

Le conjugal et le familial

Jean-Maurice Blassel

DANS **DIALOGUE** 2005/3 (N^O 169), PAGES 75 À 83
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0242-8962

ISBN 2749204291

DOI 10.3917/dia.169.0075

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-dialogue-2005-3-page-75.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le conjugal et le familial

JEAN-MAURICE BLASSEL

Jacqueline Schaeffer et Claude Zenatti ont brillamment montré l'articulation complexe entre féminin et maternel, masculin et paternel. En distinguant ainsi les identités sexuelles et les identités générationnelles, les auteurs ouvrent des horizons théoriques et cliniques. En effet, la construction identitaire globale apparaît alors résulter de la superposition et de l'articulation de différents registres identitaires. Si l'on considère que les différenciations des êtres, des sexes et des générations constituent les trois organisateurs psychiques fondamentaux, l'on en déduit que le sujet élabore successivement une identité existentielle, une identité sexuelle et une identité générationnelle. L'enfant se représente : exister ; exister comme garçon ou fille ; exister comme fils ou fille de. Tout au long de son existence, le sujet est confronté à la représentation de ces trois registres identitaires, registres que les divers choix conjugaux ou familiaux de chacun se chargent de complexifier. Nous pouvons concevoir des conflictualités psychiques à l'intérieur de l'un ou l'autre de ces registres identitaires, tels par exemple l'autisme, le transsexualisme ou l'auto-engendrement. On peut également concevoir des conflictualités psychiques liées à l'articulation de ces trois registres identitaires.

Les cliniques conjugales et familiales mettent particulièrement en lumière les conflictualités psychiques liées à la superposition et à la combinaison de ces registres identitaires. Ces conflictualités se manifestent, en couple, en famille

dans la difficulté d'articuler le conjugal et le familial. Conjugal et familial sont utilisés ici en tant que substantif pour désigner, pour l'un l'identité sexuelle, la fantasmatique sexuelle, et les liens conjugaux qui en résultent, et pour l'autre, l'identité et la fantasmatique générationnelle et les liens familiaux qui en découlent.

De plus, l'articulation entre le conjugal et le familial interroge le choix du dispositif thérapeutique. En effet, lors de consultations au sujet des troubles d'un enfant, nous constatons régulièrement des difficultés conjugales. De même lors d'entretiens conjugaux, les conjoints peuvent aborder des relations familiales pathologiques. Quant aux situations dites « de recomposition familiale », le choix du dispositif thérapeutique est particulièrement épineux. L'articulation entre conjugal et familial constituera le premier point de notre démarche, la question du choix du dispositif terminera cette réflexion.

Articulation du conjugal et du familial

Les cliniques conjugales et familiales montrent la complexité des investissements entre conjoints. L'on remarque fréquemment que les fantasmes concernant la conjugalité et ceux concernant la parentalité sont présents et actifs dès le début de la relation, dans la dynamique instaurant le choix du partenaire. Le choix conjugal s'effectue en référence à la métabolisation des désirs et interdits relatifs aux processus de différenciation sexuelle et générationnelle. Pour être bref, un homme, une femme, choisit un homme, une femme plus ou moins sexuellement interdit, en référence à la dimension sexuelle de son projet identificatoire. Parallèlement cet homme, cette femme s'identifie inconsciemment à un enfant pour lequel ce conjoint est projectivement choisi comme parent ou comme non-parent. La clinique révèle que le partenaire est objet d'investissements conjugaux et parentaux. L'articulation entre ces deux types d'investissements constitue, à mon avis, le soubassement inconscient à l'origine du choix du partenaire et le terreau fantasmatique de la dynamique conjugale et familiale.

Les conceptualisations de Racamier (1992) et de ses successeurs permettent de schématiser quatre types d'articulation entre le conjugal et le familial. Dans le premier type, le conjugal et le familial sont distincts. Dans le deuxième, enchevêtrés, dans le troisième, antagonistes et enfin dans le quatrième, indistincts.

Distinction du conjugal et du familial

La distinction du conjugal et du familial dans la famille suppose le dépassement de la conflictualité œdipienne des conjoints. Les liens conjugaux et familiaux se conçoivent et se perçoivent nettement. Ils sont séparés tout en

pouvant se combiner. Les plaisirs conjugaux et familiaux peuvent coexister. Les conjoints peuvent supporter l'exclusion de l'enfant de leur relation conjugale. Les pulsions de l'enfant, ses désirs sexuels et rivalitaires ne déstabilisent pas les liens conjugaux. L'interfantasmatisation stimule le fantasme de bonne scène primitive créatrice et stabilisatrice de la famille. Elle encourage l'enfant, de ce fait, à psychiser les différenciations sexuelles et générationnelles qui s'imposent à lui.

Enchevêtrement du conjugal et du familial

Le conjugal et le familial sont enchevêtrés lorsque les investissements des partenaires sont tourmentés par un conflit névrotique. L'investissement du conjoint en tant qu'objet sexuel et objet générationnel engendre la représentation d'un conjoint tel un parent sexuellement séducteur d'un enfant. Le poids de la culpabilité liée aux fantasmes incestueux empêche les parents de rester amants. Généralement, le familial finit par absorber le conjugal tandis que le conjugal infiltre le familial.

L'investissement prévalent du familial opère un contre-investissement des fantasmes sexuels. Mais fréquemment, par identification projective, l'enfant devient le dépositaire des désirs œdipiens parentaux. Les parents « familialisent » leurs désirs amoureux et hostiles. Il circule alors, dans la famille, des fantasmes d'abandon et de rétorsion.

Le fantasme d'abandon est ici la forme défensive du fantasme de séduction. Il s'origine dans la projection sur l'enfant des fantasmes et souffrances infantiles concernant l'exclusion de l'intimité conjugale. L'interfantasmatisation génère la représentation d'un enfant perdu, isolé, abandonné à cause de l'intimité conjugale. L'un ou les deux partenaires s'identifient à cet enfant malheureux, délaissé pour la conjugalité. Défensivement, les conjoints refoulent la dimension sexuelle. Ils déssexualisent leur relation conjugale au profit de la parentalité. Ce faisant, les parents agissent inconsciemment la séduction parentale qu'ils tentaient d'éviter.

Le fantasme de rétorsion, quant à lui, s'origine dans la projection sur l'enfant de l'hostilité œdipienne. L'interfantasmatisation génère la représentation d'un enfant jaloux de l'intimité des conjoints. L'un ou les deux parents projettent leurs fantasmes rivalitaires et dissociatifs sur l'enfant, identifié à un enfant exclu, jaloux et vindicatif. Mais encore plus inconsciemment, l'enfant est le représentant fantasmatique d'un parent abandonné et vengeur, interdicteur du couple. L'enchevêtrement du conjugal et du familial conduit à l'activation excessive de fantasmes sexuels dans la famille et à l'activation excessive de fantasmes générationnels dans le couple. De ce fait, l'enfant est prématurément confronté à une problématique œdipienne dont l'intensité le dépasse.

Antagonisme du conjugal et du familial

L'antagonisme se caractérise ici par un désaveu alternatif et réciproque du conjugal et du familial. Les conjoints aspirent à la satisfaction d'une intimité conjugale, confirmant leur identité sexuelle. Mais l'interfantasmatisation les confronte à la représentation d'un lien parent-enfant détruit par la conjugalité. Les conjoints s'identifient aux protagonistes du scénario inconscient. Certains s'identifient prioritairement à l'enfant envieux dramatiquement arraché au parent ; d'autres s'identifient au parent arrachant et massacrant de l'enfant. Sous le poids de ces identifications insupportables, les conjoints éprouvent une répulsion, une haine du conjugal. Pour expier leur attirance, ils attaquent leur conjugalité. Par différents mécanismes pervers, les conjoints dénigrent, disqualifient et désavouent le lien sexuel au profit d'un lien générationnel. Le refus de sexualité, les conduites addictives, l'agressivité, l'humiliation ou le mépris silencieux sont utilisés, ici, pour démentir l'investissement du conjugal et confirmer la pérennité du lien à l'enfant, la suprématie du lien générationnel.

Mais dans un deuxième temps, poussés par le besoin de confirmation de leur identité sexuelle, les conjoints disqualifient le lien générationnel. L'humiliation, le rejet, l'agression, le mépris et la disqualification changent alors de destinataire. Les conjoints désavouent maintenant le lien familial au profit du lien conjugal. L'antagonisme du conjugal et du familial est du registre antœdipien, il active des représentations et angoisses de séparation de nature sacrificielle. L'intérêt pour le conjugal apparaît comme un sacrifice du familial, tandis que le familial apparaît comme un sacrifice du conjugal. Cette configuration paradoxale pervertit les liens conjugaux et familiaux. Les identités sexuelles et générationnelles sont alternativement et réciproquement désavouées dans la famille, ce qui compromet les repères identitaires et identificatoires de l'enfant.

L'indiscrimination du conjugal et du familial

L'indiscrimination du conjugal et du familial se caractérise par la nécessité de maintenir le déni de l'un et l'autre de ces registres. Les liens conjugaux et familiaux ne doivent pas être identifiables. Toute différenciation sexuelle et générationnelle est interdite dans la famille afin de la protéger d'angoisses de séparation catastrophique.

La dynamique entre conjoints, de nature antœdipienne, dynamise des angoisses de séparation catastrophique entre parents et enfant. Défensivement, les conjoints tentent d'annuler tout processus psychique de différenciation. La fantasmatisation sur la différence des êtres, des sexes et des générations est bannie. La famille dénie tout statut délimité : il n'y a ni conjoint, ni parent, ni enfant. Les angoisses de séparation sont ainsi radicale-

ment évacuées. Les agirs se substituent à la pensée. L'omnipotence et l'auto-engendrement règnent en maître absolu. La sexualité est mise au service des défenses contre la séparation catastrophique.

L'indiscrimination du conjugal et du familial caractérise l'organisation familiale antœdipienne incestuelle, mise en évidence par Racamier. Avec ou sans acte incestueux, l'organisation incestuelle ne vise pas le désaveu de l'interdit de l'inceste, elle est en deçà de ce registre de différenciation. Dans son essence même, l'organisation incestuelle lutte contre des angoisses de séparation catastrophique. Elle annexe la sexualité afin de pérenniser l'indiscrimination des êtres.

Choix du dispositif thérapeutique

L'articulation entre le conjugal et le familial retentit inévitablement sur la question du choix du dispositif thérapeutique. Avec quel groupe le clinicien va-t-il travailler : le couple ou la famille ? Cette question mobilise au plus haut point les motivations préconscientes et inconscientes du clinicien. Le choix d'un dispositif peut reposer sur des résonances fantasmatiques, des identifications et contre-identifications. Le choix peut également être soutenu par les désirs réparateurs ou séparateurs, par des idéologies secrètes de type familialiste, conjugaliste ou individualiste.

Le clinicien peut également poser une indication en fonction de l'investissement ou contre-investissement d'une hiérarchie de références théorico-cliniques. Le clinicien prescrit tel dispositif en fonction du rang de noblesse qu'il instaure entre la cure individuelle, la cure familiale ou la cure conjugale, ou bien entre le travail analytique et le travail systémique, ou encore, entre le travail de soin, le travail de guidance et le travail de suppléance. Cet investissement ou contre-investissement, de nature narcissique, se mesure à la noblesse ou l'universalité projetée sur le dispositif, la théorie qui le sous-tend et les cliniciens qui s'y réfèrent. D'autant plus refoulé qu'il est porté par une institution, cet investissement suscite de nombreux processus animés par l'envie ou la défense contre l'envie. Ces processus, contrairement à la rivalité, ne stimulent pas la réflexion, mais dévitalisent la recherche théorique et clinique. Je n'insisterai pas davantage sur ces aspects qui mériteraient à eux seuls un long développement.

Dans la pratique, l'indication provient fréquemment d'un professionnel qui diagnostique un trouble et adresse ensuite le ou les patients à un psychothérapeute. D. Houzel et G. Catoire (1990) montrent que l'indication, à partir d'un diagnostic extérieur, assimile la psychothérapie à une prescription médicale. Pour ces auteurs, l'indication doit reposer sur l'observation d'un processus dynamique, suscité par la rencontre avec le clinicien, et dans lequel se révèle « le tracé de trois lignes de force principales » :

- la reconnaissance de la souffrance psychique ;
- la localisation de l'excès de conflictualité psychique non contenue ;
- les possibilités d'alliance thérapeutique suffisamment stables.

Le choix du dispositif thérapeutique s'effectue selon le repérage, en séance, du lieu de convergence de ces lignes de forces : l'individu, le couple ou la famille. Ce critère d'indication est pertinent. D. Houzel et G. Catoire évitent la « médicalisation » de la psychothérapie en différenciant le diagnostic psychopathologique et l'indication psychothérapique. Les auteurs rappellent ainsi que l'indication ne peut être posée que par le clinicien qui assurera le soin. On ne peut prescrire à la place du professionnel concerné.

Dans une autre perspective, J. Robion (2003) questionne les indications sous l'angle des résistances. L'auteur distingue les résistances dans la cure et les résistances à la cure. Si les résistances dans la cure sont inévitables, les résistances à la cure sont la conséquence d'une opposition entre l'indication posée par le clinicien et la demande du ou des patients. Une indication, aussi pertinente soit-elle, ne correspond pas obligatoirement à l'attente des patients. Considérer toute résistance comme une résistance dans la cure atteste d'un positionnement hiérarchique insuffisamment analysé ou d'un effet de résonance aux problématiques rencontrées.

J. Robion envisage deux registres d'opposition à l'indication. Le premier concerne le destinataire de l'indication. Les parents peuvent par exemple résister à l'indication de thérapie familiale si, pour eux, le soin doit s'appliquer à l'enfant. De même, un conjoint peut résister à l'indication de thérapie conjugale si, pour lui, le destinataire du soin doit être son partenaire. Le deuxième concerne la finalité de l'indication et la nature de l'aide attendue du spécialiste. Toute demande d'aide adressée au clinicien n'est pas obligatoirement une demande de psychothérapie, telle que l'entend le spécialiste. J. Robion en vient alors à concevoir un processus d'auto-prescription. Le thérapeute s'abstient de proposer ou d'induire une indication. Il instaure un processus dynamique qui permet aux patients de se représenter leurs propres conceptions des difficultés, et la nature de l'aide qu'ils recherchent. De même qu'on ne peut prescrire à la place du professionnel concerné, on ne peut, non plus, prescrire à la place des patients concernés.

Au terme du processus d'auto-prescription et avec l'aide du clinicien, les patients se sont auto-prescrit un dispositif – analytique ou comportemental –, de soin, de guidance ou de suppléance, adapté à leur fonctionnement psychique. Il appartient ensuite au clinicien d'adresser les demandeurs vers d'autres spécialistes lorsque l'auto-prescription des patients ne correspond pas à sa spécialité.

À l'expérience, l'auto-prescription est particulièrement adaptée à la clinique des couples et des familles. Elle permet la clarification du travail attendu, la nomination des destinataires auxquels ce travail s'adresserait, tout en limitant

les attaques envieuses à l'égard du clinicien. Ce processus met en évidence la demande consciente. Dans la perspective d'une clinique analytique, il permet également l'éventuelle émergence d'une demande inconsciente et l'étude par le clinicien de la compatibilité entre la demande consciente et la demande inconsciente.

Une clinique analytique repose sur le déploiement et l'analyse d'un transfert suscité par la régression. Aussi, dans la constitution du cadre analytique, une attention toute particulière est-elle portée à la régression, aux modalités qui la favorisent et aux effets qu'elle produit dans et hors la cure. La clinique analytique de couple et de famille est un dispositif de face-à-face multiple : face-à-face avec le clinicien, face-à-face entre les participants, sans oublier le face-à-face du clinicien avec lui-même. Envisager une clinique analytique du couple et de la famille, en tant qu'ensemble, suppose une possibilité de régression de l'ensemble, gérable par chacun des membres dans et hors séances. Cette clinique suppose également la possibilité de déploiement d'un transfert – conjugal ou familial – analysable en présence de l'ensemble. Dans le cas d'une clinique analytique, il appartient au clinicien d'inscrire le processus d'élaboration de la demande dans une temporalité afin de permettre l'élaboration d'une demande consciente, l'éventuelle émergence d'une demande inconsciente et l'évaluation de la compatibilité entre ces deux registres.

Une courte vignette me servira d'illustration

Un couple vient consulter en raison de difficultés familiales avec leurs deux enfants schizophrènes. Les parents me décrivent en détail les symptômes des enfants, les interactions familiales qui, de mon point de vue, sont de nature perverses et justifieraient une thérapie familiale. En fin d'entretien, les conjoints me demandent s'ils doivent consulter en couple ou en famille. Je réponds que nous allons nous donner le temps d'examiner ensemble cette question et que la prochaine fois, vient qui veut.

La séance suivante, les parents viennent seuls et nous commençons à réfléchir au dispositif qui leur semble le plus approprié pour dépasser les difficultés qu'ils rencontrent. Les conjoints oscillent alors entre une demande éducative pour leurs enfants et une demande de guidance parentale. Des désaccords surgissent entre les conjoints sur la place donnée par chacun d'eux aux enfants. Je conclus la séance par la même formule : la prochaine fois, vient qui veut.

La troisième et quatrième séances poursuivent les réflexions précédentes. Je constate progressivement que mon attention est troublée par un agacement bizarre qui me fait taire ou intervenir sans raison. Je me sens alternativement exclu ou précipité dans la dynamique conjugale. En mon for intérieur, je rat-

tache mon agacement à une résonance fantasmatique, et centre mon attention sur l'éventuel déploiement de la dynamique familiale dans le cadre des séances.

Je constate alors que chaque fois que les conjoints s'adressent à moi, ils me parlent comme des parents le feraient avec un petit enfant perdu. Ils semblent à mon égard dans une sorte de collage primaire dont ils s'extraient, en disqualifiant l'intérêt d'une thérapie. Une thérapie leur semble inutile puisque, ensemble, ils sont plus compétents que tous les médecins qu'ils ont rencontrés. Cette survalorisation du couple entraîne ensuite un conflit entre conjoints et le retour d'une attente primaire à mon égard. Parallèlement aux réflexions au sujet de la demande consciente, la demande inconsciente se manifeste.

Lorsque les conjoints me demandent à nouveau s'ils doivent venir en couple ou en famille, j'interroge la question. Leurs associations libres les conduisent à parler du temps idyllique lorsqu'ils vivaient à l'étranger, puis de la place difficile d'un étranger (professeur, médecin), dans leur relation de couple. Je termine la séance par la même formule : la prochaine fois, vient qui veut.

À la cinquième séance, les conjoints développent le thème de l'étranger. Ils opposent le souvenir d'un merveilleux temps familial et leur impression actuelle qu'un professionnel accuse leur couple d'être « schizophrénogène ». Je reformule cette opposition sans l'interpréter transférentiellement. Les conjoints poursuivent leurs associations et insistent pour la première fois sur leurs souffrances de parents déçus et blessés. Ils abandonnent progressivement l'idée d'une guidance éducative et envisagent un éventuel travail thérapeutique.

Mais la question demeure : en couple ou en famille ? Je précise que cette question renvoie peut-être à l'opposition précédente entre le temps familial merveilleux et l'impression d'une contestation du couple. Je termine par la formule rituelle : la prochaine fois, vient qui veut.

Quelques séances plus tard, les conjoints formuleront une demande de psychothérapie analytique de couple. Les conjoints se sont auto-prescrit ce dispositif en fonction d'une demande consciente qui s'est construite et élaborée, en interaction avec le déploiement d'une demande d'un autre type, qui, à ce stade, reste inconsciente. La demande inconsciente se révélera dans le transfert, et l'accord sur la nature analytique du travail autorisera alors l'analyse et l'interprétation de ce transfert. Le choix d'un dispositif se coconstruit alors avec le couple ou la famille. Cette coconstruction implique que le clinicien adopte une position d'abstinence et de disponibilité psychique, et qu'il instaure une temporalité dont personne ne peut savoir à l'avance ce qui va en résulter.

Jean-Maurice Blassel
Psychanalyste, psychothérapeute de couple et de famille

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU, D. 1975. *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.
- BLASSEL, J.-M. 2003. « Psychopathologie du couple et soin psychanalytique », *Groupal*, n° 14, Paris, Éditions du Collège de psychanalyse groupale et familiale.
- BLASSEL, J.-M. 2004. « Clinique conjugale psychanalytique et transfert », *Dialogue*, n° 166, érès.
- CAILLOT, J.-P. 2003. « Introduction à la psychanalyse du couple, les thérapies psychanalytiques de couple », *Groupal*, n° 14, Paris, Éditions du Collège de psychanalyse groupale et familiale.
- CAILLOT, J.-P. ; DECHERF, G. 1988. « Le couple anti-famille, la famille anti-couple, le fantasme d'auto-engendrement du couple », *Gruppo*, n° 4, Paris, Clancier-Guénaud.
- CAILLOT, J.-P. ; DECHERF, G. 1989. *Psychanalyse du couple et de la famille*, Paris, Apsygée.
- DEFONTAINE, J. « Angoisse de séparation et sexualité », *Groupal*, n° 5, Paris, Éditions du Collège de psychanalyse groupale et familiale.
- EIGUER, A. 1987. *La parenté fantasmatique*, Paris, Dunod.
- HOUZEL, D. ; CATOIRE, G. 1990. « L'enfant, le couple, la famille. À propos du choix thérapeutique », *Gruppo*, n° 6, Paris, Apsygée.
- HURNI, M. ; STOLL, G. 1996. *La haine de l'amour*, Paris, L'Harmattan.
- LEMAIRE, J.-G. 1991. « Entretiens familiaux et conflits sexuels des parents », *Gruppo*, n° 7, Paris, Apsygée.
- MELTZER, D. 1966. *Les structures sexuelles de la vie psychique*, Paris, Payot.
- RACAMIER, P.-C. 1992. *Le génie des origines*, Paris, Payot.
- ROBION, J. 2002. *Métapsychologie de la différenciation*, Nantes, Cassiopée.
- ROBION, J. 2003. « Le modèle de l'autoprescription », *Dialogue*, n° 159, érès.
- PIGOTT, C. 1999. *Les imagos terribles*, Paris, Collège de psychanalyse groupale et familiale.
- SCHAEFFER, J. 1997. *Le refus du féminin*, Paris, PUF.

RÉSUMÉ

Dans cet article, l'auteur propose une synthèse des différents types d'articulations entre le couple et la famille. Ces distinctions le conduisent à interroger le choix du dispositif thérapeutique.

MOTS-CLÉS

Conjugal, familial, enchevêtrement, antagonisme, indiscrimination, auto-prescription.