

Principaux critères de la clinique contemporaine

De prime abord, rappelons que le terme *contemporain* désigne ce qui est, ce qui existe actuellement. Il ne suppose rien d'ultra moderne encore moins de futuriste. Nous allons donc dans ces quelques pages, tenter de définir les principaux critères d'une clinique d'aujourd'hui. Nous regarderons également si de nouvelles pathologies apparaissent et dans quelle mesure l'époque, le climat du moment modifie les anciennes entités nosologiques identifiées depuis longtemps déjà. Nous pourrons aussi à l'occasion nous poser la question d'une nouvelle forme d'expression des pathologies ou bien de l'apparition d'un nouveau type de structure, fruit de notre époque. Nous tenterons, enfin, de dégager les liens les plus évidents entre ces nouvelles manifestations et les mécanismes de notre monde contemporain afin que le thérapeute se positionne au mieux face à ce besoin parfois brutal d'immédiateté et qu'il puisse préserver ses capacités d'observations et d'accueil du patient.

Parmi les principaux critères de la clinique contemporaine, on peut citer la *forme* des demandes. C'est elle qui apparaît d'abord au thérapeute ; Première sollicitation directe, percutante, exigeante et sans appel, souvent revendiquée par une formulation improbable comme : « *je ne veux plus me conduire ainsi* », ou « *qu'avez-vous comme solution pour que ma vie soit meilleure ?* ». Celle-ci attend une réponse totale et rassurante et se trouve souvent en rapport avec la conduite de l'individu, avec ses performances, avec son corps ou son apparence.

Ces demandes promptes laissent, en conséquence, supposer des attentes nouvelles. Espoirs de résultats rapides et garantis se dévoilent souvent lors de la première consultation : combien de temps pour être enfin débarrassé de ce comportement impossible à concilier avec une vie sociale épanouie ? Comment être plus performant et ne rien laisser paraître de tant d'émotions assimilées à des faiblesses inacceptables ?

Mais quel que soit le masque derrière lequel se calfeutre la vraie plainte, il semble bien que celle-ci tourne, de nos jours, autour d'une limite abolie ou altérée, tellement fragile que l'effondrement semble menacer. Finalement, une des caractéristiques principales de la question contemporaine concernerait avant tout la notion de limites perdues, mal construites, de plus en plus mobiles, extensibles, et surtout impermanentes. Limites pouvant momentanément disparaître pour laisser place au passage à l'acte ramenant l'angoisse dans une réalité où le contrôle prévaut, ou l'individu agit plus qu'il n'est agi. Mais l'acte ici serait employé comme tiers dans une ère où les figures emblématiques ont disparu. Ce serait une sorte d'appel à l'Autre mis en acte avec le corps ; faute d'un soi solide, l'extérieur est sollicité. L'acte est *la limite*, celui qui fait barrage dans le réel, mais un peu tard car le fait est posé.

L'enjeu pourrait aussi se situer dans une intolérance à toute frustration - conséquence d'un manque de manque - que seul l'acte viendrait combler, ramenant en soi la rassurante illusion de maîtriser la perte impossible.

Au-delà de ces deux éléments, la forme de la demande et les attentes nouvelles, nous sommes certainement aujourd'hui à l'orée de constater l'existence d'errances inédites, de nouvelles expressions de la souffrance : troubles de la personnalité, TDAH, borderline, addictions, conduites psychopathiques... Même si ces nouveaux termes désignent avant tout des catégories nosographiques plus que des pathologies psychiatriques à part entière, il n'en reste pas moins que nous devons aujourd'hui faire avec ces dénominations autant qu'avec ces manifestations de plus en plus observables dans les cabinets de consultation.

Ce n'est pas par hasard si les thérapies comportementales et cognitives semblent répondre plus que jamais aux modifications de conduites souhaitées par notre société mais aussi aux données de cette clinique d'aujourd'hui.

Ces nouvelles grilles de lecture ne doivent pas faire oublier les pathologies anciennes dont elles sont les descendantes directes mais il nous faut bien admettre que la clinique du quotidien renvoie quand même très souvent le thérapeute à la réalité de ces *troubles contemporains*.

La question essentielle sous-jacente à ces précédentes discussions est finalement celle de la *structure*. Nous pouvons aussi nous demander si s'exprime aujourd'hui une grande quantité de troubles transstructurels, profitant d'une imprégnation sociale propice à la rapidité de la satisfaction, à la superficialité des solutions, ou bien si nous assistons à l'éclosion d'une nouvelle structure, au carrefour de la névrose, de la psychose et de la perversion.

Nous proposerions plutôt cette hypothèse d'une nouvelle entité structurelle, formidable terrain d'expression de pathologies anciennement connues mais considérablement modifiées par l'imprégnation du climat contemporain.

Notre époque est marquée par la rapidité d'accès aux informations quitte à sacrifier la profondeur voire la véracité de celles-ci, par le souci de rentabilité, de performance, par la suprématie du bien-être – notamment de l'enfant - ou encore par la négation des différences quelles qu'elles soient : *l'égalité pour tous* devenant le leitmotiv du peuple. Nous ne sommes plus loin de la nouvelle économie psychique de C. Melman qui propose celle-ci comme « *tenant plus compte de la jouissance que du désir* ». Le *tout, tout de suite*, devient la règle, celle qu'on ne doit pas transgresser au risque de nier voire d'anéantir quiconque se ferait l'obstacle sur la voie d'une satisfaction totale ! Autant de nouvelles données sociétales qui au fil des générations transforment inévitablement le fond comme la forme des souffrances humaines.

Jean Garabé nous a démontré, par son enseignement, combien les différentes époques avaient influencé l'expression de la folie et plus précisément encore, Laure Murat explique avec force de conviction dans son ouvrage *L'homme qui se prenait pour Napoléon* combien certains évènements ponctuels ont déterminé la forme des décompensations observés dans les asiles. Le déchaînement de la guillotine sous la terreur aurait déclenché un nombre incroyable de délires de persécution marqués par l'obsession de perdre la tête, et plus tard le retour des cendres de Napoléon aurait fait éclore de multiples délires de filiation.

Freud lui-même, pensait que le climat social, politique, culturel pouvait modifier l'appareil psychique. Comment donc imaginer que notre époque et

ses particularités n'influenceraient pas les affections psychiatriques et les organisations structurelles ?

Il est vrai que la clinique d'aujourd'hui nous oblige à considérer les conduites plus que l'histoire du symptôme, que les différents DSM, au fil des rééditions, perdent leur substance psychanalytique ainsi que leur rôle purement nosologique, que les diagnostics deviennent imprécis et superficiels. Mais même si l'hystérie et la paranoïa semblent entrer dans des temps révolus, rien n'empêche le praticien contemporain d'observer encore, de repérer le scénario de chacun, de saisir le fait clinique sans jamais perdre le fil, de traduire *les troubles*, de noter les dires du patient, d'aller au-delà de la plainte exigeante.

Les grilles de lecture se resserrent en effet et donnent un angle de vue superficiel mais le thérapeute peut encore mettre en corrélation le langage contemporain et les enseignements d'hier. Il doit se faire traducteur, interprète, faire des ponts et traduire au quotidien.

Ce que Freud appelait névrose d'angoisse ou névrose actuelle ne trouve-t-elle pas son écho dans nos *troubles de la personnalité* ? Comment gommer de nos livres – et pire, de nos esprits - la psychose paranoïaque alors qu'il s'agit certainement de la maladie psychiatrique la plus meurtrière du XXe siècle ? Est-il possible de ne pas penser à l'hystérie ou parfois à la mélancolie lors d'un entretien avec une personne souffrant d'anorexie mentale ? Pourquoi nier une certaine forme de perversion quand il s'agit de transsexualisme ? Pour exemple, nous proposons de faire lien entre les évolutions des valeurs d'une société permettant des PMA parfois *hasardeuses* et la clinique de la blessure de soi dont nous parlait récemment le Dr Lafaurie au cœur de laquelle il propose « *le symptôme – de l'adolescent d'aujourd'hui - comme un appel au discours de l'autre en tant qu'organisateur des places* ».

En acceptant l'idée de transformation des anciennes entités pathologiques au fil des évènements et de l'histoire, nous pourrions certainement enrichir nos pratiques du savoir de chaque époque.

Ainsi, de façon logique, si le social influence depuis toujours la pathologie mentale, il était inévitable que celle-ci connaisse une extension importante dans le social de nos jours, où la hiérarchie s'organise pratiquement à l'horizontal. L'analyste devrait pouvoir s'adapter à ce mouvement. Tenir compte du social, des nouvelles demandes, être réceptif à ce nouveau dialecte. Le rapport au temps comme le rapport au langage changent, la forme des demandes évolue, la capacité d'élaboration diminue, la notion de responsabilité devient plus sensible que jamais et le regard de l'autre le premier censeur à déclarer parfois un avis vécu comme accablant. La nature même des souffrances se transforme, l'angoisse et l'anxiété s'étendent de plus en plus sur ce qui pourrait apparaître bientôt comme une nouvelle structure psychique. Nous pouvons probablement parler de mutation profonde où l'enjeu n'est pas moindre puisqu'il semble être question d'une redéfinition des limites et de leur solidité, d'accepter le manque qui construit, la frustration qui structure, de retrouver le tiers sans passer par le réel de l'acte, de définir et d'occuper une place dans le flot inévitable de la filiation.