

La réalité psychique

Parler de *réalité* psychique peut surprendre. En effet elle désigne des représentations, des images mentales, alors que dans le langage courant la réalité à proprement parler s'oppose à l'imaginaire. Il y a d'une part les "choses", en tant que telles, et d'autre part l'idée que l'on s'en fait, à tort ou à raison. Et ce serait plutôt à tort car ce point de vue communément partagé tend à dévaloriser l'imaginaire au profit de la réalité des choses. Il ne faudrait pourtant pas oublier que l'être humain est un *être de langage* et qu'il est avant tout déterminé par les représentations qu'il a ou qu'il se fait des choses — représentations sans lesquelles les choses n'auraient pas d'existence pour nous. La façon dont on perçoit et ressent les choses n'est pas directement tributaire des situations objectives. Ainsi certains vivent heureux dans des conditions que d'autres ne pourraient supporter, pas même un instant. Au contraire certains sont malheureux, au point de vouloir en finir, alors qu'au yeux des autres ils ont tout pour être heureux. En fait la réalité qui compte le plus est celle de notre monde intérieur. Pour l'essentiel le déterminisme de nos conduites relève de la pensée. La notion de *réalité psychique* en quelque sorte réhabilite l'importance des représentations mentales. Par exemple lorsqu'une personne disait souffrir d'une affection corporelle alors que le médecin ne pouvait déceler aucune cause physique on la qualifiait de "malade imaginaire". Ce qui signifiait qu'elle n'était pas réellement malade et ce qui sous-entendait qu'elle n'avait pas à être prise au sérieux. On lui reprochait de "se faire des idées" et l'on concluait pour bien marquer le peu d'intérêt de son cas "tout ça c'est dans la tête". Comme si ce qui constitue l'essence même de l'être humain n'était pas digne de considération.

Aujourd'hui les personnes qui se plaignent avec insistance de troubles corporels qui n'ont pas de réalité organique sont dites "hypocondriaques" et considérées comme étant véritablement malades. On pourrait même dire que l'hypocondrie est une maladie d'autant plus sérieuse qu'elle est généralement difficile à soigner. On peut bien évidemment être malade du fait d'une affection de l'organisme (ce qui relève de la compétence du médecin) mais l'être humain peut également être malade de ses idées (ce qui relève de la compétence du psychologue). Nous sommes à la fois tributaires de notre organisme (*déterminisme naturel*) et de notre appartenance à un environnement socioculturel, avec ses codes, systèmes de valeurs, son histoire et l'usage d'au moins une langue (*déterminisme symbolique*). Pour autant, au bout du compte, chacun sa personnalité — y compris dans le cas particulier de vrais jumeaux (jumeaux monozygotes), ayant le même patrimoine génétique, vivant dans la même famille, donc dans le même environnement socioculturel. C'est que la personnalité de chaque individu résulte des aléas d'une histoire de vie forcément singulière (deux personnes ne peuvent vivre exactement les mêmes choses, au même moment, de la même manière) . Chacun est psychologiquement marqué par son vécu. Les événements n'ont pas tous le même impact selon leur nature, selon la période du développement et surtout selon l'importance des enjeux psychoaffectifs du moment. Pour une large part nos traits de caractère, nos atouts et nos faiblesses, sont la résultante des premières interactions psychoaffectives avec nos proches. Nos réactions face aux situations actuelles de notre vie, la plus ou moins grande aisance dans la manière de nous comporter avec les autres, ne prennent tout leur sens qu'à la lumière de notre passé. La réalité psychique comprend à la fois la "matière" issue de nos expériences

passées (contenus psychiques) et ses modes d'expression (fonctions psychiques). C'est ce que nous portons en nous, ce qui psychiquement nous constitue (notre personnalité) et qui pour une large part détermine nos réactions et nos conduites — le plus souvent à notre insu (ce qui fait que nous ne sommes pas toujours maître de nous-mêmes).

L'invention de la psychanalyse

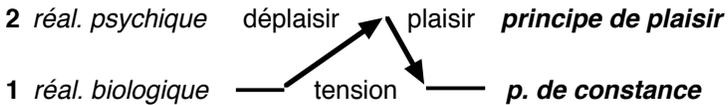
C'est en étant confronté à l'*énigme* de l'hystérie que Freud, médecin-chercheur en neurophysiologie, éprouve la nécessité de créer une nouvelle discipline: la psychanalyse. L'hystérie (comme d'autres pathologies dites nerveuses) est pour le médecin une maladie énigmatique. Elle présente des symptômes somatiques pouvant être très invalidants (tels que des paralysies, troubles de la vue, des douleurs soudaines...) alors qu'à l'examen médical on ne décèle *aucune cause organique*. L'hystérie échappe au savoir du médecin fondé sur l'étude de l'organisme. Freud, qui en tant que scientifique s'en tient au point de vue déterministe (il n'y a pas d'effet sans cause), pense en toute logique que si l'on ne trouve pas de causes objectivables au niveau du *substrat organique* c'est forcément qu'elles se situent à un autre niveau de réalité (dans la *réalité psychique*). Soit une personne hystérique ne pouvant marcher (symptôme extrême qui s'observait au début du siècle dernier). Si un médecin se contentait de lui dire « vous n'avez aucune lésion, tout va bien, c'est absurde de rester ainsi dans un fauteuil roulant » (sous-entendu tout cela n'est pas sérieux et par conséquent cela ne me concerne pas), ça lui ferait assurément une belle jambe et ne la referait pas marcher. Dans ce type de situation ce n'est pas parce qu'on ne comprend rien que c'est n'importe quoi. De même la

personne hystérique ne comprend pas mieux ce qui lui arrive. Le déterminisme est non seulement *psychique* mais aussi *inconscient*. Le médecin ne disposait d'aucun outil permettant d'explorer la réalité psychique inconsciente, ce qui conduit Freud à se donner les moyens de comprendre ces troubles afin de pouvoir les traiter. La psychanalyse va permettre d'étudier et de soigner ces maladies pas comme les autres. Elle constitue en effet un triple outil : un *modèle théorique* définissant la structuration et le fonctionnement du psychisme (formant une *théorie de la psychogenèse et du Sujet psychique*), une *technique psychothérapeutique* adaptée aux personnes souffrant de troubles psychiques (psychanalyse ou cure analytique) et une *grille de lecture* permettant d'aborder les conduites en tenant compte de leur déterminisme inconscient (c'est au-delà de leur *aspect manifeste* pouvoir saisir leur *aspect latent*). En créant la psychanalyse, le projet de Freud est de **donner un statut scientifique à l'inconscient** en le définissant *positivement* en tant que *système fonctionnel* ayant ses propres caractéristiques. La psychanalyse permet d'aborder de manière *rationnelle* ce qui jusqu'alors semblait *irrationnel* (et par conséquent hors de portée des connaissances positives). Elle montre que *toute conduite, y compris la plus "folle", a sa raison d'être* et n'échappe pas au déterminisme, fût-il inconscient. (On ne devient pas hystérique par hasard.)

Les pulsions : du besoin au désir

Freud élabore le concept psychanalytique de pulsion à partir de la notion d'*excitation physiologique d'origine interne* (initialement liée à un besoin physiologique) et la définit selon trois termes : sa *source*, son *but* et son *objet*. Bien que sa source soit organique la pulsion correspond aussi à une *stimulation du psychisme* — à l'activation de représentations psychiques qui lui sont associées. Ainsi la pulsion est un *concept limite* entre la réalité biologique et la réalité psychique (c'est le trait d'union et l'articulation fonctionnelle entre le corps et le psychisme).

L'organisme tend à réduire les excitations auxquelles il est soumis, de façon à retrouver et maintenir son seuil d'équilibre fonctionnel (*principe de constance*). Au niveau psychique l'augmentation de l'état de tension correspond à un ressenti désagréable (*affect de déplaisir*) au contraire la réduction de l'état de tension se traduit par un ressenti agréable (*affect de plaisir*). Le **principe de plaisir** (plus précisément le principe de *plaisir-déplaisir*) constitue le principe de base du fonctionnement psychique.



Selon le *principe de plaisir*, toute activité psychique tend à éviter le déplaisir et à rechercher le plaisir (lequel plaisir doit être entendu dans son acception la plus large, comprenant toutes ses *modalités sublimées*, plus que le plaisir physique c'est aussi par exemple le plaisir d'écouter de la musique et celui d'écrire des poèmes). Ce modèle

mécanique initial (servant de référence) est pour le moins à relativiser. Très vite la pulsion s'affranchit des contraintes strictement biologiques (le désir s'affranchit largement du besoin), alors que ce schéma peut correspondre aux toutes premières expériences de satisfaction du besoin alimentaire du nourrisson, il est beaucoup moins pertinent s'il s'agit, par exemple, d'une expérience sexuelle génitale, dans ce cas l'augmentation de tension est aussi l'occasion d'un ressenti de plaisir. Plus encore ce qui sera désagréable, voire douloureux, pour la plupart des personnes peut être source de plaisir intense pour d'autres (c'est l'exemple du sadomasochisme). Dès lors que l'on passe de la réalité physiologique objective (c'est dire de la "mécanique" de l'organisme) à la subjectivité des affects et du désir, le psychisme fait souvent un "pied de nez" au corps (il se "moque" du déterminisme naturel).

Par analogie au *modèle du besoin* organique le but de la pulsion est la *satisfaction*, c'est-à-dire la suppression de l'état de tension à sa source. Pour autant il ne faut pas confondre réalité biologique et réalité psychique, *besoin* et *désir*. La pulsion n'a d'existence psychique qu'en fonction des représentations mentales qui lui sont associées et qu'elle mobilise (représentations d'affect, d'objet, de mot). La pulsion *psychiquement constituée* ne peut atteindre son but complètement. S'il est possible de satisfaire un besoin, pour un temps du moins, le désir quant à lui reste toujours largement insatisfait. Le but est en effet fondamentalement le même pour toutes les pulsions, ce sont ses modalités qui varient en fonction notamment des divers choix d'objet.

L'objet est ce qu'il y a de plus variable dans la pulsion, il n'est pas fixé d'avance mais investi selon les aléas du vécu, «en vertu de son aptitude à permettre la

satisfaction». Au cours du développement psychosexuel et affectif une même pulsion peut changer d'objet et un même objet peut être investi par des pulsions différentes. Ce qui n'empêche pas que des liens étroits et stables puissent se former, à partir d'expériences émotionnellement fortes, entre une pulsion et un objet (concept de *fixation*). Le concept psychanalytique de pulsion est très différent de la notion d'*instinct animal*. Au contraire de la pulsion qui ne connaît pas à l'avance son objet, l'instinct correspond à une conduite préformée et finalisée, à une sorte de savoir-faire inné, il connaît à l'avance son objet. À proprement parler ***il n'y a pas d'instinct chez l'homme*** (seulement quelques *réflexes primaires* et tout au plus des *prédispositions* et *tendances naturelles*). C'est souligner que pour l'être humain toute conduite finalisée nécessite un apprentissage préalable. L'emploi du terme *instinct* pour désigner une conduite humaine est abusif. Lorsque l'on dit d'une personne qu'elle agit d'*instinct*, ou *instinctivement*, le sens est ici différent et il serait plus opportun de préférer, selon les cas, l'emploi du terme le mieux approprié : *naturellement*, *spontanément*, *de manière intuitive*, *inconsciemment*, *sans réfléchir* ou *de manière impulsive*.

Les instincts ne concernent que les animaux. Si l'on considère l'*instinct sexuel* chez les mammifères en prenant l'exemple d'un chien, deux conditions sont nécessaires pour qu'il se manifeste : que les organes génitaux soient parvenus à maturité et qu'une femelle en période d'œstrus (physiologiquement fécondable) passe à portée de flair (elle émet alors un signal olfactif qui déclenche la réaction instinctive du mâle). Le chien ne se demande pas ce qui lui arrive ni ce qu'il doit faire, s'il est enfermé quelque part il fera tout son possible pour s'échapper et rejoindre la

chienne pour s'accoupler avec elle. La fonction naturelle de l'instinct sexuel étant la reproduction (faire des petits pour sauvegarder l'espèce), lorsque la femelle n'est pas fécondable elle laisse le mâle quasi indifférent. Chez l'être humain ce serait plutôt le contraire, le plus souvent on fait l'amour lorsque l'on ne risque pas de faire un enfant. La sexualité est largement détournée de sa fonction naturelle au profit d'enjeux relationnels, psychoaffectifs et socio-culturels. La puberté est une période critique parce qu'elle provoque des bouleversements importants (physiologique, psychologique et social), la génitalité ne va pas de soi, elle suscite d'abord de l'appréhension et nécessite un apprentissage qui dure en fait toute la vie. Et lorsqu'une personne présente des troubles du comportement sexuel, ce n'est pas à cause d'un instinct qui serait défaillant.

Dans une situation extrême un individu, risquant de mourir, peut se révéler capable de prouesses pour survivre; faut-il y voir un *instinct de survie* ? Ce serait oublier que d'autres personnes peuvent se laisser mourir et même se suicider, dans des situations objectivement confortables, parce qu'elles n'ont plus envie de vivre. Le *désir* de vivre tient à la nature des relations que nous entretenons avec les autres ainsi qu'à la représentation que chacun se fait de l'existence et de sa propre vie.

L'*instinct maternel* est certainement celui dont on parle le plus souvent, pourtant si toutes les femmes sont normalement "faites pour avoir des enfants" (du point de vue anatomique et physiologique) toutes ne désirent pas forcément être mère. Quant aux conduites maternelles, elles sont socioculturellement déterminées et varient aussi selon la personnalité des mères, lesquelles peuvent être très