

De la réaction thérapeutique négative en question : quand le symptôme ne cesse pas

Simon Flémal

DANS **BULLETIN DE PSYCHOLOGIE** 2017/6 Numéro 552 , PAGES 451 À 461

ÉDITIONS **GROUPE D'ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE**

ISSN 0007-4403

DOI 10.3917/bupsy.552.0451

Date de mise en ligne : 12/12/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2017-6-page-451?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Groupe d'études de psychologie.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

De la réaction thérapeutique négative en question : quand le symptôme ne cesse pas

FLÉMAL Simon ^a

Résumé : Au cours de ses différents travaux, Freud introduit et développe une expression conceptuelle particulière : la réaction thérapeutique négative. Cette dernière correspond à un « besoin d'être malade » ou un « besoin de souffrir » qui, en raison de la prégnance d'un « surmoi devenu particulièrement dur et cruel », s'oppose à toute tentative de guérison. Près d'un siècle après la parution de ces écrits, qu'en est-il de la réaction thérapeutique négative aujourd'hui ? Comment ce concept a-t-il été repris et interprété par d'autres auteurs, tant dans sa valeur épistémologique que dans sa pertinence clinique ? Dans une perspective thérapeutique, quels sont les modes d'accueil et d'accompagnement susceptibles d'aider les personnes ne « voulant » pas guérir ? Quelle position adopter face à un symptôme qui ne cesse pas ? Afin de développer ces différentes questions, nous partirons des écrits de Freud consacrés à la réaction thérapeutique négative, pour, ensuite, étudier la manière dont ces derniers ont été relus par Anzieu et par Lacan. Il s'agira, ensuite, d'examiner la portée clinique de ces théorisations, à partir de l'étude de cas d'un patient hospitalisé sous contrainte, et pour qui l'accompagnement thérapeutique ne permet pas de prévenir la répétition de passages à l'acte suicidaires.

The Negative Therapeutic Reaction in Question: When the Symptom Doesn't Cease

Abstract: Over the course of his various works, S. Freud introduced and developed a particular conceptual expression: the negative therapeutic reaction. This concept corresponds to a "need to be sick" or "need to suffer" which, because of the predominance of a "super-ego become particularly harsh and cruel," opposes any attempt to effect a cure. Nearly a century after the publication of these writings, what about the negative therapeutic reaction today? How has this concept been questioned by other authors, both in its epistemological value and in its clinical relevance? In a therapeutic perspective, what are the treatment devices that can help people who don't "want" to recover? How can symptoms that don't cease be dealt with? To develop these issues, we will discuss the writings of S. Freud regarding the negative therapeutic reaction and we will then study how these writings have been reviewed by D. Anzieu and J. Lacan. Subsequently, we will examine the clinical relevance of these theories from the case study of a patient hospitalized in compulsory commitment and for whom therapeutic accompaniment does not prevent the repetition of suicidal acting out.

^a Université libre de Bruxelles (ULB), Faculté des sciences psychologiques et de l'éducation, Service de psychologie clinique et différentielle, Belgique.

Correspondance : Simon Flémal, Université libre de Bruxelles (ULB), Faculté des sciences psychologiques et de l'éducation, Service de psychologie clinique et différentielle, CP122, 50 avenue F. D. Roosevelt, 1050 Bruxelles, Belgique.
Courriel : sflemal@ulb.ac.be

Texte reçu le 21 août 2016 et accepté le 13 février 2017

<http://www.bulletindepsychologie.net>

Dans son essai « Le moi et le ça », Freud introduit une expression conceptuelle particulière : la réaction thérapeutique négative. Cette dernière correspond à un « besoin d'être malade » qui, agissant à l'insu du sujet, pousse ce dernier à ne pas répondre favorablement aux avancées de sa prise en charge. Comme il le souligne à propos des personnes manifestant une telle réaction : « Toute résolution partielle qui devrait avoir pour conséquence une amélioration ou une rémission temporaire des symptômes provoque chez elles un renforcement momentané de leur souffrance ; leur état s'aggrave au cours du traitement au lieu de s'améliorer » (Freud, 1923, p. 293).

Un siècle après la parution de cet écrit, qu'en est-il de la réaction thérapeutique négative aujourd'hui ? Comment ce concept a-t-il été repris et analysé par d'autres auteurs, tant dans sa valeur épistémologique que dans sa pertinence clinique ? Dans une perspective thérapeutique, quels sont les modes d'accueil et d'accompagnement susceptibles d'aider les personnes ne « voulant » pas guérir ? Quelle position adopter face à un symptôme qui ne cesse pas ? Que faire quand l'efficacité contenante et transformative de la parole (Kaës, 1979) ne permet plus d'élaborer ce qui fait souffrance ?

Afin de développer ces différentes questions, nous parcourons, dans un premier temps, les écrits de Freud à propos de la réaction thérapeutique négative et de ses enjeux cliniques. Nous tenterons ensuite de saisir comment ce concept a été retravaillé par deux principaux auteurs au sein du champ psychanalytique, à savoir Anzieu (1975) et Lacan (1955, 1973). Dans un troisième temps, nous chercherons à examiner la portée clinique de ces différentes théorisations, en nous fondant sur l'étude de cas d'un sujet hospitalisé en soins sous contrainte, dont le travail de mise en sens ne permet pas de prévenir la répétition de passages à l'acte suicidaires. Enfin, à partir des enseignements retirés de cette étude de cas, nous mettrons en évidence en quoi le concept de réaction thérapeutique est susceptible de présenter une valeur d'outil au sein de la pratique clinique contemporaine.

FREUD : DU BESOIN DE SOUFFRIR

Dans son texte de 1920 « Au-delà du principe de plaisir », Freud pose, à partir d'un ensemble d'observations, un constat original et surprenant : l'être humain ne chercherait pas nécessairement son propre bien, il serait, à l'occasion, poussé à répéter des expériences déplaisantes, sources d'angoisse ou de douleur. Il existerait, dans la vie psychique, des forces inconscientes qui, compulsivement, viseraient une satisfaction non pas dans le champ du

plaisir mais en dehors de lui, dans la souffrance : « Il s'agit de l'action de pulsions qui devaient normalement mener à la satisfaction ; mais aucune leçon n'a été tirée du fait que, même jadis, elles n'ont apporté que du déplaisir au lieu de la satisfaction attendue. Cette action des pulsions est répétée malgré tout ; une compulsion y pousse » (Freud, 1920, p. 67-68).

Cette compulsion de répétition, que Freud rattache à l'existence d'une pulsion de mort, à l'œuvre au sein de la condition humaine, se manifesterait, chez certaines personnes, par une résistance aux progrès du traitement et par un attachement inconscient à leur symptôme. C'est ce que l'auteur nomme la réaction thérapeutique négative : « Sans doute, il y a chez elles quelque chose qui s'oppose à la guérison ; elles appréhendent l'approche de celle-ci comme un danger. Ce qui l'emporte, dit-on, chez ces personnes, ce n'est pas la volonté de guérir, mais le besoin d'être malade » (Freud, 1923, p. 293).

Cette réaction négative au traitement est reliée, par Freud, dans un premier temps, à un sentiment de culpabilité inconscient, qui s'imposerait au sujet et se manifesterait sous la forme d'une « maladie ». Comme l'explique l'auteur (Freud, 1923, p. 293) : « Ce sentiment de culpabilité est muet pour le malade, il ne lui dit pas qu'il est coupable : le patient ne se sent pas coupable mais malade ». Un an plus tard, dans son écrit intitulé « Le problème économique du masochisme » (Freud, 1924), Freud propose, outre le sentiment de culpabilité inconscient, de rattacher la réaction thérapeutique négative à une « tendance masochiste » et à un « besoin de punition ». Ces éléments seraient intimement liés à l'action de la « conscience morale », le Surmoi, plus particulièrement, lorsque ce dernier se met au service de la seule pulsion de mort. Dans ce cas, comme l'explique l'auteur : « Le surmoi, la conscience morale en lui, peut alors se montrer dur, cruel, inexorable à l'égard du moi qu'il a sous sa garde. L'impératif catégorique de Kant est ainsi l'héritier direct du complexe d'Œdipe » (Freud, 1924, p. 295). À cet égard, Freud avait mentionné, dans son texte « Le moi et le ça », l'exemple de la mélancolie où règne, selon lui, « une pure culture de la pulsion de mort » (Freud, 1923, p. 298).

Dans un de ses derniers textes, Freud tend à rassembler ses différents développements théoriques sur la réaction thérapeutique négative, tout en dégagant certaines pistes d'intervention auprès des sujets n'ayant « d'autre dessein que de se nuire à eux-mêmes » (Freud, 1940, p. 49). Il décrit ainsi les résistances rencontrées au cours du traitement : « On peut les réunir sous le terme de "besoin d'être

malade” ou “besoin de souffrir”, mais bien qu’apparentés, leur origine est différente. Le premier de ces deux facteurs est le sentiment de culpabilité ou la conscience d’être coupable, ainsi qu’on l’appelle, en négligeant le fait que le malade ne le ressent ni le connaît. Ce sentiment est évidemment dû à la résistance opposée par un surmoi devenu particulièrement dur et cruel. Si le patient doit ne pas guérir, continuer à être malade, c’est parce qu’il ne mérite pas mieux. Cette résistance, tout en ne gênant pas notre travail intellectuel, le rend inefficace ; si elle nous permet souvent de supprimer telle ou telle forme de la névrose, elle se montre prête à la remplacer par une autre, éventuellement par quelque maladie organique. Ce sentiment de culpabilité explique aussi comment certains névrosés, atteints de troubles graves, peuvent guérir ou voir leur état s’améliorer du fait de malheurs réels. C’est qu’en réalité une seule chose importe : être malheureux – et cela de n’importe quelle façon. (...) Pour combattre cette résistance, nous nous bornons à la rendre consciente et essayons de détruire progressivement le surmoi hostile » (Freud, 1940, p. 48-49).

En suite des écrits de Freud, différents auteurs, au sein de la littérature psychanalytique francophone, se sont intéressés à la question de la réaction thérapeutique négative. Dans ces différentes reprises théoriques, deux tendances nous semblent se dégager. La première tend à aborder la réaction thérapeutique négative comme une problématique spécifique se rencontrant chez des sujets qui partagent des particularités ou des modes de fonctionnement psychiques communs ¹. La seconde envisage la réaction thérapeutique négative moins comme une entité psychopathologique que comme une manifestation clinique transversale à la condition humaine et pouvant se produire singulièrement chez tout sujet du fait de son inscription dans le langage ². Dans le cadre de la présente étude, nous aborderons la pensée de deux auteurs se situant respectivement dans l’une et l’autre de ces tendances, Anzieu (1975), ainsi que Lacan (1955, 1973) et dont les théorisations, tant sur la causalité que sur les possibilités de traitement de la réaction thérapeutique négative, se révèlent sensi-

blement divergentes. La mise en tension de leurs positions théoriques et leur articulation à une étude de cas nous permettra ensuite d’interroger la portée clinique de ces dernières et, plus globalement, de questionner la pertinence du concept de réaction thérapeutique négative au sein des modes de prise en charge contemporains.

ANZIEU ET LE TRANSFERT PARADOXAL

Dans son article de 1975, « Le transfert paradoxal », Anzieu reprend le concept de réaction thérapeutique négative et l’articule aux théorisations de la communication développées par l’École américaine de Palo Alto. De ces dernières, l’auteur extrait deux éléments centraux, la « communication paradoxale » et la « double contrainte ». Ces concepts renvoient à une logique de discours où un émetteur place son interlocuteur face à deux injonctions contradictoires, tout en lui reprochant le caractère paradoxal de leur interaction. Selon Anzieu c’est l’exposition prolongée, au cours de l’histoire infantile du sujet, à cette logique de communication paradoxale qui serait susceptible, en se réactualisant dans la relation avec le thérapeute, d’aboutir à la survenue de résistances et de réactions négatives au cours du traitement : « Cet ensemble transfert/contre-transfert reconstruit (...) une situation infantile, répétée et prolongée, de communication paradoxale émanant des parents et qui a été traumatique par ses conséquences, en certains points précis, sur le développement de l’appareil psychique du sujet. Si le psychanalyste demeure piégé dans le jeu de ce que je propose d’appeler le transfert paradoxal, la situation psychanalytique s’achemine vers un échec, volontiers baptisé du nom de réaction thérapeutique négative » (Anzieu, 1975, p. 40).

Prise dans la reviviscence de cette « logique de communication pathogène », la relation thérapeutique, loin de permettre l’expression de l’agressivité refoulée, devient la scène où se rejouent les paradoxes logiques qui constituent, selon l’auteur, autant de « figures de la pulsion de mort ». Comme le résume Chabert à partir du texte d’Anzieu, un tel contexte relationnel est susceptible d’instaurer « une sorte d’alliance thérapeutique négative entre la pulsion inconsciente de l’émetteur qui vise la mort de l’autre et la pulsion d’autodestruction du destinataire » (Chabert, 2008, p. 37).

Cette façon de concevoir et de formaliser les enjeux de la réaction thérapeutique négative permet, selon Anzieu, de poser les conditions d’un travail clinique visant non pas à « avancer » dans le déroulement habituel du traitement (qui consiste, selon l’auteur, en l’interprétation de la pensée primaire,

1. Voir, entre autres, l’article de McDougall (1972) sur ce qu’elle nomme les « anti-analysants », celui de Pontalis (1981), reliant la réaction thérapeutique négative à une dynamique nocive entre le sujet et son partenaire maternel, ainsi que celui de Dorey (1981), associant la réaction thérapeutique négative à ce qu’il appelle la « relation d’emprise ».

2. Voir notamment les écrits de Lacan (1955), de Zenoni (2009) et de Maleval (2012) sur la réaction thérapeutique négative et ce qui fait obstacle au traitement.

inconsciente, par la pensée secondaire, verbalisée et consciente) mais de « reculer » jusqu'aux positions schizoïdes ou paranoïdes décrites par Klein (1934). Il s'agit ainsi d'analyser les enjeux pulsionnels mortifères et inconscients associés à ces positions, qui trouvent à se manifester au sein de la pensée secondaire sous la forme de communications paradoxales. De cette manière, la réaction thérapeutique négative, plutôt que de constituer un « paradoxe agi », pourra être transformée en un « paradoxe pensé et verbalisé » dont il conviendra de « démonter » l'articulation qui le cause entre la pulsion de mort inconsciente et le paradoxe logique se présentant dans le discours. Comme le résume l'auteur : « Amener le patient par une analyse vraiment résolutive à vivre sa psychanalyse comme une situation autre que paradoxale, c'est mettre fin à l'alliance thérapeutique négative et, du même coup, lui rendre le sens et la saveur de la vie » (Anzieu, 1975, p. 58-59).

LACAN, LA RÉACTION THÉRAPEUTIQUE NÉGATIVE COMME FAIT DE STRUCTURE

Dans la perspective d'un « retour à Freud » (Lacan, 1966, p. 365), Lacan tend, dès ses premiers séminaires, à repartir de l'hypothèse freudienne de la présence, au sein de toute existence humaine, d'une inclination vers la mort. Ainsi, dans son séminaire de 1955 « Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse », il souligne le lien étroit qui relie la mort aux champs du langage et du rapport à l'autre, modalités d'accès, pour l'être humain, à la vie et à la construction d'une place dans le monde : « La vie dont nous sommes captifs, vie essentiellement aliénée, existante, vie dans l'autre, est comme telle conjointe à la mort, elle retourne toujours à la mort, et n'est tirée dans des circuits toujours plus grands et plus détournés que par ce que Freud appelle les éléments du monde extérieur » (Lacan, 1955, p. 272).

Cette propension de la vie humaine pour la mort, Lacan en fait le ressort même de la réaction thérapeutique négative. Cette dernière ne serait, ainsi, pas déductible d'événements de vie ou de conjonctures relationnelles particulières, mais elle serait inhérente à la structure même de la condition humaine : « La vie ne veut pas guérir, la réaction thérapeutique négative lui est foncière » (Lacan, 1955, p. 271). En somme, la réaction thérapeutique négative serait intimement liée à la pulsion de mort prise, non comme un effet de communication pathogène comme le propose Anzieu, mais comme l'effet de l'inscription du sujet au sein même de la vie et du champ du langage. Comme en déduit Leypold : « À partir des bases posées par Freud, c'est-à-dire

la reconnaissance de l'inéliminable présence de la pulsion de mort dans la vie des hommes, Lacan va radicaliser la portée de la réaction thérapeutique négative dans sa dimension masochique, jusqu'à en faire le fond de l'existence, de sorte que la portée de la cure sera à l'aune de ce fond même » (Leypold, 2000, p. 4).

Dans les derniers temps de son enseignement, Lacan rattache la pulsion de mort à une forme particulière de satisfaction, qu'il nomme « jouissance ». Cette dernière est abordée par lui comme une « autre satisfaction », propre à la condition humaine, qui, contrairement à la logique biologique du vivant, ne vise pas la réalisation des besoins de l'organisme ni la recherche de l'utile, du bien et de l'agréable. Il la décrit comme s'imposant au sujet sous la forme d'une exigence de satisfaction qui affecte son corps et déborde sa raison, jusqu'à le faire souffrir. Cette forme de plaisir prise dans la souffrance, Lacan la rattache à un impératif surmoïque : « Qu'est-ce que la jouissance ? Elle se réduit ici à n'être qu'une instance négative. La jouissance c'est ce qui ne sert à rien. Je pointe là la réserve qu'implique le champ du droit-à-la-jouissance. Le droit n'est pas le devoir. Rien ne force personne à jouir, sauf le surmoi. Le surmoi, c'est l'impératif de la jouissance – Jouis ! » (Lacan, 1973, p. 10).

Cette jouissance pulsionnelle, qui ne sert à rien, mais qui, pourtant, tend à se faire présente, voire oppressante, dans la vie des hommes, trouverait notamment à se loger dans leur symptôme. Ne pas pouvoir en être séparé et, dès lors, résister aux avancées du traitement, quitte à en souffrir, pourrait ainsi s'expliquer par le fait qu'une certaine forme de satisfaction, inconsciente et impérieuse, s'y trouve. Dans cette perspective, le symptôme, propre à chacun, serait susceptible de faire obstacle à la guérison visée par la thérapie, dans la mesure où il matérialise une charge pulsionnelle particulière qui échappe au sujet et à sa volonté, tout en s'imposant à eux. Comme le souligne Maleval, dans la suite des enseignements de Lacan : « Le symptôme n'est pas un trouble au sens où cette notion implique une simple distorsion cognitive ; c'est un mode de jouissance propre au sujet, mais qui échappe à sa volonté. Il peut conduire à chercher sa satisfaction en des actes qui vont à l'encontre du bien-être du corps. (...) Il arrive que le sujet préfère à son autoconservation la satisfaction de sa jouissance pulsionnelle et que le narcissisme ne soit pas une barrière suffisante contre la pulsion. La clinique de la passion amoureuse ainsi que celle des addictions révèlent que le sujet ne veut pas forcément son bien, il peut en être conscient, se le reprocher, et pourtant persister » (Maleval, 2012, p. 104-105).

À la lecture des travaux d'Anzieu et de Lacan, deux façons d'appréhender et de concevoir la réaction thérapeutique négative se dégagent. Pour le premier, elle est conjoncturelle et dépendante des conditions de communication instaurées par l'environnement précoce. Pour le second, elle est structurale et transversale à la condition humaine, du fait de l'inscription du sujet dans la vie et dans le langage. Des perspectives thérapeutiques différentes en émanent. Pour l'un, la thérapie vise à dénouer l'articulation de la pulsion de mort inconsciente de ses manifestations discursives paradoxales à partir d'un travail d'interprétation se fondant sur les effets de la parole. Pour l'autre, il s'agit d'accompagner le sujet dans un aménagement de son symptôme, à travers la construction de repérages et de pratiques soutenant un certain « savoir y faire » (Lacan, 1977) avec lui ³.

Quelles sont les portées cliniques de ces deux orientations théoriques ? Quelle est leur valeur d'outil dans la démarche thérapeutique ? Comment peuvent-elles nous aider à penser la question de la réaction thérapeutique négative aujourd'hui ? De quelle manière la clinique et, à plus forte raison, les situations d'impasse et de résistance qu'elle nous amène à rencontrer, examinent ces lectures conceptuelles ? Afin de développer ces questions, nous nous fonderons sur l'étude de cas d'un patient, nommé ici Roberto, rencontré dans le cadre de deux hospitalisations sous contrainte, faisant suite à la répétition de passages à l'acte suicidaires.

ROBERTO : UNE PRÉSENCE CONTRAINTÉ CONTRE LE « RENFERMEMENT »

Roberto est un homme d'une cinquantaine d'années, hospitalisé sous contrainte, en suite d'une tentative de suicide médicamenteuse. Lors de notre première rencontre, il se présente comme étant au « fond du gouffre », tant dans sa vie professionnelle que dans sa vie privée. Depuis plusieurs années, il occupait, dans le secteur médical, un poste important qu'il appréciait et qu'il souhaitait poursuivre. Toutefois, il y a quelques mois, Roberto dit avoir fait un « abandon de poste » sans qu'il puisse se l'expliquer. Il ne s'est plus manifesté auprès de son employeur et a reçu, quelques semaines plus tard, son avis de licenciement. Ce travail était important pour lui, il était ce par quoi il se sentait utile auprès des autres. Il ajoute ne toujours pas comprendre son acte et se le reprocher lourdement aujourd'hui.

3. Lacan (1977), dans son séminaire « L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre », parle, notamment, de se faire « disciple de son symptôme », c'est-à-dire de « s'en laisser enseigner », dans le sens de « savoir faire avec ce symptôme, savoir le débrouiller, savoir le manipuler (...) ».

Roberto se dit également engagé dans une procédure de divorce. Son épouse se serait octroyé la garde exclusive de leur petite fille et lui refuserait toute visite. Il indique ne plus avoir vu sa fille depuis des mois, ce qui lui causerait une profonde tristesse. En outre, il fait état d'une relation amoureuse avec une autre femme à qui il n'aurait pas dévoilé sa situation maritale et professionnelle « de peur de la perdre ». Il dit s'être progressivement « enfermé dans le mensonge », au point de ne « plus pouvoir faire marche arrière ». Face à cette impasse, il dit n'avoir vu qu'une seule solution : mettre fin au mensonge en mettant fin à sa vie. D'un autre côté, Roberto ne mentionne aucun antécédent d'hospitalisation ni de prise en charge auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre. Il insiste, d'ailleurs, sur le fait qu'il n'a jamais demandé d'aide à qui que ce soit, « par fierté » précise-t-il.

Lors de l'arrivée de Roberto au service de soins sous contrainte, plusieurs membres de sa famille nous font part d'un certain nombre d'éléments contradictoires avec son témoignage. Contactées dans le cadre de la mesure de soins sous contrainte ⁴, la sœur et la mère du patient décrivent notamment ce dernier comme ayant un côté « menteur » et « tyrannique », plus particulièrement avec son épouse. Celle-ci aurait mis fin à leur relation il y a quelques mois. Elle aurait cherché à ce que leur fille puisse continuer à rencontrer son père, mais ce dernier lui aurait exprimé son souhait de ne plus la voir. Entre-temps, il aurait noué une relation avec une autre femme, dans laquelle il se serait investi, au point de se couper de son entourage.

Parallèlement à cet écart entre les dires de Roberto et ceux de sa famille, un certain nombre de changements s'opèrent dans le discours du patient. Lors de notre deuxième rencontre, il tient à rectifier certains de ses propos, que nous aurions mal compris. Ainsi, il n'a pas abandonné son poste, mais a été abusivement licencié par son employeur, sous prétexte d'avoir oublié de lui transmettre un certificat médical justifiant son absence. La femme,

4. En Belgique, la mesure de soins sous contrainte, appelée « mise en observation », est lancée à partir de la requête d'un tiers (famille, voisin, ami, passant, police), à laquelle doit être joint un rapport médical circonstancié, tel que défini dans la loi du 26 juin 1990. Dans le cadre de cette procédure, nous avons fait le choix, avec l'équipe soignante de l'établissement, de prendre contact avec la ou les personnes à l'origine de la demande de l'injonction de soins, afin de récolter, si possible, un certain nombre d'informations sur les circonstances entourant la mise en place de cette mesure. C'est dans ce contexte que la sœur et la mère de Roberto, à l'initiative de la demande de l'hospitalisation sous contrainte, furent contactées.

dont il vient de se séparer, ne serait pas sa nouvelle compagne, mais simplement une amie qui est, elle-même, mariée. De même, il reconnaît avoir cherché à mettre fin à ses jours, tout en affirmant avoir pris très rapidement conscience de son « erreur » et avoir appelé lui-même les secours. Un des seuls propos, qui ne change pas dans son discours, est son souhait de revoir sa fille, dont les visites seraient entravées par son ancienne épouse. Il dit : « Mon seul combat au jour d'aujourd'hui, c'est de revoir ma fille ».

Au cours des deux premières semaines de son hospitalisation, Roberto réalise spontanément un important travail d'introspection sur son parcours de vie. Il évoque notamment sa naissance dans son pays d'origine, la violence de son père à l'égard de sa mère, de ses frères et de lui-même, son choix, assumé à l'adolescence, d'être un « coureur de jupon » et de ne pas avoir d'enfants afin de ne pas reproduire sur eux la violence qu'il a subie. C'est lors de son arrivée en Belgique qu'il rencontre celle qui sera son épouse pendant près de quinze ans. Pour elle, il consent à renoncer à ses projets de travail et au choix qu'il a fait de ne pas avoir d'enfant. Il se porte garant du magasin qu'elle tient jusqu'à s'endetter. Pour éviter la faillite, il commence à travailler comme policier, puis trouve un poste dans le secteur médical qu'il occupera pendant plusieurs années jusqu'à la présente hospitalisation. S'agissant de sa fille et son ancienne épouse, il tient à préciser qu'il n'a jamais manifesté de violence à leur encontre, tout en exprimant une « terrible rancune » à l'encontre de son père, « qu'il vaut mieux qu'il ne rencontre pas ».

Au cours de ces moments d'introspection, qu'il réalise avec différents membres de l'équipe, Roberto établit lui-même des liens entre certains éléments de son histoire et les événements l'ayant poussé à vouloir mettre fin à sa vie. Il cite, notamment, le sentiment de déception et de trahison qu'il a éprouvé lorsqu'il a découvert que son épouse s'était inscrite sur un site de rencontres. Ce vécu de déception et de trahison n'est pas, selon lui, sans faire écho à ce qu'il avait pu éprouver, enfant, face aux attitudes changeantes et parfois violentes de son père. Ne pouvant le supporter, il dit avoir pris la décision de se séparer de son épouse. La garde de leur fille, à laquelle le patient se dit fortement attaché, serait rapidement devenue un sujet de discordes et de tensions, au point de confronter Roberto à une impression de « trop », à une « accumulation de choses insupportables », qui l'auraient amené à passer à l'acte. Ce dernier s'est produit le jour où une audience était prévue, afin de statuer sur le divorce du couple et la garde de leur fille.

De ce travail d'élaboration, auquel il se prête volontiers, Roberto dit retirer des effets bénéfiques quant à ce qui se passe dans sa vie et à ce qu'il voudrait y mettre en place par la suite. Avec une certaine insistance, il indique à ses interlocuteurs avoir pris conscience « qu'au fond il ne voulait pas y passer », que son passage à l'acte n'était qu'un appel à l'aide et qu'il souhaite dorénavant « prendre le taureau par les cornes ». Il dit ne pas avoir sa place à l'hôpital, vouloir en sortir, afin de régulariser sa situation et trouver un nouvel emploi le plus rapidement possible. Il se dit également prêt à s'inscrire dans un suivi ambulatoire auprès d'un psychiatre, afin de poursuivre le travail de discussion et d'introspection qu'il a initié. Au regard de ces éléments, le parcours de Roberto au sein de l'institution semble, à ce moment, aller dans le sens d'une réaction thérapeutique positive. Trois semaines après son arrivée dans le service, une sortie est convenue avec Roberto, moyennant un suivi bimensuel avec sa psychiatre.

Deux mois après sa sortie, Roberto est à nouveau hospitalisé dans le cadre d'une nouvelle procédure de soins sous contrainte. Lorsque nous le rencontrons, il explique, de manière spontanée, les circonstances de son retour à l'établissement. Il fait part d'un emballement de ses problèmes : il dit être criblé de dettes et « avoir les huissiers et les avocats sur le dos ». Son ex-femme lui demanderait une pension alimentaire, il dit être en retard dans ses loyers et avoir des problèmes avec son ancien employeur. Le point de rupture a été franchi du fait qu'il ne peut toujours pas voir sa fille. Il dit avoir tout pris sur lui, sans jamais se plaindre, puis, progressivement, il a été comme « un citron qu'on a fini de presser ». Il explique que, dans sa vie, il a toujours pris la position de celui qui « tire la barque », qui soutient les choses, sans jamais exprimer ce qui le met à mal. C'est la position du « macho », de « l'homme fort ». Le problème, déclare-t-il, n'est pas qu'il n'a pas d'ami ou d'entourage. Il explique, d'ailleurs, comment ses amis, sa sœur et sa mère n'ont cessé de chercher à le rencontrer ces dernières semaines. Le problème, précise-t-il, réside dans le fait qu'il en vient peu à peu à « se refermer » sur lui. Il ne répond plus aux appels, n'ouvre plus sa porte et, comme il habite seul, personne ne peut venir le déranger dans cet enfermement. Puis, quand « l'état se referme », il dit finir par passer à l'acte. Cela se serait produit à trois reprises depuis la précédente hospitalisation. Il affirme que, sur le moment, il n'a pas peur de prendre les médicaments. Il se dit que, de cette manière, les autres finiront par s'occuper de lui ou, au pire, qu'ils se souviendront de lui.

De ces nouveaux épisodes, Roberto dit avoir compris et appris qu'il s'agissait de parler de ses

problèmes, notamment à ses amis, à sa sœur et à sa mère. Il indique avoir pris conscience qu'au moment où l'étau commence à se resserrer il s'agit pour lui d'appeler à l'aide, de sortir de chez lui, de voir du monde. Il dit que cette fois était la dernière, que dorénavant il veut « prendre le taureau par les cornes et le mettre K.O. ». Toutefois, il explique de lui-même avoir parlé de ses résolutions à sa psychiatre, la veille du passage à l'acte ayant mené à sa nouvelle hospitalisation sous contrainte, sans que cela ne permette de toute évidence de prévenir la survenue de ce dernier.

En prenant appui sur le discours du patient quant à ce qui a causé ces deux hospitalisations, un premier constat semble se dégager : le travail d'élaboration et de verbalisation réalisé en notre compagnie, par Roberto, tend à montrer certaines limites quant à ses possibilités de contenir et de transformer ce qui s'impose à lui du côté de la pulsion de mort. Bien que ce travail se poursuive à un rythme différent, en dehors de l'institution, ses effets ne semblent pas se pérenniser, mais se traduire sous la forme d'un certain nombre de décalages dans sa vie quotidienne. Ainsi, comme nous l'apprendrons de sa sœur et de son ancienne femme, Roberto n'a pas, comme il l'avait soutenu au cours de sa première hospitalisation, cherché un nouveau travail, ni tenté de reprendre contact avec sa fille, ni même essayé de régler sa situation sociale et financière. Ses intentions et ses prises de conscience semblent faire peu de poids face à « l'étau », qui tend à se renfermer lorsqu'il se retrouve seul chez lui. Bien que Roberto ait pu la rattacher à des événements de son histoire et à une certaine trame symbolique, une force nocive semble rapidement le submerger et l'attirer inexorablement vers l'isolement et la mort, conférant au travail réalisé avec lui les allures d'une réaction thérapeutique négative.

À partir de ce constat et des dires du patient, selon lesquels il n'y avait personne, à son domicile, pour déranger son « enfermement » lorsque ce dernier venait à s'imposer à lui, nos interventions se sont davantage orientées vers un soutien de Roberto dans ses démarches administratives et sociales, ainsi que dans la mise en place d'activités susceptibles de lui plaire et de soutenir certaines connexions aux autres. Ainsi, tout en accueillant le travail d'introspection du patient, nous avons accompagné ce dernier dans les démarches visant à mettre à jour ses droits sociaux et à régler les dettes qu'il avait accumulées en raison de ce qu'il appelle sa « petite dépression ». Cette prise en charge, où la présence de l'autre est contrainte du fait de la mesure d'obligation de soins, semble porteuse pour Roberto, ce dernier réalisant ses démarches avec attention et

venant ensuite les exposer aux différents intervenants qui l'accompagnent.

D'un autre côté, nous avons soutenu Roberto dans la reprise de contact avec sa fille, tout en aménageant avec lui certaines modalités de rencontre, convenues avec son ancienne épouse, au sein desquelles tout ne devait pas être géré par lui. Sur ce point, nos interventions ont également porté sur la tendance de Roberto à prendre lui-même la place de celui qui gère, qui coordonne, qui « tire la barque » de ce qui se passe pour les autres, et qui, à l'occasion, le déborde. Certaines limitations ont ainsi été posées sous la forme d'une invitation adressée à Roberto de profiter de son hospitalisation pour se reposer, et d'une obligation, propre à chacun, de ne pas s'immerger dans la vie des autres.

À la fin de la période légale de l'hospitalisation sous contrainte, une prolongation de l'obligation de soins est décidée pour une période de deux ans, sous la forme d'un suivi par sa psychiatre et d'une équipe mobile se rendant à son domicile. Toutefois, quelques jours avant sa sortie, Roberto est victime d'une rupture d'anévrisme, alors qu'il était en visite chez sa sœur. Une hospitalisation en soins intensifs est lancée, mettant un terme à son séjour dans l'établissement. Lors de notre dernière rencontre, Roberto disait avoir hâte de rentrer chez lui, de continuer à régulariser sa situation sociale et de revoir sa fille.

RÉACTION THÉRAPEUTIQUE NÉGATIVE ET VOLONTÉ PULSIONNELLE

Le cas de Roberto et les difficultés rencontrées lors de son accompagnement nous semblent fournir deux principaux enseignements sur la réaction thérapeutique négative et sur la manière dont elle a été abordée et pensée par Anzieu et Lacan. Le premier de ces enseignements porte sur la cause de la réaction thérapeutique négative, plus particulièrement celle soutenue par la thèse d'Anzieu (1975) à propos de la communication paradoxale et de la double contrainte. En effet, Roberto, à travers ses dires sur les événements ayant marqué son histoire, évoque la présence d'une figure paternelle changeante et capricieuse, dont les propos et positions rapportés par le patient, pourraient s'inscrire dans les coordonnées de la communication paradoxale, telle qu'elle est définie par la théorie de l'École de Palo Alto. En outre, cette difficulté, rencontrée dans la relation avec son père, semble conserver, pour Roberto, un statut particulier, pouvant se réactualiser au sein de ses rapports avec son entourage, comme, par exemple, avec son épouse. Cette observation pourrait être interprétée dans le sens

de l'hypothèse d'Anzieu (1975), selon laquelle la réaction thérapeutique négative serait causée par une dynamique de communication contradictoire, dans laquelle le sujet serait pris et qui viendrait à se répéter à son insu.

Toutefois, il nous semble que la validation de cette hypothèse, à partir des données cliniques issues du parcours de vie de Roberto, requiert une certaine prudence. En effet, tant dans sa relation avec certains membres de son entourage que dans son rapport avec les intervenants de l'hôpital, Roberto peut, lui-même, faire preuve de changements soudains et paradoxaux, à la fois dans son discours et dans sa façon d'acter les choix qu'il énonce. Ainsi, au cours de nos deux premiers entretiens, il nous adresse des lectures très différentes des événements ayant conduit à son hospitalisation sous contrainte. Interrogé sur cet écart entre ses dires, Roberto nous dira que ses propos ont été mal compris ou que l'on se trompe de personne. De même, son insistance pour revoir sa fille, en dépit du refus de son ancienne compagne, entre en contradiction avec les témoignages de sa sœur et de sa mère, indiquant que le patient, une fois seul chez lui, n'entreprend aucune démarche pour la rencontrer et va même jusqu'à refuser ses visites. À la lumière de ces éléments, tout semble se passer comme si Roberto avait repris à son compte l'attitude versatile et paradoxale à laquelle il dit avoir été exposé. Cette logique changeante et contradictoire, qu'il tend à percevoir chez son interlocuteur, outre le fait de dire quelque chose de l'autre paternel auquel il aurait été confronté, paraît témoigner d'une problématique qui lui est propre et qui viendrait à se présenter dans ses relations, notamment dans la relation transférentielle avec l'équipe soignante. Dans ces conditions, l'hypothèse d'une cause de la réaction thérapeutique négative, liée à l'histoire relationnelle du sujet, bien que non-infirmée par le cas de Roberto, nous semble difficilement vérifiable pour ce qui le concerne. Elle semble buter sur un « indécidable » qui, comme le soutient Roussillon (2008), entoure la question des causes et des origines des phénomènes psychiques et intersubjectifs.

Plus vérifiables nous semblent être les effets des différents modes d'intervention ayant été tentés avec Roberto. Lors de son arrivée à l'hôpital, il prend l'initiative de réaliser, en présence des intervenants qui l'accompagnent, un travail d'élaboration sur la construction de liens entre certains événements de son histoire et les raisons qui l'ont amené à passer à l'acte. Ce travail qui, par certains aspects, tend à correspondre à l'orientation thérapeutique promue par Anzieu (1975), pour traiter la réaction thérapeutique négative, paraît, jusqu'à un certain point, se révéler fécond pour le patient. Ce dernier, en recou-

rant à la recherche de significations par les effets de la parole, dit ainsi prendre conscience des difficultés qui l'habitent, mieux les comprendre et, ce faisant, pouvoir s'en dégager, « prendre le taureau par les cornes » comme il le dit lui-même.

Cet effet d'apaisement, observé tant par l'équipe que par les membres de son entourage, semble, cependant, montrer une limite importante. Comme nous l'apprend sa seconde hospitalisation sous contrainte, le travail d'introspection et de signification entrepris par Roberto ne produit un effet structurant que dans la mesure où le patient se trouve à l'abri de ce qui tend à se refermer pour lui lorsqu'il se retrouve seul à son domicile. En présence de l'autre, présence contrainte, du fait même de la mesure d'obligation de soins, Roberto retrouve un élan vital et parvient à se distancer de ce qui le met à mal (séparation d'avec sa fille, d'avec sa nouvelle compagne, d'avec son travail, etc.). Tout autre semble être le destin de l'effet constructif du travail d'élaboration initié par le patient, quand le cadre institutionnel et la dimension sociale qu'il implique disparaissent. Dans ce cas, les résolutions prises par Roberto cèdent rapidement face à quelque chose qui le dépasse et l'entraîne vers le « renfermement » et la mort. Ainsi, le patient peut, un jour, affirmer à sa psychiatre sa volonté de vivre et témoigner de ses projets pour l'avenir et, le lendemain, tenter de se donner la mort. Tout semble se passer comme si une résistance nocive et étrange faisait obstacle à la volonté consciente du patient, ainsi qu'aux effets de son travail d'introspection lorsque ce dernier ne se trouve pas enchâssé dans un cadre institutionnel et social suffisamment contenant.

Le second enseignement déductible du cas de Roberto porte précisément sur le repérage, au cœur même de la réaction thérapeutique, d'une force, d'une volonté qui dépasse la volonté rationnelle du sujet, ses prises de conscience et ses effets de sens à travers l'usage de la parole. Dans cette perspective, le paradoxe, repéré par Anzieu (1975), à l'œuvre au sein de la réaction thérapeutique négative, ne se situerait pas tant du côté des interactions précoces du sujet qu'à l'existence, en son for intérieur, d'une volonté pulsionnelle qui s'oppose, à la volonté consciente sensée orienter ses pensées et ses actions, voire déborde. Cette lecture de la réaction thérapeutique négative, à partir du cas de Roberto, rejoint l'observation de Zenoni selon qui il existe, au sein de la condition humaine, « une volonté séparée de tout idéal et de toute motivation, (...) qui n'est plus la volonté classique, censée dominer les pulsions, mais qui est elle-même pulsion » (Zenoni, 2009, p. 271)⁵.

5. La notion de volonté a été abordée de différentes

Dans ces conditions, la possibilité d'une régulation de cette volonté pulsionnelle par la pensée consciente et ses effets de signification semble poser question. Dans le cas de Roberto, chercher à interpréter et à mettre du sens sur ce qui entoure le passage à l'acte ne paraît pas, à lui seul, suffisant pour prévenir sa répétition. D'autres interventions sont nécessaires, qui portent moins sur le passage à l'acte lui-même et le sens historique qui lui serait associé, que sur le contexte relationnel, qui préside à sa survenue. À partir du repérage de ce qui paraît être en jeu pour Roberto dans ses relations avec les autres, et qui l'amène itérativement à s'en extraire, nous avons adopté une position, au sein de la relation transférentielle avec lui, dans laquelle nos attentes et notre volonté à son égard étaient les plus discrètes possible. Nous avons, notamment, cherché à traiter ce qui, dans notre présence spontanée, pouvait faire surgir la figure d'un autre versatile et instable, prenant le patient comme objet de son caprice. Pour ce faire, nous avons, avec ses différents intervenants, tenté d'adopter des positions communes, fondées, non pas sur notre volonté personnelle, mais sur les conventions et les règles de fonctionnement de l'établissement, auxquelles nous sommes nous-mêmes soumis. Par ailleurs, comme indiqué précédemment, nous avons également cherché à traiter la propension de Roberto à occuper la place du « macho », de « l'homme fort », de celui qui « tire la barque » pour les autres, ce qui pouvait se manifester à travers certaines de ses initiatives comme organiser des activités pour les autres patients, se faire le porte-parole de leurs demandes ou vouloir régler leurs problèmes. Le traitement de cette position, à laquelle Roberto semble être compulsivement appelé par une volonté impérieuse et indécalable, nous paraît importante dans la mesure où elle tend progressivement à ravalier ce dernier à la place de celui qui se doit d'aider les autres sans jamais être reconnu et aidé par eux, au point de le pousser, comme « un citron qu'on a fini

manières dans le champ de la psychiatrie et de la psychanalyse (voir notamment : Ribot 1888). Zenoni (2009), en suite des enseignements de Lacan, examine cette notion ; à partir d'un constat clinique singulier : la coexistence, au sein de la condition humaine, d'une volonté motivée par un bien, un idéal, une raison, correspondant à la définition habituelle de la volonté, et d'une volonté réduite à un « pur vouloir », disjointe de toute explication et de tout intérêt, que Zenoni relie à la pulsion de mort freudienne. Il nous semble que cette distinction entre ces deux registres de volonté se révèle opérante dans l'appréhension de ce qui se répète pour Roberto, ce dernier témoignant d'une intention de se reconnecter aux autres et à la vie, tout en étant rapidement dépassé par une force nocive qu'il ne s'explique pas et qui le pousse vers l'isolement social et la mort.

de presser », à se « renfermer » et à se couper radicalement de la scène du social et de la vie. Cette double condition, à savoir éviter dans la rencontre avec le patient de mettre en jeu notre volonté et nos attentes à son égard, ainsi que limiter sa tendance à porter celles des autres, semble donner lieu à une relation transférentielle plus praticable pour lui, dans laquelle il n'a pas besoin de se défendre de ce qui l'opprime à travers son passage à l'acte.

Enfin, après en avoir discuté en équipe, une prolongation de la mesure d'obligation de soins a été décidée pour Roberto, afin de maintenir la contrainte d'une présence qui puisse, avec lui, chercher à faire barrage à ce qui, dans son mode de rapport à l'autre, tend à faire retour du côté du « renfermement » et du passage à l'acte. La mise en place de ces suivis s'inscrit dans la continuité de l'accompagnement social que nous avons réalisé avec le patient, à partir du repérage de l'efficacité limitée de son travail d'introspection, lorsqu'il se retrouve sans la présence d'un autre qui puisse venir un tant soit peu déranger ce qui s'impose à lui. Le dramatique accident cérébral, qui affecta Roberto quelques jours avant la fin de son hospitalisation, suspendit, jusqu'à présent, la mise en œuvre de ces hypothèses cliniques et le repérage de la façon dont le patient pourrait éventuellement s'en servir dans la suite de son parcours de vie.

DE LA RÉACTION THÉRAPEUTIQUE NÉGATIVE À LA CLINIQUE DU RATAGE ET DE LA RÉSISTANCE

Comme nous l'enseigne le cas de Roberto, le concept de réaction thérapeutique négative, près d'un siècle après son introduction dans le champ de la psychopathologie, semble conserver un intérêt particulier quant à la pratique clinique. Les relectures qui en ont été faites, en raison, peut-être, de la complexité des enjeux qu'il cherche à saisir, ont conduit, comme nous l'avons vu, à des développements conceptuels et à des hypothèses cliniques parfois très différents au sein d'un même champ épistémologique. Plus globalement, sa valeur d'outil, toujours actuelle, nous semble résider dans la place qu'il accorde à ce qui tend à résister, à s'opposer, à échapper aux visées attendues d'un traitement, quel que soit le paradigme théorique dans lequel ce dernier s'inscrit et quelle que soit l'entité psychopathologique à laquelle il s'adresse ⁶.

6. Dans le cas de Roberto, sa confrontation à des idéaux très lourds, sa tendance à se renfermer et à s'exclure du lien social, ainsi que sa propension, lors des premiers temps de son hospitalisation, à se reprocher d'être la cause de ses propres malheurs, nous amènent à formuler l'hypothèse d'une

En nous référant au cas de Roberto et aux difficultés rencontrées dans son accompagnement, tout semble se passer comme si la pertinence du concept de réaction thérapeutique négative ne se rapportait pas tant à sa mise en forme théorique qu'à sa potentialité à interroger ce qui, dans les pratiques thérapeutiques, fait obstacle à leur déroulement.

Ce faisant, au-delà du paradoxe d'une volonté pulsionnelle pouvant faire effraction à la raison et à la conscience du sujet, le concept de réaction thérapeutique négative tend à souligner un second paradoxe, à savoir la réception de cette volonté pulsionnelle et des difficultés qu'elle est susceptible de produire dans les modes de traitement contempo-

position mélancolique chez ce patient, dans le contexte de la séparation et de la procédure de divorce de son épouse. Ce repérage diagnostique ne rencontre pas la thèse de Freud (1940), qui associe la réaction thérapeutique négative et le champ des névroses. Il tend davantage à conforter celle soutenue par Lacan (1955) selon qui la réaction thérapeutique négative serait transversale à la condition humaine et ne constituerait pas ou ne serait pas apparée à une entité clinique particulière.

rains. Alors que les auteurs des principaux modèles thérapeutiques et les discours qui les justifient témoignent, à des degrés divers, de certaines limites ou contre-indications quant à leur intervention, ils semblent généralement accorder peu d'attention et de crédit à ce qui cause de tels points d'achoppements dans leur application. Comme l'explique Maleval : « Quoique les psychothérapeutes soient contraints de constater empiriquement l'inhérence d'un principe d'indétermination dans la cure, leurs présupposés les conduisent à négliger ce déchet malencontreux de leur approche. Les résultats de leur pratique sont pourtant fonction d'une dynamique commandée par ce reste qui échappe à leur appréhension (...) » (Maleval, 2012, p. 97).

Par de-là sa formalisation théorique, le concept de réaction thérapeutique négative nous semble présenter une pertinence clinique en ce qu'il tend précisément à interroger la façon dont chaque praticien accorde une place à ce qui échoue et résiste dans le travail thérapeutique, et à l'usage qui peut en être fait dans la construction même de son accompagnement.

RÉFÉRENCES

ANZIEU (Didier).– Le transfert paradoxal [1975], dans Anzieu (D.), *Psychanalyse des limites*, Paris, Dunod, 2007, p. 39-65.

CHABERT (Catherine).– L'interdit du toucher et le transfert paradoxal, dans Chabert (C.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*, Toulouse, Érès, 2008, p. 31-47.

DOREY (Roger).– La relation d'emprise, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 24, 1981, p. 115-139.

FREUD (Sigmund).– Au-delà du principe de plaisir [1920], dans Freud (S.), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 49-128.

FREUD (Sigmund).– Le moi et le ça [1923], dans Freud (S.), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 245-305.

FREUD (Sigmund).– Le problème économique du masochisme [1924], dans Freud (S.), *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses universitaires de France, 1973, p. 287-297.

FREUD (Sigmund).– *Abrégé de psychanalyse* [1940], Paris, Presses universitaires de France, 2001.

KAËS (René).– Introduction à l'analyse transitionnelle, dans Anzieu (D.), Bleger (J.), Guillaumin (J.), et coll., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979, p. 1-81.

KLEIN (Melanie).– Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs [1934], dans KLEIN (M.), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968, p. 311-340.

LACAN (Jacques).– *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Le Seuil, 1955.

LACAN (Jacques).– *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966.

LACAN (Jacques).– *Encore*, Paris, Le Seuil, 1973.

LACAN (Jacques).– L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre [1977], un établissement de ce séminaire est paru dans la revue *l'Unebévue*, 21, 2003.

LEYPOLD (Élisabeth).– La réaction thérapeutique négative : différence de lecture et de traitement chez Freud et chez Lacan, colloque de l'EPSF « Versions de la guérison », Paris, 25-26 mars 2000.

MCDUGALL (Joyce).– L'anti-analysant en analyse, *Revue française de psychanalyse*, 36, 1972, p. 167-184.

MALEVAL (Jean-Claude).– *Étonnantes mystifications de la psychothérapie autoritaire*, Paris, Navarin, 2012.

PONTALIS (Jean-Bertrand).– Non, deux fois non : tentative de définition et de démantèlement de la réaction thérapeutique négative, *Nouvelle revue de psychanalyse*,

24, 1981, p. 53-73.

RIBOT (Théodule).– *Les maladies de la volonté* [1888], Paris, L'harmattan, 2002.

ROUSSILLON (René).– *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Paris, Dunod, 2008.

ZENONI (Alfredo).– *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*, Toulouse, Érès, 2009.