le nom. Toutefois, dans les groupes très évolués c'est un jeu qui est connu sous le nom technique de « Viol de premier degré ». C'est le jeu classique des hystériques : un exhibitionnisme brutal, « involontaire » et séducteur, suivi par des protestations de surprise et par des cris d'innocence offensée quand la réponse se présente. (Comme on l'a dit plus haut, sous sa forme la plus perverse, le « Viol de troisième degré », est un jeu qui se termine au tribunal ou à la morgue). Le problème thérapeutique

du moment est de savoir si elle est assez préparée et si la relation entre son Enfant et le thérapeute a été assez bien comprise pour que la confrontation prenne toute sa valeur. En un sens sa vie et celle de ses enfants repose sur la perspicacité du thérapeute à ce propos. Si elle décidait de se mettre en colère et d'abandonner le traitement, elle pourrait être ensuite perdue pour la psychiatrie, pendant longtemps et peut-être même définitivement. Si elle accepte cette interprétation, l'effet peut en être décisif, étant donné que ce jeu spécifique est son obstacle principal sur la voie du bonheur conjugal. Le thérapeute, naturellement, ne se serait pas risqué à soulever la question s'il n'avait pas eu une confiance considérable dans l'issue favorable.

15. 10 août.

Le thérapeute rentre après deux semaines de vacances. La confrontation a donné ses fruits. La patiente raconte maintenant une attaque qu'elle avait subie de la part de son père dans sa prime adolescence, pendant que sa belle-mère faisait semblant de dormir. Celui-ci s'était aussi livré à des voies de fait sur d'autres enfants, mais sa belle-mère le défendait toujours. Elle met en rapport cette attaque avec sa propre attitude séductrice. Elle parle assez longuement de cette situation, ce qui met en lumière son idée que le sexe est sale ou vulgaire. Elle dit qu'elle a toujours fait très attention sur le plan sexuel avec son mari à cause de cette idée et qu'elle a essayé d'éviter les relations sexuelles avec lui pour ce motif. Elle comprend que les jeux qu'elle joue avec lui sont une tentative pour éviter les rapports sexuels, étant donné qu'elle a l'impression de ne pas pouvoir se laisser aller suffisamment pour en tirer du plaisir et que pour elle c'est uniquement un fardeau.

Remarques : La patiente est évidemment choquée par la franchise du thérapeute, mais elle est récompensée parce que cela dévoile encore plus profondément la structure de son mariage et indique ce qui pourrait être fait à ce propos.

16. 17 août.

(Dernier entretien).

La patiente annonce que c'est son dernier entretien. Désormais elle n'a plus peur que son mari pense qu'elle est sale ou vulgaire si elle montre qu'elle a des désirs sexuels ; elle ne

lui a jamais demandé s'il le pensait, mais elle a toujours tenu cela pour acquis. Pendant la semaine elle a eu une attitude différente envers lui et il a répondu avec une surprise heureuse. Les derniers jours il est rentré à la maison en sifflotant pour la première fois depuis bien des années.

Elle se rend compte aussi d'autres choses. Elle s'est toujours apitoyée sur elle-même et elle a essayé de s'attirer la sympathie et l'admiration pour sa condition d'ancienne alcoolique. Elle comprend maintenant que c'était un jeu de « Jambe de bois ». Au point où elle en est, elle se sent prête à essayer de s'en tirer toute seule. Elle n'a plus non plus la même opinion à propos de son père. Peut-être a-t-elle contribué plus qu'elle ne le pensait à la séduction. La remarque sur ses jupes trop courtes l'a choquée, mais elle lui a aussi été utile. « Je n'aurais jamais admis que je voulais le sexe. J'ai toujours pensé que je voulais l'« attention ». Maintenant je peux admettre que je cherche le sexe. » Pendant la semaine elle a rendu visite à son père malade et hospitalisé dans une autre ville. Elle est à même de juger sa visite avec une objectivité remarquable. Maintenant elle sent qu'elle a coupé les ponts et elle ne veut plus rien avoir affaire avec lui. C'est pour cela qu'elle a pu développer ses rapports sexuels avec son mari. Elle pense aussi que le transfert s'est accompli à travers l'intermédiaire du thérapeute, qui au début a pris pendant un temps la place de son père ; mais maintenant elle n'a plus besoin de lui. Elle peut parler sans gêne à son mari du refoulement sexuel qui causait ses problèmes et de l'attirance sexuelle qu'elle a pour lui. Il est tombé d'accord avec elle et il lui a dit qu'il avait la même attirance à son égard. Elle a longuement réfléchi à tout cela depuis la dernière visite, et à la suite de cela elle a eu dans la nuit un rêve dans lequel elle voyait une femme merveilleuse, féminine et calme ; cela l'a remplie de bonheur. Les enfants sont différents eux aussi, ils sont heureux, détendus et serviables.

Sa tension artérielle a baissé et elle n'a plus de démangeaisons. Le thérapeute pense que l'amélioration pourrait être due au médicament, mais elle répond : « Non, je ne le pense pas, je sentirais la différence, j'en ai déjà pris. Avec le médicament je me sens fatiguée et nerveuse quand il fait son effet, mais maintenant c'est un sentiment entièrement nouveau. »

Elle raconte que maintenant elle dessine au lieu de faire de la peinture avec les doigts, et qu'elle fait ce qu'elle veut ; elle pense que c'est juste, que c'est comme apprendre à vivre. « Je ne

m'apitoie plus sur les gens, je pense qu'ils pourraient faire comme moi s'ils s'y prenaient de la bonne manière. Je n'ai plus l'impression d'être inférieure à tout le monde, bien que ce sentiment ne soit pas complètement disparu. Je ne veux plus venir au groupe, je préfère passer ce temps-là avec mon mari. C'est comme si nous allions recommencer à sortir ensemble, quand il rentre à la maison en sifflotant, c'est merveilleux. Je vais essayer pendant trois mois et si je me sens mal je vous appellerai. Je ne me sens plus si « névrosée » non plus : je veux parler de mes symptômes psychosomatiques et de mes sentiments de culpabilité et de ma peur de parler du sexe et de tout ça. C'est un miracle, c'est tout ce que je peux dire. Je ne peux pas expliquer ma sensation d'être heureuse, mais je sens que vous et moi nous y avons travaillé ensemble. Mon mari et moi nous nous sentons plus proches et plus en harmonie maintenant et il s'occupe même des enfants comme s'il fallait devenir l'homme de la maison. Je me sens même un petit peu coupable à propos des AA parce que je me suis servie d'eux pour mon jeu de la « Jambe de bois ». »

On lui demanda sans détour si l'analyse structurale lui avait été utile et également l'analyse des jeux, et dans chacun des cas elle répondit « Oh, oui ! ». Elle ajouta : « Le scénario aussi. Par exemple, je vous avais dit que mon mari n'avait aucun sens de l'humour et vous m'aviez répondu : « Doucement, vous ne le connaissez pas et il ne vous connaît pas, étant donné que jusqu'à maintenant vous n'avez fait que vous livrer à des jeux et mettre en scène vos scénarios ; aussi ni l'un ni l'autre ne savez comment l'autre est vraiment. » Vous aviez raison parce que maintenant j'ai découvert qu'en fait il a le sens de l'humour et que s'il ne l'avait pas, c'était parce que cela faisait partie du jeu. Je m'intéresse à ma maison et je vous en suis reconnaissante. Je peux aussi écrire des vers et exprimer mon amour pour mon mari. J'avais l'habitude de tout tenir enfermé. » A ce moment-là l'heure était presque finie. Le thérapeute lui demanda : « Voulez-vous prendre une tasse de café ? ». Elle répondit : « Non merci, je viens juste d'en prendre. Maintenant je vous ai dit ce que je ressens, ça y est, c'est tout, cela a été un grand plaisir de venir ici et je l'ai beaucoup apprécié. »

Remarques générales : Il n'est pas nécessaire de regarder avec un œil sceptique, alarmé ou avec les lèvres pincées cette amélioration satisfaisante, en dépit de l'incohérence apparente des fragments rapportés ci-dessus. La patiente elle-même a déjà

répondu à une bonne partie des questions qui pourraient se poser à un lecteur averti.

Par exemple, elle s'est elle-même rendu compte que le thérapeute a remplacé son père et qu'ensuite son mari a remplacé le thérapeute, si bien que l'on ne peut pas classer ce traitement parmi les cures aveugles classiques. Les traits les plus impressionnants sont les changements dans l'attitude de ses enfants et en particulier dans celle de son mari. Des critères indirects de cet ordre sont en général plus convaincants que les opinions du thérapeute ou celles de la patiente. Tout montre que le but thérapeutique initial a été atteint de manière systématique. Elle a abandonné la plupart de ses jeux et elle les a remplacés par des relations directes et intimes plus satisfaisantes. Ses vêtements et son comportement sont plus pudiques et en même temps elle semble plus attrayante et plus satisfaite sur le plan sexuel. On peut donner une interprétation rapide de ce qui s'est passé au niveau archaïque. Elle s'est adressée au thérapeute avec le fantasme provisoire d'être dominée et hypnotisée, comme cela s'était passé avec ses autres thérapeutes hommes. Elle a abandonné peu à peu ce fantasme à mesure qu'elle était confrontée avec ses jeux, et la remarque sur son attitude séductrice lui a montré clairement que le thérapeute n'allait pas se laisser séduire. En s'appuyant sur son Adulte renforcé, elle a alors été capable de prendre la décision d'abandonner ses ambitions infantiles et d'assumer son rôle de femme adulte.

Bien que, dans une optique traditionnelle, il n'y ait rien dans l'évolution de ce cas qui puisse permettre d'affirmer la stabilité de l'amélioration, il suffit d'un postulat pour envisager la situation en des termes plus optimistes et ce postulat est corroboré par l'expérience : c'est que le fait de se livrer à des jeux et de mettre en scène un scénario est sujet à option et qu'un Adulte fort peut y renoncer en faveur d'expériences satisfaisantes avec la réalité. C'est l'aspect « activiste » de l'analyse transactionnelle.

Quelques jours avant la fin de la période d'essai de trois mois qu'elle avait proposée, la patiente écrivit au thérapeute la lettre suivante : « Je me sens bien. Je n'ai plus à prendre de pilules et j'ai abandonné toutes celles pour la tension il y a maintenant un mois. La semaine dernière nous avons fêté mon trente-cinquième anniversaire. Mon mari et moi nous sommes sortis sans les enfants. L'eau était merveilleuse ainsi que les arbres. Mince ! si seulement j'arrivais à les peindre ! Nous avons

vu un énorme marsouin, c'était la première fois que j'en voyais un et il était si beau à regarder, si gracieux dans ses mouvements... Mon mari et moi nous entendons extrêmement bien. La nuit comme le jour il y a une telle différence. Nous sommes devenus plus proches, plus attentifs l'un à l'autre et je peux être moi-même. Voilà ce qui m'accablait la majeure partie du temps. J'avais toujours à être polie, etc... Il monte toujours les escaliers en sifflotant et cela me fait plus de bien que n'importe quoi. Je suis si contente que vous m'ayez suggéré de dessiner. Vous ne pouvez pas savoir le bien que cette simple chose m'a fait. Je fais des progrès et bientôt je pourrai m'essayer à la peinture. Les enfants pensent que mes dessins sont très bons et ils m'ont conseillé de faire une exposition. Le mois prochain je vais prendre des leçons de natation, sans blague, et je n'en aurais jamais été capable auparavant. A mesure que la date se rapproche je commence à avoir un tout petit peu peur, mais j'ai pris la décision de m'y mettre. Si je peux apprendre à plonger ma tête sous l'eau, cela suffira à me donner des frissons. Mon jardin est formidable. Pour cela aussi vous m'avez aidée. Bon sang, j'y passe plusieurs heures de suite deux fois par semaine au moins et personne ne trouve rien à y redire. Vous savez, je pense qu'ils m'aiment mieux ainsi.

« Je n'avais pas l'intention de divaguer de cette façon mais j'avais trop de choses à vous dire. Je vous écrirai pour vous raconter mes progrès en natation. Nous vous embrassons tous, ici à Salinas. »

Cette lettre rassura le thérapeute sur deux points :

1. L'amélioration de la patiente se poursuivait bien qu'elle ait abandonné son médicament pour la tension artérielle.
2. L'amélioration chez le mari et chez les enfants de la patiente n'avait pas disparu, même après la fin de la psychothérapie.

Il faudrait ajouter que le mari se lave maintenant les cheveux. Ce que l'on peut dire jusqu'à maintenant de plus pessimiste à propos de ce cas, c'est qu'il représente une fuite dans une vie familiale saine. La seule demande clinique légitime que l'on puisse adresser à l'analyse transactionnelle, c'est qu'elle obtienne des résultats aussi bons ou meilleurs que ceux des autres approches psychothérapiques, pour un investissement de temps et d'efforts donné. Dans le cas de M^{me} Enatosky il y avait eu seize séances individuelles et douze séances de groupe *.

* L'amélioration se maintenait toujours un an après la fin du traitement.

A ce propos, et pour comparaison, il faut se souvenir des paroles d'une psychanalyste pleine d'expérience et de sagesse ¹ : « Ce que nous conquérons, ce n'est qu'une partie de la psychogenèse : expressions de conflits, échecs dans le développement ; nous n'éliminons pas la source originelle de la névrose ; tout ce que nous faisons, c'est d'aider le patient à transformer avec plus d'habileté les frustrations névrotiques en compensations valables. Le fait que l'harmonie psychique dépende de certaines conditions fait de l'immunité un but inaccessible. L'article de Freud, *Analyse terminée et analyse interminable*, a été pour ceux de nous qui nourrissaient des ambitions thérapeutiques illimitées, à la fois une déception et un soulagement. »

RÉFÉRENCES.

1. Deutsch, H. « Psychoanalytic Therapy in the Light of Follow-up ». *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* VII : 445-458, 1959.

INDEX DES PATIENTS

- Aaron, 197-198.
- B., M^{me}, 245.
- Camellia, 93-98, 106, 236-237.
- Catters, M^{me}, 120-123, 124-125, 134-137, 168.
- Cicely, 93-98.
- Daisy, 103, 236-237.
- Daphne, 93-98.
- Decatur, M., 246-247.
- Deuter, M., 197, 198, 200, 204 n.
- Disset, M., 152-154.
- Dix, M., 70, 71, 80-81 n.
- Dodakiss, M^{me}, 104-106, 169.
- Eikos, M^{me}, 160-162, 167, 168 n.
- Enatosky, M^{me}, 156-160, 169, 250-272.
- Endicott, Dr, 70-71, 81 n.
- Ennat, M., 65-66, 69-70, 73, 80 n., 212.
- Groupe des mères, 182-189, 193 n.
- Groupe de l'hôpital psychiatrique, 175-182.
- Hecht, M. et M^{me}, 226-227, 243-244.
- Hendrix, M^{me}, 255-256.
- Hept (famille), 54-56.
- Hockett, M^{lle}, 154.
- Holly, 93-98, 102.
- Hyacinth, 93-98, 106, 107-108.
- Iris, 103, 106, 232-233, 236-237.
- Kinz, M., 123-124, 130-134, 137.
- Lily, 93-98.
- Magnolia, 103, 202, 236-237.
- Ogden, M^{lle}, 56, 62.
- Penty, M. et M^{me}, 226.
- Primus, M^{me}, 27-31, 38, 41, 42, 59, 62, 142, 144.
- Protus, M., 163-164, 169.
- Quatry, M. et M^{me}, 225-226.
- Quatry, M^{me}, 212-213, 214, 215-216 n., 228.
- Quint, Dr, 45-46, 62, 71, 231.
- Rosita, 93-98, 106, 107, 236-237.
- Sachs, M^{me}, 49, 50, 165-166, 168 n.
- Sayers, M^{me}, 124-127, 128-129 n.
- Segundo, M., 31-32, 35 n., 92, 114, 146-152, 155 n.
- Septim, M. et M^{me}, 227.
- Tettar, M^{me}, 38, 42, 142, 144.
- Tredick, M^{me}, 108-109.
- Triss (sœurs), 209-211, 215 n.
- Troy, M., 33-34, 42, 43-44, 46, 61, 63, 71, 73, 96, 124-125, 142, 167, 201, 206-208, 215 n., 231.
- Veronica, 98 n.
- Wheat, M., 234-235.
- Zoyon, M^{lle}, 203-204.

INDEX DES AUTEURS CITÉS

- Alexander, F., 168 n.
 Appel, K. E., 22 n., 23.
 Aristote, 59 n.
 Ashby, W. R., 81 n.
- Bach, G. R., 193 n.
 Balzac, H. de, 228 n., 229.
 Bateson, G., 91 n.
 Berliner, B., 128 n., 129.
 Berne, E., 35, 81, 91, 99, 117, 193, 216, 253.
 Breuer, J., 215, 215 n., 216.
 Burrow, T., 193 n.
- Chandler, A. L., 17, 18, 168, 238.
 Cobb, S., 16, 18.
 Cohen, E. A., 59.
 Colby, K. M., 42 n.
- Darwin, C., 74, 81.
 Déjerine, 22 n.
 Dement, W., 52 n., 59.
 Derrick, R. A., 59, 216.
 Deutsch, H., 272.
 Dubois, 22 n.
- Ekstein, R., 253 n.
 Erikson, E. H., 81 n., 214, 216.
- Federn, P., 11, 16, 17, 18, 40, 61, 68, 253 n.
 Feldman, S. S., 81 n., 82, 117 n.
 Fenichel, O., 68, 168 n., 216.
 Ferenczi, S., 214.
 Fisher, S., 215 n., 216.
 French, T. M., 168.
 Freud, S., 11, 35 n., 42 n., 60, 61, 68, 104, 117, 204 n., 205, 215, 216 n., 221, 232, 241, 248, 251, 252, 253, 272.
 Fromm-Reichmann, F., 143, 155.
- Glover, E., 129 n.
 Grotjahn, M., 229.
- Hall, E. T., 82.
 Harrington, A., 50.
- Hartman, M. A., 17, 18, 168, 238.
 Hawkins, D., 253.
 Heron, W., 91.
 Hinsie, L. E., 23 n., 129.
 Huizinga, J., 91 n.
 Hunt, J. M., 23.
- Jackson, D. D., 91 n.
 Jackson, J., 229.
 James, W., 238.
 Jasper, H., 16, 18.
 Jeffress, L. A., 82.
 Johnson, A. M., 208, 215 n., 216.
- Kant, E., 59 n.
 Keyserling, H., 229 n.
 Kierkegaard, J., 91 n.
 Klein, M., 204 n., 205.
- Korzybski, A., 204 n., 205.
 Kubie, L. S., 16, 18, 232, 238.
 Kupfer, D., 80 n.
- Lewin, B., 155.
 Lewin, K., 82.
 Lindt, H., 117 n.
- Mandell, D., 215 n., 216.
 Mead, M., 209, 216.
 Meyer, A., 22 n.
 Moore, M., 22 n.
 Moreno, J. L., 238.
- « Pacific Islands Monthly », 253.
 Paré, A., 113.
 Pei, M., 82.
 Penfield, W., 15, 16, 17, 18, 232, 238.
 Piaget, J., 46, 51, 72, 81, 204 n., 205.
 Platon, 59 n.
 Potter, S., 117.
- Reik, T., 221, 229.
 Riley, H. A., 23.
 Roberts, L., 16, 18.
 Rogers, C., 22 n.

Rosen, J., 143, 155, 237, 238.

Rosenfeld, B., 193 n.

Royce, J., 204 n.

Runes, D. D., 238.

Schapps, M. R., 81 n., 82.

Schnitzler, A., 228 n.

Sechehayé, M. A., 155.

Shatzky, J., 23 n., 129.

Spitz, R., 85, 87, 91, 117 n., 204 n.,
205.

Starrels, R., 117.

Stendhal, 253.

Szurek, S. A., 215 n., 216.

Thomas, G. W., 22 n., 23.

Tilney, F., 23.

Trinchero, A., 117.

Wald, R., 204 n.

Wallerstein, J., 253 n.

Weakland, J. H., 91 n.

Weiss, Edoardo, 11, 17, 18, 42.

Wiener, N., 81 n.

Wiesenfeld, H., 253 n.

Yap, P. M., 10.

Zeigarnik, B., 82.

Zisovich, E., 193 n.

INDEX DES MATIÈRES

- abréaction, 232.
- Abbrégé de psychanalyse* (Freud), 35.
- activisme, 148.
- adaptation, faculté d', 77.
- adaptation, 119.
- Adulte*, 29-34, 36, 37, 43, 60-67, 77-80, 89, 92, 102, 141-155, 230-232, 242-243, 248-250 ; définition, 10, 21-22.
voir aussi l'histoire de chaque cas dans l'Index des patients.
- Adulte, état du moi ; voir état du moi.
- Adulte exclusif ; voir exclusion.
- « Alcoolique », 111-112.
- amour, 223.
- « analyse directe », 237.
- antagonisme, 135.
- antipathie, 135.
- « Anti-Schlemiel », 110.
- archaïques, peurs, 29.
- archéopsyché, 21, 29, 34, 36, 66, 85, 248.
- archéopsychiques, éléments, 201.
- archéopsychiques, vestiges, 34.
- assimilation, 52.
- « Association de Parents d'Élèves », 101, 102.
- autistique, pensée, 29.
- auto-analyse, 23 n.
- bénéfice biologique, 105, 117 n.
- bénéfice primaire interne, 104, 122.
- bénéfice primaire externe, 104, 122.
- bénéfice secondaire, 104, 122.
- bénéfice social, 104, 108, 122.
- ça, 251-252.
- conforme au moi, 39.
- conjugale, consultation, 217.
- contacts sociaux, théorie des, 85-87.
- contamination, 47-49.
- contrôle social, 21, 92, 97, 156, 169, 175, 182-189, 230.
- contrôle symptomatique, 156-160.
- crase*, 89.
- cure psychanalytique, 166-168.
- cure transférentielle, 165-166.
- décontamination, processus de 146-147, 153, 230.
- délires, 63.
- dépersonnalisation, 66.
- désespoir, 111.
- déterminants, 247, 251.
- diagnostic, 69-80.
voir aussi diagnostic de comportement, diagnostic historique, diagnostic opérationnel, diagnostic social.
- diagnostic, critères de, 72-76.
- diagnostic de comportement, 77, 157.
- diagnostic historique, 78.
- diagnostic opérationnel, 78.
- diagnostic phénoménologique, 78.
- diagnostic social, 78.
- échanges sociaux, 89-90, 100, 236.
— théorie dynamique des, 128.
- énergie psychique, 42 n.
- Enfant, 29-34, 36-37, 43, 60-67, 77-80, 89, 92, 102, 141-155, 230-232, 242-243, 248-250.
définition, 10, 21-22.
voir aussi l'histoire de chaque cas dans l'Index des patients.
- Enfant exclusif ; voir exclusion.
- épreuve de réalité, 29, 30, 35 n., 41, 62.
- états du moi, 15-18, 21, 28-30, 31, 33, 41-42, 46, 49-50, 61-62, 70, 72-73, 77-81, 142, 198, 216 n., 230, 232, 248-249.
— Adulte, 78-79.
— Infantile, 79-80.
— Parental, 77-78.
—, glissements dans les 41-42.
— traumatiques, 53-56.
- étrangeté, 64-65.

exclusion, 43-46.
 extéropsyché, 21, 34, 36, 152, 248.
 extéropsychiques, éléments, 201.
 extéropsychique, fonctionnement,
 34.

« Femme frigide », 225, 228 n.
 fluidité biologique, 77.
 frontières du moi, 38-39, 50, 64,
 230.
 frontières, symptômes de, 64.

gestes, 74.
 groupe, thérapie de, 169-192, 218.
voir aussi transactionnelle,
 thérapie de groupe.

hallucinations, 62.
 hyperboliques, adverbess, 75.
 hypomanie, 66.
 hystérie de conversion, 62.

identité, 81 n.
 idiosyncrasies, 144.
 image du moi, 80 n.
 images plastiques, 215.
 indifférence, 135.
 infantile, analyse de la structure,
 212-215.
 Infantile, état du moi ; *voir* état
 du moi.
 insight — intuition, 64-65.
 intimité, 89.
 investissement, 30, 42 n., 44, 45,
 143, 230.
 flux de l', 37-38.
 labilité de l', 50.
 trois états de l', 40.
 investissement actif ; *voir* investis-
 sement, trois états de l'.
 investissement délié ; *voir* inves-
 tissement, trois états de l'.
 investissement dominant, 142.
 investissement libre ; *voir* investis-
 sement, trois états de l'.
 investissement lié ; *voir* investis-
 sement, trois états de l'.

« Jambe de bois », 113-114, 149.
 jeux, 22, 88, 100-116, 221, 222,
 243, 252.
 jeux, analyse des, 93, 100-116, 135,
 168 n., 169, 218, 229 n., 233,
 252 n.

libre association, 11, 167.
 lobe temporal, phénomène du, 232.

maintien, 73.
 mariage, structure du, 220-222.
 mariage, thérapie du, 217-228.
 maturité, concept de, 59.
 mémoire, 15-18.
 modèle du moi, 80 n.
 moi, 251-252.

néopsyché, 21, 29, 34, 36, 40, 66,
 78, 81, 85, 145, 247, 248.
 néopsychiques, éléments, 201.
 néopsychique, fonctionnement, 34.
 névroses, thérapie des, 156-168.
 névrose de caractère, 57.
 névrose d'impulsion, 67.
 névrose de transfert, 129 n., 168.
 névrose traumatique ; *voir* état du
 moi, traumatique.
 non-conforme au moi, 38-39.
 « normaux » gens, 57-58.
 nourricière, attitude, 248-249.

organismes, 247, 250.
 orthogénèse, 61.

Parent, 29-34, 36, 37, 43, 60-67,
 77-80, 89, 92, 102, 141-145, 230-
 232, 242-243, 248-250.
 définition, 10, 21-22.
 voir aussi l'histoire de chaque
 cas dans l'Index des patients.
 Parent exclusif ; *voir* exclusion.
 Parental, état du moi ; *voir* état
 du moi.
 « Parentale », approche, 19-20,
 22 n.
 Parentale, analyse de la structure,
 206-210.
 passe-temps, 22, 88, 100-103, 243.
 pathogénie, 52-59.
 pathologie fonctionnelle, 43, 49-50.
 pathologie structurale, 43.
 persona, 81 n.
 personnalité, fonction de la, 36-42.
 personnalité, structure de la, 27-34.
 — structure détaillée de la,
 197-204.
 phénomènes, 247, 250.
 « Pourquoi est-ce que vous ne...
 Oui, mais », 107-108.
 pouvoir exécutif, 37, 39, 40, 77,
 247.
 pré-logique, pensée, 36.
 privation affective, 85.
 privation sensorielle, 85, 90 n.
 processus primaire, 29, 35 n., 248.
 processus secondaire, 29, 35 n., 248.
 programmation, 88, 89, 246, 247,
 248.

- programmation de probabilité ;
voir programmation.
- programmation externe ; voir programmation.
- programmation interne ; voir programmation.
- prohibitive, attitude, 248-249.
- protocole, 119.
- psychanalyse, 9, 167.
définition, 11.
— et analyse structurale, 9-10, 67, 72, 92, 151.
- « Psychiatrie », 101, 102, 192, 220, 232-233.
- « psychiatrie comparée », 10.
- psychiatrie sociale, 85, 88.
définition, 10.
- psychique, caractère, 77.
- psychodrame, 237.
- « psychopathies » culturelles, 208-209.
- psychopathologie, 43-50.
- psychoses actives, 141-145.
- psychoses latentes, 145-155.
voir aussi psychoses fonctionnelles.
- psychoses fonctionnelles, thérapie des, 141-155.
- Psychothérapie analytique* (Alexander et French), 168 n.
- rationnel, jugement, 29.
- rationnelles, approches, 19-20, 22 n.
- refoulement, 66.
- régressive, analyse, 230-238.
- relations, analyse des, 130-137.
- relation complémentaire, 96, 132.
- rôle, 240-241.
- « Sans toi », 104, 106.
- scénario, 22, 221, 222, 252.
voir aussi scénarios, analyse des scénarios, analyse des, 93, 118-128, 168, 169.
- « Scène », 115.
- « Schlemiel », 109.
- soi, problème du, 39-41.
- soif-de-reconnaissance, 86.
- soif-de-stimuli, 85-86.
- soif-de-structure, 87, 90 n.
- soulagement symptomatique, 160-165.
- souvenirs viscéraux, 232.
- stimuli sensoriels, 85.
- stimuli, réaction aux, 36-37.
- structurale, analyse, 18, 28, 32, 43, 57, 59, 61, 71, 73, 80 n., 92, 93, 148, 151, 160, 167, 169, 170, 172-173, 191, 200, 202-203, 231, 233, 239, 241, 248.
— avancée, 206-215.
fondements rationnels de, 19-20.
fondements théoriques de, 34.
formation en, 241.
langage de la, 21-22.
principes de la (résumés), 77-80.
procédure de la, 20-21.
— et psychanalyse, 9-10, 67, 72.
- surmoi, 252.
- symbole du moi, 80 n.
- sympathie, 135.
- syndromatologie, 60-67.
- traitement terminé, exemple de, 255-272.
- transactionnel, stimulus, 89, 94.
- transactionnelle, analyse, 18, 72, 81 n., 89, 93-98, 127, 151, 167, 169, 174-175, 191, 218, 223, 230, 231, 233, 239, 241, 251, 252.
définition, 10.
fondements rationnels de la, 19-20.
langage de la, 21-22.
procédure de la, 20-21.
- transactionnelle, réponse, 89, 94, 221.
- transactionnelle, groupe de thérapie, 89-90, 92-98, 100-116.
voir aussi groupe, thérapie de.
- transactions, 89.
analyse des, 92-98.
- transactions complémentaires, 96, 105, 150.
- transactions croisées, 10, 95-96, 105, 150.
- transactions secondes, 106, 117 n.
- transfert, 11, 71, 96, 118, 168.
- transférentielle, amélioration, 168 n.
- traumatisme ; voir état du moi traumatique.
- « Tribunal », 227-228.
- unité du moi, 52.
- vecteur conjonctif, 132, 133, 134.
- vocabulaire, 75.
- voix, 74.
- Zeigarnik, effet, 81 n.

PETITE BIBLIOTHÈQUE PAYOT

1. — SCHWEITZER : Les grands penseurs de l'Inde.
2. — WOOD : La pratique du yoga.
3. — AEPPLI : Les rêves et leur interprétation.
5. — HATZFELD : Histoire de la Grèce ancienne.
6. — FREUD : Introduction à la psychanalyse.
11. — ALEXANDER : La médecine psychosomatique.
15. — ADLER : L'enfant difficile.
19. — EPSTEIN : Le Judaïsme.
23. — LE FLOC'HMOAN : La genèse des sports.
27. — NETTL : Mozart.
28. — FERENCZI : Thalassa. Psychanalyse des origines de la vie sexuelle.
42. — WIORA : Les quatre âges de la musique.
44. — FREUD : Essais de psychanalyse.
45. — STANISLAVSKI : La formation de l'acteur.
47. — EINSTEIN et INFELD : L'évolution des idées en physique.
53. — JUNG : L'homme à la découverte de son âme.
54. — FINK et LUTTYENS : La physique de la télévision.
55. — SCHUMPETER : Capitalisme, socialisme et démocratie.
58. — MARTHE ROBERT : La révolution psychanalytique (Tome I).
59. — MARTHE ROBERT : (Tome II).
61. — BOUTHOU : La surpopulation.
62. — EINSTEIN : La relativité.
66. — LEMAIRE : La relaxation.
69. — VOYENNE : Histoire de l'idée européenne.
71. — NACHT : Le masochisme.
73. — PAGE : Le radar.
75. — ATKINSON : Histoire d'Espagne et du Portugal.
76. — CHERTOK : L'hypnose.
77. — FREUD : Totem et tabou.
79. — RUSSELL : Problèmes de philosophie.
82. — HADFIELD : L'enfance et l'adolescence.
84. — FREUD : Cinq leçons sur la psychanalyse.
86. — BALINT : Le médecin, son malade et la maladie.
87. — DIEL : Le symbolisme dans la mythologie grecque.
89. — SOMBART : Le bourgeois.
90. — ADLER : Connaissance de l'homme.
92. — FOIX : La graphologie.
93. — JASPERS : Initiation à la méthode philosophique.
94. — FARRINGTON : La science dans l'antiquité.
95. — MALINOWSKI : La sexualité et sa répression dans les sociétés primitives.
97. — FREUD : Psychopathologie de la vie quotidienne.
98. — PARAF : Le racisme dans le monde.
99. — OSBORN : Marxisme et psychanalyse.
101. — SEBAG : Marxisme et structuralisme.
103. — TINBERGEN : La vie sociale des animaux (introduction à la sociologie animale).
105. — MARTHE ROBERT : L'ancien et le nouveau (de Don Quichotte à Kafka).
107. — MANN : Goethe et Tolstoï.
109. — MALINOWSKI : Trois essais sur la vie sociale des primitifs.
110. — HELD : Psychothérapie et psychanalyse.

111. — WEIGALL : Histoire de l'Égypte ancienne.
112. — KLEIN/RIVIERE : L'amour et la haine.
116. — DIEL : La peur et l'angoisse.
117. — BOUTHOU : Variations et mutations sociales.
119. — BERGE : Les défauts de l'enfant.
121. — RANK : Le traumatisme de la naissance.
122. — MAGNY : Essai sur les limites de la littérature.
124. — JUNG et KERÉNYI : Introduction à l'essence de la mythologie.
126. — RONDIERE : Rendez-vous 1980 (la science et la technique au secours du tiers monde).
127. — ADLER : Le sens de la vie.
129. — DOURLIN-ROLLIER : Le planning familial dans le monde.
130. — LAFORGUE : Psychopathologie de l'échec.
131. — BULTMANN : Le christianisme primitif.
132. — EVANS-PRITCHARD : Anthropologie sociale.
136. — CLARK : Ghetto noir.
137. — LOWIE : Traité de sociologie primitive.
139. — KEYNES : Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie.
141. — STENDHAL : Vie de Napoléon.
142. — FRAZER : Mythes sur l'origine du feu.
143. — RUEFF : Des sciences physiques aux sciences morales.
144. — P.-H. SIMON : L'esprit et l'histoire.
146. — WATTS : Le bouddhisme zen.
147. — CHASSEGUET-SMIRGEL : La sexualité féminine.
148. — CHOMSKY : Le langage et la pensée.
149. — VALABRÈGUE : La condition étudiante.
150. — HUXLEY : L'art de voir.
151. — ADLER : Le tempérament nerveux.
152. — JASPERS : Essais philosophiques.
153. — DEUTSCH : Problèmes de l'adolescence.
155. — EVANS : Entretiens avec C. G. Jung.
158. — CORNEVIN : Histoire de l'Afrique, des origines à la 2^e guerre mondiale.
159. — MUELLER : L'irrationalisme contemporain.
160. — LEFRANC : Essais sur les problèmes socialistes et syndicaux.
162. — BALINT : Techniques psychothérapeutiques en médecine.
163. — CHOMBART DE LAUWE : Images de la culture.
164. — LEWIN : Phantastica (drogues psychédéliques, stupéfiants, hallucinogènes).
165. — DIEL : Psychologie de la motivation.
166. — RUBEL : Pages de Karl Marx 1 : Sociologie critique.
167. — RUBEL : Pages de Karl Marx 2 : Révolution et socialisme.
168. — GALBRAITH : La crise économique de 1929.
169. — NEILL : La liberté — pas l'anarchie.
170. — BRAUNSCHWEIG-FAIN : Éros et Antéros.
171. — RUSSELL : La méthode scientifique en philosophie.
172. — MARKALE : L'épopée celtique d'Irlande.
173. — SCHELER : Nature et formes de la sympathie.
174. — MARKALE : L'épopée celtique en Bretagne.
175. — DAVID : L'état amoureux.
176. — LEISEGANG : La gnose.
177. — PIROUÉ : Comment lire Proust ?
179. — LOWIE : Histoire de l'ethnologie classique.
180. — MENDEL : La crise de générations.
181. — PICHON : Histoire des mythes.

182. — WINNICOTT : L'enfant et sa famille.
183. — BASTIDE : Anthropologie appliquée.
184. — DIEL : La divinité.
185. — ANDRIEU : Notes pour servir à l'histoire de la Commune de Paris en 1871.
186. — EVANS-PRITCHARD : La religion des primitifs.
187. — CONZE : Le bouddhisme.
189. — MILLAR : La psychologie du jeu.
190. — DESANTI : Les socialistes de l'utopie.
192. — NACHT : Guérir avec Freud.
194. — Collectif : Pour ou contre Summerhill.
195. — PANOFF : B. Malinowski.
196. — DADOUN : Géza Roheim.
197. — MENDEL : La révolte contre le père.
198. — BURCKHARDT : Considérations sur l'histoire universelle.
199. — GIRARD : Ernest Jones.
201. — SAADA : S. Nacht.
202. — LAING-COOPER : Raison et violence.
203. — KEYNES : Essais sur la monnaie et l'économie.
204. — BARANDE : S. Ferenczi.
205. — WINNICOTT : L'enfant et le monde extérieur.
206. — ELIADE : Religions australiennes.
207. — MEMMI : La libération du Juif.
208. — MENDEL : Anthropologie différentielle.
209. — BOSSARD : Psychologie du rêve.
211. — RANK : Don Juan et le double.
212. — MEMMI : Portrait du colonisé.
213. — TAJAN et VOLARD : Le troisième père.
214. — BOYERS : Ronald Laing et l'antipsychiatrie.
215. — PARAF : Les grandes contestations de l'histoire.
216. — JACCARD : L'inconscient, les rêves, les complexes.
217. — ROBINSON : Liberté et nécessité.
218. — HELD : L'œil du psychanalyste.
219. — LOBROT : Priorité à l'éducation.
220. — HOCART : Le mythe sorcier.
221. — MASNATA : Autopsie d'une Amérique.
222. — Collectif : Sociopsychanalyse 3 (psychanalyse et sociopsychanalyse).
223. — MEMMI : L'homme dominé.
224. — PANOFF et PERRIN : Dictionnaire de l'ethnologie.
225. — CALVET : Roland Barthes, un regard politique sur le signe.
226. — MENDEL et VOGT : Le manifeste éducatif.
227. — BASTIDE : Les Amériques noires.
228. — PRÉVOST : Janet, Freud et la psychologie clinique.
229. — ROWBOTHAM : Féminisme et révolution.
230. — REICH : Écoute, petit homme !
231. — Collectif : Sociopsychanalyse 4 (sociopsychanalyse dans une institution psychanalytique).
232. — BELMONT : Arnold van Gennep.
233. — LORENZ : Évolution et modification du comportement.
234. — Collectif : Formation 1 (quelle formation ?).
235. — MAIR : Le mariage.
236. — REICH : L'irruption de la morale sexuelle.
237. — MUMFORD : Les transformations de l'homme.
238. — BERGER : Marx, l'association, l'anti-Lénine.
239. — ROUX et BRACONNOT : L'homme et la pollution des mers.

240. — Collectif : **Formation 2 (administration, langage et formation).**
241. — BLOCH : **La philosophie de la Renaissance.**
242. — MENDEL : **Pour décoloniser l'enfant.**
243. — SPAHNI : **Les Indiens des Andes.**
244. — REICH : **La psychologie de masse du fascisme.**
245. — WINNICOTT : **Processus de maturation chez l'enfant.**
246. — DIEL : **Le symbolisme dans la Bible.**
247. — VÉDRINE : **Les philosophies de l'histoire.**
248. — ROHEIM : **La panique des dieux.**
249. — LOBROT : **La libération sexuelle.**
250. — KOFMAN : **L'enfance de l'art (une interprétation de l'esthétique freudienne).**
251. — Collectif : **Sociopsychanalyse 5 (la sociopsychanalyse institutionnelle : pour qui ? pour quoi ?).**
252. — WALTER : **Les origines du communisme (judaïques, chrétiennes, grecques et latines).**
253. — WINNICOTT : **De la pédiatrie à la psychanalyse.**
254. — MILL : **L'asservissement des femmes.**
255. — SCHOLEM : **La Kabbale et sa symbolique.**
256. — BERNFELD : **Sisyphes ou les limites de l'éducation.**
257. — GUILLERMAZ : **Histoire du Parti communiste chinois (Tome I).**
258. — GUILLERMAZ : **(Tome II).**
259. — ADLER : **École et psychologie individuelle comparée.**
260. — Collectif : **Formation 3. Formation professionnelle et/ou personnelle.**
261. — FROMM : **Le langage oublié (Introduction à la compréhension des rêves et des mythes).**
262. — FULCHIGNONI : **La civilisation de l'image.**
263. — SAPA : **Les rites secrets des Indiens sioux.**
264. — JEANNEAU : **Le psychiatre aujourd'hui.**
265. — BAUDOUIN : **L'œuvre de Jung.**
266. — CALVET : **Pour et contre Saussure.**
267. — GRUNBERGER : **Le narcissisme.**
268. — NEILL : **Journal d'un instituteur de campagne.**
269. — Collectif : **Sociopsychanalyse 6 (la sociopsychanalyse : un nouvel alibi éducatif ?).**
270. — GIRARD : **Le Popol-Vuh (histoire culturelle des Maya-Quichés).**
271. — FINLEY : **Démocratie antique et démocratie moderne.**
272. — EVOLA : **Métaphysique du sexe.**
273. — WOLLSTONECRAFT : **Défense des droits de la femme.**
274. — GILSON : **La philosophie au Moyen Âge (Tome I).**
275. — GILSON : **(Tome II).**
276. — DIEL : **Les principes de l'éducation et de la rééducation.**
277. — PETERSON : **Le Mexique précolombien.**
278. — BOUANCHAUD : **Charles Darwin et le transformisme.**
279. — POUËIGH : **Le folklore des pays d'oc.**
280. — LEUENBERGER : **La magie de la drogue.**
281. — BAYET : **La religion romaine (histoire politique et psychologique).**
282. — BERGLER : **La névrose de base.**
283. — RIEDER : **Le folklore des Peaux-Rouges.**
284. — MULLER : **Histoire de la mystique juive.**
285. — HOLT : **S'écarter de l'enfance.**
286. — VICTOR : **L'écriture, projection de la personnalité.**
287. — PANETH : **La symbolique des nombres dans l'inconscient.**
288. — HARDING : **Les mystères de la femme (préface de C. G. Jung).**
289. — REICH : **L'analyse caractérielle.**

290. — AGEL : Métaphysique du cinéma.
291. — BLEANDONU : Dictionnaire de psychiatrie sociale.
292. — OXENSTIERNA : Les Vikings. Histoire et civilisation.
293. — SZASZ : Le péché second.
294. — CATHELAT : Publicité et société.
295. — LANGLOIS : Défense et actualité de Proudhon.
296. — LEPSCHY : La linguistique structurale.
297. — RUFFAT : La superstition à travers les âges.
298. — DUVAL : Les dieux de la Gaule.
299. — WEIGALL : Alexandre le Grand.
300. — LE PORRIER : Le médecin aujourd'hui.
301. — DADOUN/METTRA : Au-delà des portes du rêve.
302. — PANOFF : Ethnologie : le deuxième souffle.
303. — ABRAHAM : Rêve et mythe (Œuvres complètes, Tome 1).
304. — PALOU : La franc-maçonnerie.
305. — GUSDORF : Pourquoi des professeurs ?
306. — FREINET : L'itinéraire de Célestin Freinet (la libre expression dans la pédagogie Freinet).
307. — LEFRANC : Le mouvement socialiste sous la III^e République (Tome I).
308. — LEFRANC : (Tome II).
309. — CHASSEGUET-SMIRGEL : Pour une psychanalyse de l'art et de la créativité.
310. — ADLER : L'éducation des enfants.
311. — LUKACS : Le roman historique.
312. — ELIADE : Traité d'histoire des religions.
313. — ABRAHAM : Développement de la libido (Œuvres complètes, tome 2).
314. — HASSOUN : Entre la mort et la famille : la crèche.
315. — Collectif : Livre 1 (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).
316. — SCHULTZ-HENCKE : Analyse des rêves.
317. — FROMM : La conception de l'homme chez Marx.
318. — BERGE : Comprendre et éduquer un enfant difficile.
319. — BAKAN : Freud et la tradition mystique juive.
320. — CARLONI et NOBILI : La mauvaise mère (phénoménologie et anthropologie de l'infanticide).
321. — SCHOELL : Histoire des États-Unis.
322. — SAMI-ALI : De la projection (une étude psychanalytique).
323. — BOULANGER/CHAIX : Travail, famille, psychiatrie.
324. — DADOUN : Cent fleurs pour Wilhelm Reich.
325. — ELIADE : Le yoga.
326. — Collectif : Livre 2 (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).
327. — MAHLER : Psychose infantile.
328. — MENDEL : La chasse structurale (une interprétation du devenir humain).
329. — CORNEVIN : Histoire de l'Afrique contemporaine (de la deuxième guerre à nos jours).
330. — BERNE : Analyse transactionnelle et psychothérapie.
331. — HÉLIAS/MARKALE : La sagesse de la terre (petite anthologie des croyances populaires).
332. — HORNEY : La psychologie de la femme.
333. — ASSOUN/RAULET : Marxisme et théorie critique.
334. — Collectif : La misère politique actuelle (Sociopsychanalyse 7).
335. — Mc KELLAR : Le viol (L'appât et le piège).

336. — LEMAIRE : **Les thérapies du couple.**
337. — BERGLER : **Les parents ne sont pas responsables des névroses de leurs enfants.**
338. — RESNIK : **Personne et psychose** (études sur le langage du corps).
339. — GARDINER : **Ces enfants voulaient-ils tuer ?**
340. — Collectif : **Libre 3** (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).
341. — BORDIGA : **Espèce humaine et croûte terrestre.**
342. — ERNY : **L'enfant et son milieu en Afrique Noire.**
343. — THOMAS : **Mort et pouvoir.**
344. — KOTT : **Shakespeare, notre contemporain.**
345. — VERDIGLIONE (et autres) : **La sexualité dans les institutions.**
346. — SZASZ : **Hérésies.**
347. — Collectif : **Libre 4** (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).
348. — DEBOUT : **L'utopie de Charles Fourier.**
349. — FROMM : **Le cœur de l'homme** (sa propension au bien et au mal).
350. — BALINT : **Le défaut fondamental** (aspects thérapeutiques de la régression).
351. — ZAPPELLA : **L'enfant poisson** (comment la société adulte doit réapprendre l'écoute des enfants).
352. — CALVET : **Linguistique et colonialisme.**
353. — LOBROT : **L'animation non directive des groupes.**
354. — THOMAS : **Civilisation et divagations** (mort, fantasmes, science-fiction).
355. — WINNICOTT : **Fragment d'une analyse.**
356. — KING : **Révolution non-violente.**
357. — Collectif : **Libre 5** (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).
358. — GUILLERMAZ : **Le Parti communiste chinois au pouvoir (Tome I).**
359. — GUILLERMAZ : **(Tome II).**
360. — CHARLOT/FIGEAT : **L'école aux enchères** (l'école et la division sociale du travail).
361. — MARTY : **Les mouvements individuels de vie et de mort** (essai d'économie psychosomatique).
362. — MARCONE : **Analyse en famille.**
363. — BOYER : **La saga de Harald l'impitoyable.**
364. — Collectif : **La sexualité perverse.**
365. — Collectif : **Libre 6** (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).
366. — LADMIRAL : **Traduire : théorèmes pour la traduction.**
367. — LEWIS : **Développement économique et planification.**
368. — SZASZ : **La théologie de la médecine.**
369. — SHAH : **La magie orientale.**
370. — TINBERGEN : **Etude de l'instinct.**
371. — Collectif : **Libre 7** (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).
372. — FORDHAM : **Introduction à la psychologie de Jung (IMAGO).**
373. — HUIZINGA : **L'automne du Moyen Age.**
374. — ZAHAN : **Religion, spiritualité et pensée africaines.**
375. — Collectif : **Pratiques d'un pouvoir plus collectif aujourd'hui (Sociopsychanalyse 8).**
376. — HORKHEIMER : **Les débuts de la philosophie bourgeoise de l'histoire.**
377. — Collectif : **Libre 8** (revue animée par M. Abensour, C. Castoriadis, P. Clastres, M. Gauchet, C. Lefort, M. Luciani).

- 378. — PEUCKERT : L'astrologie.**
- 379. — SERVIER : L'homme et l'invisible (IMAGO).**
- 380. — RACAMIER : Les schizophrènes.**
- 381. — BOYER : La saga des chefs du Val au Lac.**
- 382. — Collectif : L'intervention institutionnelle (Ardoino, Dubost et Lévy, Guattari, Lapassade, Lourau, Mendel).**
- 383. — MALE : Psychothérapie de l'adolescent.**
- 384. — GRANET : La religion des Chinois (IMAGO).**
- 385. — CHARLOT : La mystification pédagogique.**
- 386. — WOU TCH'ENG-EN : Le singe-pèlerin.**
- 387. — REICH : L'Éther, Dieu et le Diable.**
- 388. — BALINT : Les voies de la régression.**
- 389. — KRACAUER : Le roman policier.**
- 390. — KLEIST : Anecdotes et petits écrits.**
- 391. — PARAF : Le racisme dans le monde.**
- 392. — MIJOLLA/SHENTOUB : Pour une psychanalyse de l'alcoolisme.**

petite bibliothèque payot

Si vous vous intéressez à cette collection et si vous désirez être tenu au courant de nos publications, découpez ce bulletin et adressez-le à :

ÉDITIONS PAYOT

106, boulevard Saint-Germain

75006 PARIS

A découper ici

NOM

PRÉNOM

PROFESSION

ADRESSE

.....

pbp 330

*Achevé d'imprimer le 3 avril 1981
sur les presses de l'Imprimerie Bussière
à Saint-Amand (Cher)*

— N° d'impression : 451. —
Dépôt légal : 2^e trimestre 1981.
Imprimé en France

ERIC BERNE

psychiatre fort célèbre aux Etats-Unis, s'est fait connaître en particulier par son ouvrage « Des jeux et des hommes » qui fut un best-seller dans plusieurs langues.

Ce livre sur l'analyse transactionnelle présente une nouvelle méthode de psychiatrie individuelle et sociale, qui a été introduite avec succès dans de nombreux établissements psychiatriques des Etats-Unis. Fondée sur les principes de l'analyse structurale, cette technique utilise essentiellement le jeu des relations interindividuelles, dans le cadre d'une thérapie de groupe, mais aussi dans la pratique individuelle, avec des patients névrosés ou psychotiques, des psychopathes sexuels, en psychosomatique, ou encore dans le traitement des adolescents.

L'analyse transactionnelle débute par une période d'initiation individuelle aux principes théoriques sur lesquels repose le traitement. Si le pronostic est favorable, le patient peut alors aborder la thérapie avec d'autres patients, au sein d'un groupe de dimensions restreintes, en participant à toute une série de relations personnelles, positives ou négatives, avec les autres membres du groupe, relations qui lui feront découvrir progressivement les causes et la nature de sa maladie, mais aussi les moyens de la surmonter.

petite bibliothèque payot