

REVUE  
BELGE  
DE  
PSYCHANALYSE

No 40  
PRINTEMPS 2002

## SOMMAIRE

Marie-France Dispaux,	<i>Editorial</i> .....	1
Despina Naziri,	<i>L'implication dans la recherche clinique : un chemin vers la psychanalyse</i> .....	3
René Roussillon,	<i>Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique</i> .....	25
Susann Heenen-Wolff,	<i>Le concept de pulsion de mort - utile pour la clinique quotidienne ?</i> .....	43
Françoise Labbé,	<i>Réflexions sur l'activité graphique d'une patiente tout au long de sa cure analytique</i> .....	59
Jean Melon,	<i>Rêves crus et rêves mutatifs</i> .....	79
Blandine Faoro-Kreit,	<i>Auto-sadiquement vôtre</i> .....	99
Jean-Paul Matot,	<i>L'espace de représentation</i> .....	109
NOTE DE LECTURE .....		127
Jacqueline Godfrind,	<i>Comment la féminité vient aux femmes (Jacques Delaunoy)</i>	
Revue des revues,	<i>Rivista di psicoanalisi (Vol XLVI-4-2000, Edizioni Borla, Roma) (Diana Messina Pizzuti)</i>	

# L'implication dans la recherche clinique : un chemin vers la psychanalyse (1)

Despina Naziri

Depuis un an, en écho aux débats à l'API, la Société Belge de Psychanalyse a soulevé un débat interne sur les liens complexes entre psychanalyse et recherche. Et c'est pendant cette période que se cristallisèrent des questionnements sur mon cheminement vers la psychanalyse. Je devinais qu'il m'était important de mieux comprendre personnellement ce qui était une particularité de mon parcours vers l'acquisition du statut de l'analyste, à savoir le fait que j'allais vers la pratique analytique à travers la voie de la recherche clinique inspirée par la pensée psychanalytique, alors que, plus fréquemment, un psychologue comme moi, à la sortie de ses études, devient thérapeute avant, éventuellement, de vouloir être analyste. Cette circonstance a été décisive pour me permettre d'envisager de participer à ce débat en montrant, à travers mon évolution personnelle, un exemple de recherche clinique qui peut être perçue comme une application de la démarche psychanalytique. Cet exemple, je le tire de la recherche que j'avais effectuée pour ma thèse de doctorat soutenue en 1988 à l'Université de Paris VII et qui s'intitulait : *La femme grecque et l'avortement. Etude clinique du recours répétitif à l'avortement*. Ce fut à travers cet objet de recherche, l'avortement, que je m'initiais à la démarche clinique et c'est à travers cet exemple que je souhaite contribuer à la discussion sur les difficultés à utiliser en même temps les outils théoriques et techniques de la psychanalyse et à répondre à la fois à un certain idéal scientifique.

L'article débute par un bref rappel des liens entre psychologie clinique et modèle psychanalytique et de la spécificité de la recherche clinique. Puis j'illustrerai ce type de recherche à travers mon travail sur le recours répétitif à l'avortement en explicitant mon cheminement, tant au niveau de la pensée que de l'expérience, et en reprenant quelques repères de mon itinéraire personnel.

## PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET MODÈLE PSYCHANALYTIQUE

Mon intention de parler de "recherche clinique" m'a obligatoirement amenée à me situer, à la fois, dans le champ de la démarche clinique caractérisée par ses objectifs et méthodes particulières, son ancrage dans les pratiques, et dans le champ de la recherche définie comme processus de production de connaissances validées et communicables. Plus précisément, il

---

(1) En menant ces réflexions, je tiens préalablement à remercier Marie-France Dispaux, Eliane Feld et Jacqueline Godfrind pour leur soutien.

m'a paru intéressant d'interroger la place qu'occupe la recherche clinique, entre (ou avec) la pratique clinique d'intervention (et de thérapie), et notamment celle de la psychanalyse, et la recherche scientifique en sciences humaines ; interrogation qui ne peut faire l'économie de la dimension historique de la question, telle qu'on peut au moins la cerner en milieu francophone.

La recherche clinique apparaît tiraillée entre la nature de son objet et les contraintes de la recherche. Son objet d'étude réside dans le domaine de la psychologie clinique qui, fondée en 1949 par D. Lagache sur un modèle composite, à la charnière de la psychanalyse, de la médecine et de la psychologie expérimentale, fut considérée pendant longtemps comme une discipline ambiguë, controversée. Cette conception de Lagache finit par être considérée comme une synthèse impossible entre des disciplines dont les fondements épistémologiques étaient inconciliables (Perron, 1977. Séchaud et al. 1999). J. Favez-Boutonnier, sous l'égide de laquelle fut créé, en 1959, à la Sorbonne, le premier "Laboratoire de Psychologie clinique", définit la psychologie clinique et la psychanalyse comme des domaines spécifiques et séparés mais en interaction. Elle attribue une place privilégiée à la psychanalyse qui défriche des terrains ensuite explorés par la psychologie clinique avec d'autres méthodes et un dispositif d'observation plus rigoureux. Pour Lagache comme pour J. Favez-Boutonnier, la psychologie clinique se présente comme "l'étude d'une personnalité singulière dans la totalité de son évolution et de sa situation". Cependant, l'accent est mis sur le relationnel, rompant ainsi avec le présumé du regard neutre du praticien.

Dans les années soixante, un champ de recherche et d'enseignement qui s'auto-définit "psychologie clinique" se développe et se heurte à de vives critiques venant des horizons différents : de la psychologie expérimentale, de la pensée lacanienne et de la réflexion sociologique sur la normativité sociale qui critique l'examen psychologique. Ainsi contestée dans sa légitimité à peine esquissée, la psychologie clinique mit en cause son dispositif, ses outils, s'ouvrit davantage aux sciences humaines, particulièrement à la question du sujet ou plus exactement de la subjectivité, de sa place dans le champ social, de ses rapports complexes avec le fonctionnement social (Revault d'Allonnes, 1989).

La psychologie clinique, dans sa diversité actuelle, ayant trouvé un ancrage solide dans plusieurs institutions universitaires, apparaît comme une discipline floue, occupant une position à la fois privilégiée et fragile. Sans doute parce que son projet d'étudier l'individu en situation et en interaction la conduit à chercher des points de contact entre le sociologique et le psychologique, la subjectivité et l'altérité, le pulsionnel et le symbolique, l'intériorité et l'institution. Sur le plan théorique, cette position particulière implique une multiréférenciation, une interdisciplinarité. Sur le plan pratique, elle conduit à utiliser différentes activités de diagnostic (en employant les méthodes d'observation, d'analyse, d'entretien, d'étude de cas, de tests) et des pratiques d'intervention en situation duelle, groupale, institutionnelle, organisationnelle, ayant comme modèle principal celui de la psychothérapie.

Parmi les tentatives récentes de cerner le domaine de la psychologie clinique, avec le souci de fournir une référence conceptuelle cohérente, on peut citer Evelyne Séchaud. D'après elle, la psychologie clinique "étudie les

processus de transformation psychique dans la singularité de l'individu, par rapport à son histoire et son monde relationnel" (1999). Une telle définition est particulière au monde francophone dans la mesure où elle témoigne des liens intrinsèques entre psychologie clinique et psychanalyse. Par ailleurs, selon Elsa Schmid-Kitsikis, le but de la psychologie clinique pourrait être défini, même si cette acception peut être jugée trop psychanalytique, "comme l'étude du conflit intra et intersubjectif, de l'état psychique avec l'environnement, du cycle de vie de la naissance à la mort avec ses périodes de crises et ses périodes stables, des conduites du sujet comme produits de son passé et de ses projets" (1999, 10). Il faut toutefois noter que, au plan théorique, le mariage entre psychologie et psychanalyse ne va pas sans poser de redoutables questions épistémologiques. Et nombre d'auteurs (Perron, 1997) reconnaissent qu'existent des fossés infranchissables entre les postulats de la psychologie et ceux de la psychanalyse.

### SPECIFICITE DE LA RECHERCHE CLINIQUE

La recherche clinique s'est autonomisée par rapport à la pratique clinique avec comme objectif de se donner un statut épistémologique en tant que mode de production de connaissances. Ce mouvement est relativement récent et est interrogé à travers des publications qui apparaissent depuis le milieu des années 1980, telles que *La démarche clinique en sciences humaines* (Dunod, 1989), qui regroupe les travaux des chercheurs du Laboratoire de Psychologie Clinique de l'Université de Paris VII, *La recherche clinique en psychopathologie* (PUF, 1995), ouvrage collectif dirigé par O. Bourguignon et M. Bydlowski ou *La Pratique de la psychologie clinique* (Dunod, 1997), publié par R. Perron ou encore *Psychologie clinique. Approche psychanalytique* par Evelyne Séchaud et al. (1999).

Néanmoins, la démarcation de la recherche par rapport à la pratique ne va pas sans complexité ni conflits. Les cliniciens éprouvent très souvent un malaise face aux entreprises de recherche car ils voient mal comment celles-ci échapperaient aux dangers du réductionnisme et de la réification. De fait, les cliniciens ont souvent le sentiment qu'ils tirent relativement peu de profit des résultats de la recherche pour leur pratique (Robert-Tissot, 1997).

Toutefois, il convient de remettre en question cette dichotomie souvent énoncée pour tenter d'instaurer des liens entre pratique et recherche. La tentative, par ailleurs, de cerner le domaine de la psychologie clinique, telle que je viens de le faire, nous permet de réaliser l'écart entre l'objet et les contraintes de la recherche clinique, entre l'idéal de la clinique et les exigences de la démarche scientifique, entre l'élaboration de modèles et le caractère diffus d'événements d'ordre apparemment différents.

Les auteurs reconnaissent la nécessité d'une construction, qui implique l'abandon de l'illusion de l'objet donné. Si "la personne totale" ou "la personnalité singulière" sont les référents sous-jacents, les situations à partir desquelles le chercheur travaille présentent une complexité dont il faut dénouer les fils avant d'en choisir certains pour les renouer. D. Widlöcher (1995) a ainsi bien explicité ce va et vient entre déconstruction et reconstruction des concepts et des processus dans la démarche clinique.

Le chercheur est donc amené à aborder la complexité dans l'optique de la recherche. Il peut s'agir de "situations réelles d'engagement d'individus" (Revault d'Allonnes, Barus-Michel, 1981), de situations de type thérapeutique dans lesquelles le clinicien répond à une demande ou de situations provoquées et construites à la demande du chercheur. On peut citer, à titre d'exemples, à part le domaine de la psychopathologie qui est le plus répandu, des recherches cliniques comme celles de R. Kaës sur les dispositifs d'analyse de groupe (1976), de M. Bydlowski (1997) sur les divers aléas du désir d'enfant, de Delais de Parseval (1981, 1983) et de F. Hurstel (1991, 1996) autour de la fonction paternelle, de M. Huguet (1971, 1987), sur la notion de "structure de sollicitation" pour comprendre le malaise à vivre, etc.

La nécessité pour le chercheur de disposer des situations productrices de complexité et de sens engendre une difficulté à distinguer le registre de l'intervention de celui de la recherche. La prise en compte de cette difficulté oblige le chercheur à mettre en place des dispositifs qui lui permettent de tenir compte des différents processus mis en œuvre et de les reprendre pour les traiter dans l'après-coup. Ainsi, il doit employer des méthodologies qui permettent à la fois de dégager les significations de la rencontre entre le chercheur et les acteurs ainsi que les significations des discours produits par les acteurs et d'élucider les modalités de son intervention. Le fait de considérer que l'implication du chercheur peut avoir valeur d'intervention et apporter "un plus" à l'objet, signe la spécificité de la recherche clinique, en même temps qu'il traduit la complexité et la difficulté.

C'est dans un tel contexte de réflexion sur le processus de la recherche que G. Devereux (1980), a, mieux que quiconque, relevé combien sous-étudiés et sous-évalués sont les phénomènes contre-transférentiels du chercheur par rapport au transfert de l'interviewé et de l'observé. Dans son livre "De l'angoisse à la méthode" (1980) il démontre que le contre-transfert du chercheur est sans cesse à l'œuvre et fonctionne comme un processus défensif contre certains éléments de la recherche qui paraissent anxiogènes.

Néanmoins utiliser la notion du contre-transfert dans un domaine si vaste comme celui de la recherche en sciences humaines, l'extraire de son champ d'origine (celui de la cure analytique) pour l'appliquer à un matériel recueilli dans de tout autres conditions, ne s'est pas fait sans réserves. R. Perron les exprime ainsi : "parler de transfert et de contre-transfert dans le cadre d'un entretien unique ou d'identification et de projection dans le cadre d'un examen psychologique utilisant des épreuves dites projectives, cela n'est pas en soi illégitime ; mais c'est utiliser ces termes autrement que les psychanalystes qui discutent d'un processus de cure au long cours. L'identité des mots ne doit pas faire croire à une identité des notions, car les notions n'ont de sens que dans le cadre de l'ensemble phénoménal qu'elles prétendent construire" (1997).

En dépit de ces réserves, la réintroduction du chercheur est inhérente au processus d'objectivation qui soutient la recherche clinique. La démarche clinique de recherche doit donc être rigoureuse. La première phase conduit évidemment à construire un corps d'hypothèses qui part des questions qui se posent au chercheur, prennent source dans ses fantasmes et se confrontent aux énoncés formulés dans des recherches déjà menées dans le domaine. Ce mouvement est purement réflexif, vise la construction de l'objet de recherche et

aboutit à l'élaboration du dispositif méthodologique de recueil des données. Les entretiens cliniques de recherche ainsi que les autres méthodes (observations, groupes, etc) de recueil constituent le moment de confrontation des hypothèses du chercheur avec la réalité des situations et des personnes rencontrées.

Le moment de recueil du matériel peut être vécu comme un processus de découverte lié à la compréhension intuitive que le chercheur élabore dans un mouvement d'appropriation de la problématique du sujet et de reformulation dans la problématique de la recherche. Alors que le moment du recueil des données place le chercheur face à un sujet, le moment du traitement place celui-ci face à l'ensemble des sujets constituant l'échantillon. L'après-coup du recueil du matériel emmène à interroger la problématique du sujet à la lumière des hypothèses et des autres discours recueillis. A la différence des plans de recherche de type expérimental où les hypothèses servent à contrôler les valeurs prises par les variables, la confrontation des hypothèses et du matériel recueilli permet la reformulation et le recadrage de celles-ci. Les hypothèses qui permettent de repérer le point de départ de la recherche sont nourries, enrichies, modifiées par le travail clinique dans un mouvement en spirale. Dans ce sens, l'objet de la recherche subit un processus de construction/déconstruction permanente.

La validation des procédures de recherche clinique est située entre la théorie et l'expérience clinique car elle vise à décrire et rendre intelligibles des modes de fonctionnement et de dysfonctionnement (Perron, 1977) et à dégager les significations qui sont afférentes. Prenant appui sur la subjectivité du chercheur, la démarche clinique de recherche tente d'élaborer des connaissances validées autant sur le plan de la conviction que sur le plan de l'argumentation. La stratégie de validation repose principalement sur l'élucidation des moyens méthodologiques spécifiques et parfois originaux qui sont mis en œuvre. Issue du terrain, la recherche clinique souvent y retourne étant donné que ses résultats ont des retombées préventives et thérapeutiques.

M. Bydlowski (1995) a tenté de retracer les diverses étapes qui jalonnent le processus de construction de l'objet de recherche en mettant l'accent sur la délimitation arbitraire de l'objet par le chercheur, c'est-à-dire sur sa subjectivité : "d'abord le choix de l'objet d'étude et l'identification à celui-ci. Ensuite la construction inconsciente d'une forme préétablie, en lien étroit avec l'objet interne du chercheur, cette partie perdue de lui-même ; enfin la reconnaissance fulgurante de cette forme dans la part d'inconnu offerte par l'objet d'étude". L'analyse personnelle du chercheur pourrait alors être considérée comme une étape indispensable dans le processus de sa formation. La valeur accordée par le chercheur à sa démarche, représentant de son investissement affectif particulier, entraîne inévitablement la dimension éthique dont la présence garantit le respect de l'objet scientifique.

#### *UN EXEMPLE DE RECHERCHE CLINIQUE : LE RECOURS REPETITIF A L'AVORTEMENT DES FEMMES GRECQUES*

Cette tentative de cerner le champ épistémologique de la psychologie clinique et plus spécifiquement celui de la recherche clinique, m'a paru

indispensable par rapport à mon intention de délimiter le cadre conceptuel dans lequel j'ai commencé et poursuivi mon activité professionnelle en tant que chercheur. Le cheminement que j'ai suivi pour réaliser le travail de ma thèse de doctorat m'a semblé un bon exemple pour illustrer cette problématique, car il constituait un parcours à la fois de formation et d'affirmation dans mon identité professionnelle de chercheur.

Ma décision d'étudier le phénomène de l'avortement en Grèce d'un point de vue sociopsychologique ne s'associe pas à une expérience professionnelle, mais elle est issue de mes propres interrogations de femme sur la condition féminine et de mon désir de m'engager dans la voie de la recherche à la suite de mes études universitaires. Le point de départ de mon travail était soutenu par les contradictions que je ressentais en tant que jeune femme grecque face à l'expérience de l'avortement et de la contraception. Ces contradictions mettaient en cause mon propre vécu par rapport à celui des femmes de mon âge - et de mon milieu - et celles de la génération de ma mère.

Bien qu'appartenant à une génération qui pouvait effectivement avoir accès aux techniques contraceptives modernes, ce choix me paraissait important mais pas évident. Une partie des difficultés provenait de l'insuffisance de l'information mise à notre disposition qui était par contre souvent supplantée par la diffusion des préjugés et des fausses idées. Ainsi l'accès à la contraception moderne constituait une démarche rare qui, une fois effectuée, se heurtait à l'émergence d'inquiétudes importantes accompagnant l'apparition du moindre symptôme de dysfonctionnement organique. De plus, une telle initiative devait la plupart du temps s'entreprendre sous le sceau du secret, ce qui restait révélateur de l'interdit moral dont elle était frappée.

Cette approche problématique de la contraception venait néanmoins se juxtaposer à une attitude flexible envers l'avortement. En fait, le recours à l'avortement - souvent à répétition - constituait une méthode de contrôle des naissances communément pratiquée parmi les femmes que je connaissais, malgré son statut d'illégalité. Le vécu de cette expérience pouvait être caractérisé par l'apparition de représentations et d'affects très diversifiés : la souffrance, l'indifférence, le soulagement, les remords, l'angoisse, le plaisir de se sentir enceinte et/ou capable de procréer. Mais, somme toute, ce n'était pas particulièrement inquiétant, c'était presque un signe de "normalité" puisque "ça pouvait arriver à tout le monde".

Ainsi je construisis l'objet de ma recherche à partir de ce que j'en appréhendais confusément en fonction de mon expérience personnelle, de mes connaissances à l'époque, de mes positions idéologiques et, j'ajouterais, de mes propres théories sexuelles infantiles. Il correspondait donc à mon propre questionnement et reflétait de façon plus générale "le désir de voir et de comprendre le fonctionnement d'autrui, afin de découvrir la causalité et le sens" (Samalin-Ambroise, 1986, 812) de mon propre fonctionnement. Si donc mon vécu personnel et social fut à l'origine de mon engagement dans cette recherche, la nécessité et la tentative de me dégager de l'attitude et réflexion impliquées par rapport à ce sujet, se cristallisèrent dans le dispositif théorique et méthodologique que je mis en place.



## PARAMÈTRES DU PROBLÈME ET HYPOTHÈSES INITIALES

Dans une première étape, je décidai de vérifier mon intuition en collectant les résultats de données épidémiologiques. Ces données témoignaient d'un consensus sur la très haute fréquence de l'avortement : en moyenne 300 000 par an, soit deux avortements pour une naissance. L'utilisation des moyens contraceptifs médicaux restait très faible : la pilule et le stérilet n'étaient utilisés que par 5 à 10 % des Grecques. Depuis les années 1980, époque à laquelle j'effectuais ma recherche, jusqu'à présent, la pratique de l'avortement et l'acceptation de la contraception n'ont pas essentiellement évolué.

De fait, la situation grecque est à maints égards aux antipodes de la situation dans les pays occidentaux. Ainsi la pratique très répandue de l'avortement en Grèce contraste avec l'illégalité de l'acte jusque 1986, date de légalisation de l'avortement dans des conditions proches de celles existant en Belgique et en France. Mais la loi de 1986, loin de constituer le fruit d'un mouvement féministe revendicatif à l'instar des démarches d'autres pays européens, semble plutôt répondre au besoin de certaines institutions de rétablir l'ordre politique et moral après-coup. Ainsi, le silence et le calme de la société grecque contraste de fait avec le débat qui a lieu régulièrement dans d'autres pays et qui y alimente des clivages politiques et idéologiques très importants, alors même que le recours à l'avortement ne concerne que 10 à 20 % des femmes, un pourcentage beaucoup plus faible que celui de la Grèce.

Les stages que j'effectuai dans des Centres de Planning Familial en Grèce et plus tard en France me permirent de récolter le matériel nécessaire de recherche (je reviens plus bas sur les modalités de recueil et surtout d'analyse de ce matériel). A travers la rencontre en tant que chercheur avec les femmes qui me livraient leur témoignage, je focalisais progressivement mon intérêt sur l'aspect qui me semblait le plus spécifique de l'avortement en Grèce, à savoir le recours répétitif à cette pratique, en le considérant comme un problème d'ordre social devant aussi être exploré en tant qu'événement dans des histoires personnelles.

Dans une seconde étape, je me confrontais aux travaux d'autres chercheurs et cliniciens qui avaient voulu explorer, surtout d'un point de vue psychanalytique, le vécu de la grossesse accidentelle et la demande d'avortement. J'en arrivais ainsi à formuler quelques premières hypothèses, notamment l'idée que toute fécondation est l'inscription dans un corps d'une histoire familiale faite des aléas du désir interne face à l'intervention de l'environnement familial et social. Il faudrait donc interroger la nature de ce désir et de cette intervention dans le cas de la femme grecque qui manifeste une telle in(per)sistance à user (et abuser) de l'avortement et chez laquelle apparaît une nécessité incontournable de prouver qu'elle maintient la capacité potentielle de procréer.

Cette hypothèse suggérait également que la contraception peut être vécue comme une atteinte à l'image du corps de la femme et notamment à son pouvoir d'engendrement, à sa fécondité. La grossesse accidentelle serait alors une tentative de s'assurer de sa fécondité. Plus précisément, le problème de l'avortement en Grèce m'a paru se poser dans les termes suivants. a) Les femmes et les hommes expriment une très forte résistance à l'utilisation de

moyens contraceptifs efficaces. b) Le recours répétitif à l'avortement concerne une majorité de femmes grecques en âge de procréer indépendamment des facteurs sociaux qui les différencient (situation familiale, niveau d'instruction, niveau socio-économique). Ce qui permet d'écarter le postulat (le plus souvent rencontré dans la bibliographie) qui associe l'avortement répété à une "marginalité psychosociale des femmes". c) Le premier avortement coïncide souvent avec le début des rapports sexuels, ce qui laisse penser que, dans certains cas, la jeune femme grecque ne peut inaugurer sa vie sexuelle qu'à travers la preuve de sa capacité à procréer.

Bien que ces deux comportements (premier avortement et avortement répété) doivent être traités distinctement puisqu'ils semblent être dotés de sens différents, je pouvais désigner comme point de rencontre entre eux la conviction qu'ils apportent aux femmes d'être fécondes. Pourtant une question essentielle se posait toujours : quelle est la signification de cette crainte devant la stérilité, et par conséquent, de ce désir de maintenir et prouver sa fécondité ? Cette interrogation prenait sens pour moi en envisageant le recours à l'avortement non seulement comme un acte personnel mais aussi comme une pratique sociale, traversée de surdéterminations, qui demeure, par conséquent, sous l'emprise des facteurs sociaux, spécifiques à chaque contexte. Ne me contentant pas cependant d'une approche uniquement sociologique ou psychologique et ayant le souhait de tenter une articulation entre le social et le psychique, je m'intéressais surtout aux processus psychiques par lesquels la femme grecque est amenée à l'expérience - souvent répétitive - de l'avortement, quoiqu'elle dispose des moyens de l'éviter.

#### REFERENCE A LA THEORIE PSYCHANALYTIQUE : LA COMPULSION DE REPETITION

C'est alors que j'entrais dans le corpus psychanalytique. Je voudrais exposer les conditions, fatalement aléatoires du fait de ma situation à l'époque, dans lesquelles j'abordais ce corpus. Mon premier réflexe fut d'ouvrir le *Vocabulaire de la psychanalyse* de J. Laplanche et J.-B. Pontalis afin d'y trouver mes premiers repères autour de la "compulsion de répétition". La lecture de cette entrée me servit de guide immédiat pour découvrir dans l'œuvre de Freud la création et l'évolution de ce concept, notamment dans *Remémoration, répétition et perlaboration* et dans *Au-delà du principe de plaisir*. Ainsi je réalisais que, dans l'élaboration théorique que Freud en a donné, la compulsion de répétition est envisagée comme un processus incoercible et inconscient par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi des expériences anciennes ; cette force autonome surpasse alors le principe de plaisir et sert finalement à introduire la pulsion de mort. A cette occasion, je constatais que cette conception freudienne avait néanmoins suscité de nombreuses discussions dans les cercles psychanalytiques puisque certains auteurs l'avaient estimée marquée de présupposés métaphysiques ou cliniquement inutilisable. Cependant, Laplanche et Pontalis considéraient tout de même que E. Bibring avait trouvé "une solution médiane" qui, dans son article de 1943 "The conception of the repetition compulsion", maintenait l'intérêt du concept dans le cadre de la théorie post-freudienne du moi, qui, comme je l'apprenais plus tard, fut développée aux Etats-Unis comme "ego psychology".

En révisant les principaux arguments avancés par Freud, E. Bibring (1943) arrive à assigner deux significations différentes à la notion de la compulsion de répétition, en les désignant par deux termes différents :

- c'est une tendance "répétitive ou reproductrice" qui définit le ça et sert à maintenir ou à répéter les anciennes expériences ;
- c'est une tendance "restitutive" qui est une fonction du moi, un mécanisme régulateur dont la tâche est de décharger les tensions provoquées par les expériences traumatiques.

Tout en élargissant la deuxième proposition, c'est-à-dire en interrogeant la façon dont le moi négocie avec la compulsion de répétition, il est ensuite amené à introduire le concept de "mécanismes de dégageement" dont "la fonction est de dissoudre graduellement la tension en changeant les conditions qui lui donnent naissance". Ainsi, il les distingue des mécanismes de défense où le moi reste sous l'emprise de la compulsion de répétition.

Si E. Bibring avait déjà décrit certains types de mécanismes de dégageement (la compensation, le détachement de la libido, la familiarisation), c'est surtout D. Lagache qui, d'après Laplanche et Pontalis, a développé ce concept dans sa tentative d'élaborer une théorie sur la structure interne du moi. En justifiant ce choix par le fait que "ni les mécanismes de défense, ni les fonctions non conflictuelles du moi ne se montrent propres à répondre au problème de la résolution du conflit défensif" (1957), il considère que les mécanismes de dégageement constituent principalement un passage d'un mode de fonctionnement à un autre. Dans cette perspective, selon les mots de Lagache même, "on est en droit de parler de "mécanismes" de dégageement, en ce sens que les processus de dégageement empruntent des voies communes à divers sujets... L'exemple le plus classique est le passage de la répétition agie à la remémoration pensée et parlée. Le sujet se dégage ainsi de la répétition, qui répond à des motifs actuels et à l'attente d'effets imminents, par l'anticipation des effets éloignés de sa conduite".

Si cette référence aux travaux psychanalytiques ayant trait au problème de la compulsion de répétition garde un caractère sélectif, elle m'a permis d'approfondir mes hypothèses initiales et de rester proche de ma perception de l'avortement comme un phénomène d'ordre social, mais qui prend son origine et sa spécificité dans la constitution psychique de chaque individu. Cependant la tentative d'articuler ces lectures psychanalytiques avec cette perception préalable m'exposait à un nouveau questionnement qui pourrait se résumer ainsi : quel serait l'intérêt de confronter une telle conceptualisation, dont les fondements résident dans le champ de la cure analytique, à un fait social, en l'occurrence le recours répétitif à l'avortement ? Dans quelle mesure s'agit-il d'un comportement compulsionnel malgré les motivations conscientes qui semblent interférer ? Est-ce que dans certains cas le passage réitéré par l'avortement renvoie à la *tendance répétitive* de l'appareil psychique tandis que dans d'autres cas il s'apparente plutôt à la *tendance restitutive* du moi ? Comment pourrait-on repérer la fonction restitutive du moi, voire l'intervention des mécanismes de dégageement ? Quel serait le rapport entre le désir mis au jour par la grossesse accidentelle qui aboutit à l'avortement et la tendance compulsionnelle à répéter cette expérience ?

## REFORMULATION DES HYPOTHESES

En essayant d'apporter certaines réponses à ces questions et en prenant appui sur la richesse des entretiens de recherche que j'avais réalisés, j'en suis venu à reformuler mes hypothèses. En tenant compte des particularités du cadre social grec, j'ai pu élaborer la problématique suivante : le passage par l'avortement pourrait être considéré comme une expression des différents conflits qui traversent la vie psychique de la femme dans sa tentative de construire sa propre identité féminine face à une emprise sociale et familiale et d'assumer une position au sein d'une relation érotique.

- dans le cas de la femme grecque, le recours répétitif à l'avortement peut témoigner d'une tentative de résolution de ses conflits intrapsychiques et de ses conflits avec son environnement ; ce processus correspondant à la tendance restitutive du moi présuppose la mise en œuvre de certains mécanismes de dégagement. Cependant l'accomplissement de cette fonction dépend de la constitution psychique de chaque femme, à savoir de la façon dont le moi est structuré par rapport aux pulsions internes et aux exigences de la réalité ;
- dans le contexte actuel des rapports du couple, la femme grecque ne peut être disposée à se confronter avec son désir sexuel et par conséquent à envisager une contraception efficace qu'après avoir passé par l'épreuve corporelle de l'avortement. L'adoption de la contraception pourrait donc traduire la réalisation d'une intégration des pulsions et des possibilités du moi, l'accès à un processus de dégagement qui lui permettrait de ne plus répéter le même acte ;
- la réussite ou l'échec de la mise en œuvre de ce processus de dégagement ne peut être repérable qu'à travers l'analyse de certains éléments qui interviennent comme facteurs de fragilisation dans la constitution de l'identité féminine : le réseau d'identifications instaurées avec les images parentales, la place que l'homme occupe - au niveau de la réalité et à celui de l'imaginaire - dans la vie de la femme, les investissements que celle-ci opère dans l'exercice de différents rôles qui lui sont assignés.

L'élaboration de ce corps d'hypothèses ne saurait néanmoins mettre suffisamment en relief la spécificité du cadre social grec si on ne soulignait pas la présence de deux éléments suivants :

- l'importance du rôle féminin-maternel dans la société grecque ;
- le rôle compliqué et contradictoire que le gynécologue occupe dans la mise en scène de l'avortement.

## DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

Je voudrais revenir maintenant brièvement sur l'importance de la méthodologie dans la recherche. Il me fallait mettre en place une méthodologie qui devait apporter des solutions satisfaisantes à des problèmes différents : la composition de l'échantillon, le traitement du matériel recueilli, l'implication du chercheur. Partant de la constatation que le recours itératif à l'avortement concerne une majorité de la population féminine de la Grèce, je cherchais surtout à suivre de près la place que cette expérience occupe dans le discours (et par-delà dans le psychisme) de certaines femmes, autrement dit, en adoptant une méthodologie de caractère clinique.

J'ai ainsi interviewé une quarantaine de femmes habitant à Thessalonique (la deuxième ville de la Grèce, se situant au nord du pays) en m'appuyant sur un guide d'entretien non directif. Je différenciais ces femmes selon certains critères (l'accès à la maternité, l'âge, l'appartenance socioculturelle et le nombre d'avortements effectués) dans le but de dégager des similitudes et des différences dans leurs discours. Puis je sélectionnai les quatorze entretiens les plus représentatifs, les retranscrivis intégralement et les analysai selon la méthode d'analyse de contenu élaborée. Plus précisément, je procédai à une analyse longitudinale de certains cas ainsi qu'à une analyse transversale de l'ensemble du corpus, tout en essayant d'intervenir à deux niveaux différents :

- celui du contenu manifeste afin d'y reconnaître des représentations, des attitudes, des pratiques des sujets ;
- celui d'un contenu latent qui met en évidence la dynamique sous-jacente du fonctionnement des sujets. En suivant fidèlement le fil de leur discours, j'essayais de reconnaître les contradictions exprimées à l'insu du sujet parlant, les lapsus, les omissions, les répétitions qui deviennent révélateurs des mécanismes de défense et de dégageement, des résistances au changement, des objets d'investissement positif ou négatif. Dans ce travail, je m'appuyais sur l'analyse de contenu comme outil méthodologique clinique particulièrement heuristique. Cette méthode est essentiellement transposée de la méthode d'analyse des protocoles de TAT et est présentée par Nicole Jeammet dans un article de référence (1982).

Ce travail a été néanmoins effectué dans le souci de tenir compte à la fois de ma propre implication, telle qu'elle s'est dévoilée à travers mes diverses interventions lors des entretiens. Ce fut ainsi l'occasion pour moi de découvrir et d'incorporer dans l'analyse du matériel les différentes manifestations de mon contre-transfert. En particulier, j'avais remarqué que des phénomènes d'identification se mettaient en place lorsque je rencontrais des similitudes et des points de convergence entre mon vécu et celui des sujets participants, tandis que des phénomènes de contre-identification intervenaient lorsque je ressentais les discours et les conduites par trop divergentes de mon propre fonctionnement. Il pouvait ainsi induire parfois un rejet défensif, voire une occultation et/ou une (dé)négaration de certains aspects du thème que je ne pouvais/voulais pas aborder, bref dont je me défendais.

## *LES DONNEES DE LA RECHERCHE*

J'en viens maintenant à exposer les données de la recherche. J'accorde personnellement plus d'importance, dans le travail de recherche, à cette mise en place de la recherche et à l'exigence d'un cadre solide de questionnement et d'hypothèses qu'aux résultats mêmes de la recherche. Pour autant, l'on ne peut ignorer que la recherche, surtout lorsqu'elle est effectuée dans un milieu institutionnel orienté vers le respect de règles épistémologiques et la production de "résultats" jugés par la communauté professionnelle, tend à tirer des conclusions générales, des "idées forces" ou des thèses qui structurent la connaissance dans un domaine. Et devant un jury de thèse justement, il faut prendre une ou des "positions" (c'est la traduction même du mot grec "thesi") raisonnées pour prouver que l'on est au fait de la connaissance scientifique, voire qu'on la fait progresser par addition ou soustraction de "résultats". En

d'autres termes, une recherche sans "résultats", même ceux qui confirment une connaissance établie, perd toute qualité dans ce contexte.

Pour en revenir à la présentation des données, il convient d'abord d'exposer les plus pertinentes à mes yeux et qui sont issues de l'analyse transversale et longitudinale des entretiens que j'avais retranscrits. Elles seront illustrées à travers l'analyse clinique d'un cas plutôt qu'à travers une présentation diversifiée d'extraits provenant de tous les cas. Ce choix me permet de montrer la richesse de matériel que peut contenir un seul entretien lorsqu'il est réalisé de telle manière que le libre cours des associations n'est pas trop contraint par le guide d'entretien, et lorsque dans l'après-coup il est analysé à travers cette méthode d'analyse de contenu. Finalement, je ferai référence aux données qui, aujourd'hui, au regard de mon évolution personnelle et professionnelle, m'invitent à élargir constamment le questionnement initial.

Parmi les conclusions de la recherche, j'ai soulevé le fait que la relation de la femme grecque avec son père et plus généralement avec l'homme est un facteur déterminant dans le recours répétitif à l'avortement. Les figures du partenaire, du père et du gynécologue, investies d'affects ambivalents, constituent les différents versants de l'image de l'homme à laquelle la femme se réfère constamment quand elle parle des problèmes liés à l'avortement et à la contraception. Il m'apparut qu'il existait un lien direct entre la qualité de la relation entre les deux partenaires et l'attitude de la femme à l'égard de la contraception moderne : la forte motivation ou, au contraire la négligence frappante à utiliser une contraception sûre, dépendent des attentes affectives de la femme à l'égard de son partenaire, ainsi que de la possibilité qu'elle a de s'épanouir sexuellement avec lui. L'insatisfaction des besoins affectifs et sexuels de la femme ou la recherche à tout prix d'un plaisir incertain peut entraîner l'indifférence pour une quelconque contraception. Ainsi, l'utilisation de la contraception résulte non seulement de la conviction de fécondité que la femme acquiert au moins une fois à travers une grossesse accidentelle, mais semble aussi s'inscrire inconsciemment comme un enjeu de pouvoir dans le couple, par lequel chacun mesure son influence et son poids sur la vie de l'autre. Le choix entre se contenter du retrait et adopter un autre moyen est pour chacun des partenaires, un dilemme entre deux positions antagonistes et inextricables : garder une maîtrise sur son corps et sur le corps de l'autre ou la perdre. Ainsi, le corps de la femme devient lui-même l'enjeu du conflit et en même temps la voie principale de résolution de la tension accumulée dans le couple.

Le récit de Marianthi met en évidence cette problématique.

*Marianthi, qui a fait neuf avortements, est une femme de quarante-cinq ans, mariée et mère de deux filles de quinze et dix-huit ans. Elle a l'air d'une femme simple, de classe populaire, qui s'est installée, pendant tout le temps de notre rencontre, dans une position de séduction et de maîtrise vis à vis de moi. Son mari est peintre en bâtiment et leur situation économique paraît assez difficile. Dès le début, elle donne l'impression que le nombre élevé de ses avortements ne constitue pas un problème en tant que tel. Par contre la fréquence des grossesses non désirées semble s'accompagner de certaines significations positives, car elle présuppose l'acte sexuel satisfaisant et*

témoigne de la capacité de procréer : "Chaque fois qu'on ne prenait aucune précaution... je tombais enceinte. Il faut le dire clairement... (Vous ne prenez aucune précaution ?) Si, je prenais mais... il arrivait que... il arrivait de temps en temps... on dirait que je ne me retenais pas... chais pas... dirais-je... à chaque fois... sans retrait et... je tombais enceinte. T'as pigé ? Par contre, d'autres femmes se posent des questions sur ce sujet-là... elles ne conçoivent pas facilement... Moi, dès que je ne prenais aucune précaution, je tombais enceinte."

Marianthi manifeste par ailleurs de manière très contradictoire ses sentiments de culpabilité. Soit elle s'exprime avec une certaine insouciance, soit elle attribue l'origine de ses problèmes de santé à un avortement particulier, tandis qu'elle désigne comme un acte coupable uniquement le dernier avortement : "La dernière fois ma fille aînée a compris que j'ai fait un avortement et j'avais des problèmes... Pendant un mois elle ne me parlait pas, elle pleurait, elle était triste... (...) elle me traitait d'assassin et j'ai juré en me disant, et à mon mari aussi., que si je retombe enceinte, je vais le garder indépendamment de mon âge... t'as compris ?

Cependant Marianthi donne l'impression qu'elle ne se reconnaît coupable qu'à travers l'image condamnable que les autres lui renvoient. Cette absence d'une culpabilité conjugulée à la première personne est confirmée par les associations qu'elle fait en parlant de l'intérêt économique des gynécologues. "Malheureusement les médecins exploitent., il s'agit d'une exploitation évidente... maintenant qu'on parle d'avortement gratuit à l'hôpital... pourquoi pas ? En fin du compte, c'est quelque chose de naturel... Bien sûr, on n'a pas dit de faire un avortement par mois, ma foi, mais de toute façon ça reste une chose naturelle., Pourquoi il faut payer tout cet argent au médecin ?".

Si donc l'avortement devient un acte inévitable et surtout naturel, la culpabilité profonde doit résulter de la transgression d'un autre interdit ; un interdit qui toucherait éventuellement l'acte sexuel où le plaisir n'est possible qu'au prix du risque d'une grossesse. La représentation d'ailleurs de l'acte sexuel apparaît fortement culpabilisée dans son discours tandis que l'impact traumatisant de l'avortement annonce toujours l'émergence d'un conflit relationnel qui concerne surtout son mari : "Cette fois-là l'avortement m'a provoqué un tas de problèmes... je pleurais, je ne voulais pas mon mari à côté de moi. J'aime mon mari, je l'adore littéralement, mais cette fois-là je le regardais et je croyais que j'avais en face de moi mon pire ennemi... je le détestais... (...) Oui, je lui faisais des reproches mais moi aussi, j'étais responsable parce que je me disais... c'est pas simplement lui la brute à ces moments-là... moi aussi je suis une brute parce que je pourrais... (...) je l'insultais mais... pas d'une façon mauvaise... et je veux bien croire que mon mari aussi éprouve des remords... parce que je t'ai dit que nous avons une ambiance chaleureuse dans notre famille".

Tout au long de l'entretien l'attitude de Marianthi envers son mari s'inscrit dans l'ambivalence. Tantôt il est représenté en tant qu'agresseur dans l'enjeu sexuel, tantôt il devient le support pour partager une culpabilité non assumée. L'analyse de son discours dévoile une oscillation constante entre deux tendances antagonistes : l'expression presque spectaculaire de l'agressivité, et

*l'idéalisation. Cette ambiguïté dans son discours, qui prend parfois l'allure d'une contradiction patente, caractérise aussi son attitude à l'égard de la contraception.*

*Dans cette problématique la figure du gynécologue vient occuper une place décisive, surtout en ce qui concerne le dernier avortement : "Ensuite je suis allée chez mon médecin... il m'a dit... tu ne referas pas d'autre avortement... Je dis... que Dieu t'écoute... C'est le dernier ; tu ne referas pas, il m'a dit. Je lui réponds... je crois que lorsqu'on a ses règles, c'est dangereux de faire un autre, n'est-ce pas ?... C'est dangereux mais je te le promets... [Qu'est-ce qu'il vous a fait ?]... Je veux... Je crois... je lui dis... que tu m'as rien fait qui serait nuisible dans l'avenir... Non, il répond, je ne t'ai rien fait. Ma foi... depuis, en effet, bien que je fasse l'amour librement, je ne suis pas retombée enceinte. Bien sûr ; moi, je fais des lavements avec un médicament contraceptif...*

*Jusqu'à la fin de l'entretien, Marianthi ne va pas préciser davantage son attitude face à la contraception tandis qu'elle laisse supposer qu'elle adopte une position infantile face au médecin tout en prêtant une dimension érotique à cette relation. Il semble qu'au niveau fantasmatique, le médecin "peut lui faire quelque chose "pour qu'elle ne tombe pas enceinte, comme dans la réalité son mari peut la féconder : l'attribution de ce pouvoir magique au médecin résulte éventuellement d'une problématique autour de la notion de passivité et d'activité. Car elle ne semble pas se résigner simplement à contrôler sa fécondité en raison d'une attitude fataliste ; elle "offre" avec une certaine complaisance la maîtrise de son corps au pouvoir médical.*

*En effet, elle manifeste une vive inquiétude en se demandant si le médecin lui a ôté son pouvoir d'engendrer. Cette interrogation prend un caractère d'autant plus urgent pour elle qu'elle a conscience qu'elle approche de la ménopause. En outre, son discours sur la contraception (et surtout à propos du stérilet) me fait penser que la contraception représente un risque majeur pour son intégrité corporelle, alors que l'expérience de l'avortement atteint surtout sa santé psychique, vise son estime de soi. Chaque fois qu'elle reprenait conscience après l'intervention, elle se sentait "un grand zéro, un rien".*

*Mon souci d'explicitier les facteurs qui sont intervenus dans l'évolution psychosexuelle de Marianthi m'a conduite à l'interroger sur ses relations avec ses parents. Elle n'évoque aucune image positive de sa mère face à laquelle elle se place apparemment en situation de rivalité œdipienne : "J'ai été élevée avec un beau-père. Ma mère adorait vraiment cet homme-là, elle lui a tout donné... J'avais encore une sœur qui est handicapée mentale... Ma mère s'en foutait de nous... je te dirai encore ceci (en souriant)... Quand ma mère était très jeune et moi je n'étais qu'une gosse... elle ne se rendait pas compte, quand elle faisait l'amour avec son mari, que je ne devais pas être là, que je devais dormir. C'est pour ça que je suis devenue si froide, que j'ai eu du dégoût".*

*L'acuité et la transparence de ce conflit sont si patentes dans le discours de Marianthi que l'on est conduit à se demander si elles ne servent pas à*



*cache une problématique précœdipienne. On pourrait aussi penser que l'évocation des scènes de séduction renvoie d'une part à la scène originaire et d'autre part tient probablement lieu de souvenir-écran contre l'émergence des fantasmes destructeurs qui menaceraient son intégrité psychique.*

*La mort de son père à la suite d'infarctus, quoi qu'elle arrive pendant la période post-oedipienne, va probablement pérenniser le conflit engagé avec la mère, car elle dit avoir réalisé la mort de son père "quand cet étranger est arrivé dans la maison". Cette mort désigne probablement l'absence de la figure paternelle qui pourrait offrir la possibilité de se dégager de cette dualité dangereuse. La personne du beau-père n'arrive pas à occuper fantasmatiquement la place du père manquant, d'autant plus qu'elle constitue l'objet de convoitise dans le conflit avec la mère. Ainsi, l'identification conflictuelle à l'image de sa mère et la défaillance de l'image de son père semblent imprégner toute son évolution psychosexuelle qui s'enferme dans un cercle de répétition impulsive.*

La présentation de ce cas illustre la donnée qui m'a paru la plus éloquente dans ma recherche : toutes les femmes (un cinquième de l'échantillon de quarante femmes) qui avaient effectué un nombre important d'avortements (de cinq à vingt avortements) disaient avoir souffert pendant leur enfance et adolescence de l'absence effective de leur père géniteur. Cette absence, survenue souvent très tôt, est due soit au décès soit au départ du père à la suite d'un divorce avec sa femme ou la mort de celle-ci. Les affects qui accompagnent la référence à cet événement prennent l'aspect d'une agressivité frappante, adressée soit au père fuyant, soit à la mère qui a remplacé le père géniteur par un père adoptif. De façon plus générale, l'image de mère que la femme donne dans son discours paraît souvent censurante, interdicienne du plaisir en général et du plaisir sexuel, de la sexualité en particulier. Dans certains cas, elle apparaît plus dangereuse encore : trop intrusive ou trop rejetante, porteuse d'une menace mortelle qui atteint l'existence propre de la femme et/ou sa capacité à procréer. Face à cette image, la femme adopte une position plus ou moins ambivalente, selon les moyens défensifs dont elle dispose, tandis que l'arrivée de ses grossesses accidentelles et de l'avortement prend le caractère d'une tentative d'échapper à cette emprise, d'une dette à payer afin de se constituer en tant qu'être autonome et désirant.

Quant au questionnement relatif au caractère compulsif du recours à l'avortement, l'analyse des entretiens montre que, pour certaines femmes comme Marianthi, au-delà des particularités de leur histoire, leur vie psychique paraît imprégnée d'une problématique œdipienne et/ou précœdipienne caractérisée par la tendance à la répétition agie et à la réduction des tendances psychiques par la voie corporelle. Tendance répétitive qui, selon les termes de Bibring, présuppose que le moi reste sous l'emprise de la compulsion de répétition. En m'inspirant alors de réflexions de J. Godfrind autour de la compulsion (dans son article "Quand l'analyste prend acte", *RBP*, 1999), je pourrais parler de "tendances destinées à pérenniser la fidélité archaïque à l'objet" et encore de "mémoire agie qui commémore une blessure fondamentale", et de "forces obscures de mort qui, compulsivement, poussent à agir un certain passé, non pour trouver une satisfaction, mais un besoin de maîtrise rétroactive du traumatisme toujours agissant". Ainsi, je pourrais

considérer le recours à l'avortement comme une tentative d'exercer une double maîtrise paradoxale : s'assurer que l'on garde sa capacité de procréer tout en s'assurant de la possibilité de ne pas procréer.

D'un autre côté, à travers l'analyse des entretiens, j'avais acquis l'intuition que le processus conflictuel qui marquait le devenir-femme pouvait aboutir, pour d'autres femmes, à une réflexion et à une réévaluation de leur fonctionnement. Je confirmais cette intuition en retrouvant dans le discours des propos qui pouvaient être appréhendés en termes d'évolution et de recherche d'une identité personnelle ou, comme elles me l'avaient dit, en termes de "maturité". Cette notion de "maturité", je la décelais à la fois dans les représentations positives que les femmes tendaient à donner de leurs expériences, et parfois dans leur changement d'attitude face à la contraception : tout en se sentant plus aptes à gérer leurs problèmes relationnels et à reconnaître leurs propres désirs, elles pouvaient aussi accéder à l'utilisation d'une contraception efficace.

Dans ma perception de l'époque, je considérais que cette modification de comportement renvoyait à une modification du fonctionnement mental marquée par la mise en œuvre de mécanismes de dégagement du moi - voire la tendance restitutive du moi - qui rendaient possible la résolution de certains conflits défensifs. Autrement dit, la tendance à la répétition agie, à la réduction des tensions psychiques par la voie corporelle, pouvait ne pas être seulement associée à un processus mortifère. Elle pouvait donner accès, dans certains cas, à un fonctionnement plus élaboré, dont une des principales caractéristiques consistait en la possibilité du sujet d'anticiper les répercussions de ses actes et d'adopter une conduite préventive.

### INTERROGATIONS ACTUELLES

Cette perception est celle qui a été le plus remise en question par ma propre évolution. En effet, après avoir terminé ce travail de recherche doctorale, j'ai continué à effectuer des travaux de recherche clinique dans des domaines prolongeant ce premier travail. Je menai d'abord avec une collègue grecque une recherche clinique sur la construction de l'identité paternelle (Naziri, Dragonas, 1995). Puis, en m'installant en Belgique, je trouvais une insertion professionnelle en étant engagée en tant que chercheur par l'Université Libre de Bruxelles, pour effectuer une recherche clinique comparative sur le phénomène de l'avortement en Grèce et en Belgique (deux pays qui se distinguent très fort par les pratiques et les attitudes face à l'avortement), en focalisant cette fois-ci mon intérêt sur le point de vue des hommes. Cette activité, à travers les contacts avec les milieux professionnels des Plannings Familiaux, m'a aussi amenée à être engagée en tant que psychologue dans une équipe de Planning Familial bruxelloise. Au sein de ce Planning Familial, le travail consistait à assurer l'accueil des femmes demandant une IVG (accueil qui consistait à réaliser un entretien préalable et à assister la femme auprès du médecin pendant l'intervention), et des consultations thérapeutiques.

Je me suis demandée, à plusieurs reprises : quel est le chemin que j'ai emprunté, qu'est-ce qui s'est transformé en moi au cours de ces diverses

étapes que je viens de retracer ? Qu'est-ce qui m'a amené à passer d'une situation où, jeune étudiante, je m'interrogeais sur les contradictions touchant la vie sexuelle et affective de la femme, à une situation où, quelques années plus tard, en tant que praticienne, je me retrouvais dans l'intimité de femmes, à côté d'un médecin, les accompagnant dans leur souffrance physique et psychique ? Mon parcours de chercheur m'avait certainement permis de "m'y retrouver" en tant que praticienne. Et ceci de deux points de vue. D'abord, pour pouvoir affronter l'angoisse que la pratique clinique suscite à tout praticien. Mais aussi pour me sentir suffisamment bien équipée pour être à l'écoute des femmes demandant l'IVG.

Dans cette pratique, accueillant des femmes d'origine socioculturelle différente, d'une certaine manière je retrouvais l'écho d'hypothèses échafaudées, de constatations apportées par la recherche. Par exemple, je retrouvais dans les discours des femmes d'origine maghrébine et de certains pays d'Afrique noire des représentations et des fantasmes liés à la sexualité et à la fertilité, qui étaient communs à ceux des femmes grecques. Et du coup je me sentais plus à l'aise dans cet entre-deux culturel dans lequel baigne mon travail au Planning Familial, qui m'invite à naviguer entre des registres de représentations différents et me pousse à élargir et renouveler mon écoute.

Cependant, dans cette pratique clinique à laquelle la recherche m'avait amenée, je devais me confronter rapidement à la complexité de la dynamique transférentielle. Dans le contexte de mon travail de thérapeute, je me suis heurtée à diverses reprises, aux difficultés qui venaient frapper la relation transférentielle avec des patientes qui, se trouvant enceintes au cours de leur thérapie, envisageaient l'interruption de leur grossesse. A certains moments en effet, je me suis sentie tellement secouée, acculée presque à mes limites de pouvoir maintenir un cadre suffisamment souple et ferme à la fois, qu'il m'était difficile de faire face à l'angoisse, trop envahissante pour moi, de certaines femmes tourmentées par une grossesse non désirée consciemment.

Les confrontations difficiles avec cette complexité transférentielle et l'élaboration que j'en faisais en m'appuyant fondamentalement sur mon analyse personnelle, catalysèrent mon désir de me former en tant que psychanalyste. D'un autre côté, ma pratique clinique soutenue par ma formation analytique me conduisit à me repositionner quant à mes engagements professionnels. De cette expérience résulte ma décision de renoncer au travail de l'accueillante au Planning Familial, décision aussi liée en grande partie aux conditions imposées par ce Planning, étant donné que l'accueil des femmes nécessite la présence physique du psychologue au moment de l'IVG.

Mais cette pratique et la formation analytique me permirent aussi de réinterroger progressivement mes analyses antérieures de recherche puisque je sentais que j'étais passée d'une réflexion sur la femme dans la société à une réflexion sur la sexualité à l'intérieur d'un être humain. Dans ce retour à la pensée de la recherche a émergé une série de nouvelles questions qui voudraient mieux cerner, d'une part, le type de fonctionnement mental qui sous-tend une attitude préventive et permet d'éviter un passage à l'acte, d'autre part, l'impact de facteurs culturels sur le fonctionnement mental.

Je prends quelques exemples de ce genre d'interrogations.

- La résistance de certaines femmes à l'utilisation de l'objet pilule ne peut être comprise qu'en fonction de la signification particulière que cet objet acquiert dans son psychisme. Quel serait alors son statut en tant qu'objet interne ?
- Laisser tomber cette résistance et changer d'attitudes renvoie à quel type de transformation psychique ? Par contre, accepter d'emblée la contraception, comme c'est le cas de majorités de femmes en France, en Belgique et dans d'autres pays occidentaux, renvoie-t-il forcément à une capacité de mentalisation, d'anticipation ? Accepter la contraception, ne serait-il pas le signe d'une attitude d'adaptation, de conformité aux normes sociales que l'on pourrait assimiler à une certaine conception qu'a Bibring de la tendance restitutive du moi ?
- Comment le contexte socioculturel intervient-il et produit des différences si frappantes dans le phénomène de l'avortement ? Est-ce que la référence au concept du surmoi culturel peut apporter un éclaircissement à ces questionnements ? S'il n'y a pas d'inconscient identique dans chaque société, comment peut-on penser le fonctionnement psychique en termes de subjectivité sociale et pas uniquement en termes de subjectivité intrapsychique ?
- Eviter le risque et anticiper par rapport à ce qui peut faire irruption de façon imprévisible dans la vie du sujet, ne serait-ce pas une autre façon d'entretenir l'illusion d'une maîtrise totale sur sa vie, son destin ? Ainsi, le questionnement autour de l'efficacité de la prévention (éviter la grossesse accidentelle, se protéger contre le SIDA, porter sa ceinture de sécurité, etc...) n'implique-t-il pas de renoncer à ce que représente le goût du risque et de renforcer, par conséquent, l'image d'un être humain efficace, capable de mettre de côté l'inconscient et pouvant échapper à la souffrance ?
- Est-ce que l'irrationnel ne serait pas de retour, d'un côté, dans l'acharnement médical à développer les méthodes de procréation médicale assistée, d'emblée marquée par la volonté de maîtriser les processus de reproduction humaine, et d'un autre côté dans l'acharnement des femmes à poursuivre les démarches à tout prix et qui, en soumettant leur corps à ces méthodes, parfois très éprouvantes, semblent agies par la compulsion de répétition ?
- Quelle pourrait être la position éthique du clinicien, de l'analyste, face au comportement à risque de ses patients ? Où situer la limite à partir de laquelle une attitude analytique d'écoute devient incompatible avec une attitude d'intervention à visée préventive ?

Partager ce questionnement, faire part des divers aléas de mon parcours en tant que chercheur et clinicienne, correspond à mon désir de renouer certains fils de mon existence qui me paraissent parfois trop diverger entre des pays différents, des langues différentes (le grec et le français), des activités professionnelles différentes, au moment où se construit mon identité d'analyste. Et puis c'est aussi une façon de réfléchir dans l'après-coup à mon activité de chercheur, de la saisir désormais plus clairement comme cette tentative de dégagement et de désimplication quant aux enjeux complexes de la recherche clinique où l'on est à la fois objet et sujet de la recherche.

Despina Naziri  
rue des Boers, 42  
1040 Bruxelles

## BIBLIOGRAPHIE

- Bibring, E. (1943). "The conception of the repetition compulsion", *Psychoanalytic Quarterly*, XII, 486-519.
- Bourguignon, O. (1995). "Le processus de recherche", in Bourguignon O, Bydlowski M, *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris : PUF, 35-51.
- Bydlowski, M. (1995). "Le chercheur : vocation, engagement, formation", in Bourguignon O, Bydlowski M, *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris : PUF, 53-66.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF.
- Delaisi de Parseval, G. (1981). *La part du père*. Paris : Seuil.
- Delaisi de Parseval, G. Janaud, G. (1983). *L'enfant à tout prix*. Paris : Seuil.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion.
- Favez-Boutonnier, J. (1959). *La psychologie clinique : objet, méthode, problèmes*. Paris : Les cours de la Sorbonne
- Freud, S. (1914). "Remémoration, répétition et élaboration", in *De la technique psychanalytique*, Paris : PUF, 105-115.
- Freud, S. (1920). "Au-delà du principe de plaisir", in *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 43-115.
- Giammi, A. (1989). "Recherche en psychologie clinique ou recherche clinique", in Revault d'Allonnes et al. *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris : Dunod, 35-48.
- Godfrind, J. (1999). "Quand l'analyste prend acte". *Revue Belge de Psychanalyse*, 34, 39-56.
- Huguet, M. (1971). *Les femmes dans les grands ensembles*. Paris : Editions du CNRS.
- Huguet, M. (1987). *L'ennui ou la douleur du temps*. Paris : Masson.
- Hurstel, F. (1991). *La fonction paternelle aujourd'hui en France : questions d'actualité et problèmes de théorie*. Strasbourg I, thèse d'Etat.
- Hurstel, F. (1996). *La déchirure paternelle*. Paris : PUF.
- Jeammet, N. (1982). "Ebauche d'une méthodologie dans le champ de la recherche clinique", *Psychiatrie de l'enfant*, 25 (2), 439-485.
- Jeammet, N. (1995). "L'entretien clinique et son analyse singulière et/ou comparée", in Bourguignon O, Bydlowski M, *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris : PUF, 111-121.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.

- Lagache, D. (1949). "Psychologie clinique et méthode clinique", in *Evolution psychiatrique*, fascicule 2, 155-178.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris : PUF.
- Naziri, D. (1990). "Le recours répétitif à l'avortement en Grèce : comportement "marginal" ou étape du devenir-femme", *Sciences Sociales et Santé*, 8 (3), 85-106.
- Naziri, D. (1994). "Le père, le partenaire et le gynécologue. La place de l'homme dans le discours des femmes ayant eu recours à l'avortement répété : approche clinique", *Dialogue*, 69-78.
- Naziri, D., Dragonas, T. (1995). *Vers la paternité*. Athènes, Editions Exantas (en grec).
- Perron, R. (1979). "Les problématiques de la preuve dans les démarches de la psychologie clinique. Plaidoyer pour l'unité de la psychologie", *Psychologie française*, 24, 37-50.
- Perron, R. et coll. (1997). *La pratique de la psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Plaza, M. (1989). "La psychologie clinique : les enjeux d'une discipline", in Revault D'Allonnes et al. *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris : Dunod, 3-16.
- Revault d'Allonnes, C. et al. (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.
- Revault d'Allonnes, C., Barus Michel J. (1981). "La psychologie sociale", *Bulletin de Psychologie*, 34, n° 349, 239-246.
- Robert-Tissot. (1997). "Pratique et recherche", in R. Perron et al. *La pratique de la psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Samalin-Amboise, C. (1986). "La prise de distance ou l'autre scène de l'implication", *Bulletin de Psychologie*, 39, 809-815.
- Sechaud E. et al. (1999). *Psychologie clinique. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Schmid--Kitsikis, E. (1999). *Pour introduire la psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Widlöcher, D. (1995). "Principes généraux", in Bourguignon O, Bydlowski M, *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*. Paris : PUF, 9-33.

## RESUME

Ce texte constitue une tentative de participer au débat ouvert à la Société Belge de Psychanalyse sur les liens complexes entre psychanalyse et recherche. Il présente la réflexion de l'auteur sur son parcours personnel vers

*l'acquisition du statut de l'analyste à travers la voie de la recherche clinique inspirée par la pensée psychanalytique.*

*Cette démarche débute par un rappel des liens entre psychologie clinique et modèle psychanalytique afin de définir la spécificité de la recherche clinique. Elle est ensuite illustrée par la présentation du travail de recherche que l'auteur a réalisé sur le recours répétitif des femmes grecques à l'avortement. Ainsi sont présentées les différentes étapes de construction de l'objet de recherche tant d'un point de vue conceptuel que méthodologique. Sont particulièrement interrogées l'utilisation du concept de compulsion de répétition dans un cadre différent de celui de la cure-type, ainsi que l'implication du chercheur, à la fois en tant qu'objet et sujet de la recherche.*

*La poursuite de ce travail de recherche par une pratique clinique, à la fois dans le cadre de la prise en charge thérapeutique et dans celui du Planning Familial en Belgique, amène l'auteur à s'interroger sur la position de l'analyste face aux questions de la prévention et de l'impact de facteurs culturels sur le fonctionnement psychique, plus spécifiquement par rapport à la question de la sexualité et de la reproduction.*

**MOTS CLES :**

*Recherche, psychanalyse, avortement, compulsion de répétition.*

**SAMENVATTING**

*Deze tekst beoogt een bijdrage te leveren tot het open debat binnen de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse aangaande de complexe relatie tussen psychoanalyse en research. De bedenkingen van de auteur worden voorgesteld met betrekking tot haar persoonlijke evolutie in het verwerven van het statuut van analyst via de weg van de klinische research, geïnspireerd door de psychoanalytische gedachte.*

*Dit opzet vangt aan met een in herinnering brengen van het verband tussen klinische psychologie en psychoanalytisch model, teneinde de specificiteit van het klinische onderzoek te bepalen. Vervolgens wordt ter illustratie het onderzoekswerk van de auteur voorgesteld met als onderwerp het zich herhaald zijn toevlucht nemen tot abortus door griekse vrouwen. Zodoende worden de verschillende stappen in de constructie van het studie-object toegelicht zowel vanuit een conceptueel als vanuit een methodologisch standpunt. In het bijzonder worden enerzijds de toepassing van het concept van de herhalingsdwang binnen een kader verschillend van dit van de typekuur besproken, anderzijds de betrokkenheid van de auteur in het project, tegelijk object en subject van het onderzoek.*

*De opvolging van dit onderzoekswerk binnen een klinische praktijk, zowel in het kader van een therapeutisch werk als in de werking van Planning Familial in België, brengt de auteur tot een bevraging van de positie van de analyst ten aanzien van belangrijke thema's zoals preventie en het impact van culturele factoren op het psychisch functioneren, meer bepaald met betrekking tot de beleving van seksualiteit en voortplanting.*

**SLEUTELWOORDEN :**

*Onderzoek, psychoanalyse, abortus, herhalingsdwang.*

## SUMMARY

*This text is an attempt to take part in the ongoing discussion at the Belgian Psychoanalytical Society on the complex links between psychoanalysis and research. It presents the reflections of the author on her personal evolution towards becoming a psychoanalyst through her clinical research based on psychoanalytical thought.*

*This reflection begins with a reminder of the links between clinical psychology and the psychoanalytical model, in order to define the specificity of clinical research. These thoughts are illustrated by the presentation of research undertaken by the author on the repetitive recourse of Greek women to abortion. The different steps in the construction of the research, from both a conceptual and a methodological point of view, are presented. Of particular interest is the use of the concept of the repetition compulsion in a framework different from that of psychoanalysis itself, as is the implication of the investigator, as both author and subject of the research.*

*The continuation of this research in clinical practice, both in a therapeutic setting and within the framework of Family Planning in Belgium, leads the author to reflections on the analyst's position with respect to the question of prevention and on the impact of cultural factors on psychic functioning, especially with regard to sexuality and reproduction.*

### KEY WORDS:

*Research, psychoanalysis, abortion, repetition compulsion.*