

ADOLESCENCE



Sexualités et Liens

SEXUALITÉS ET SIDA

Olivier Ouvry
Jean-Marie Faucher

Introduction
Jeunes : force et vulnérabilité

Françoise Weil-Halpern
Serge Hefez
M. Myquel, F. Askenazy
Claude Thiaudière
Bruno Deswaene
Moses Laufer

L'abus et la maladie
Adolescent dans une famille sous VIH+
Sida, une impossible transmission
Sylvia face à la mort de ses parents
Réduire le désordre de l'épidémie
Attentat sexuel révélé
Maltraitance ou structure délirante ?

Serge Lesourd
Philippe Hofman
Hubert Lisandre
Fil Santé Jeunes
Didier Lauru
Marie-José Del Volgo
André-Michel Gardey
Nino Rizzo
François Pommier
Marie Choquet
Catherine Wieder

La grande peur
Un nouvel objet du fantasme ?
En prison
Prévenir l'ange ?
« Sida », un sésame
La folie du toucher
Ali a peur de Saïd
David
Flirt avec la mort
Sida et fantasme d'immortalité
Comportements à risque
w w w...

A. Abelhauser, L. Ottavi
Pierre Angel
Dana Rudelic-Fernandez
Emmanuel Hirsch

Langage et éthique
Entre clinique et éthique
Stratégies de la prévention
Langage et prévention
Morale et éthique de la prévention

Patrick Alvin
Dominique J. Arnoux

Physiologie et émotionnalité
Les heurs de Sophie

Damien Rwegera
Malanjaona M. Rakotomalala
Yolande Govindama
Catherine Wieder

Afrique
Situation en Afrique
« Besoin de la chair » chez les Merina
Fonction de « l'enfant ancêtre »
Idées reçues en psychopathologie

Résumés



DE LA PEUR DE L'AMOUR À L'AMOUR DU SIDA

NINO RIZZO

Depuis le début des années 80, le monde des adolescents vit et apprend à cohabiter avec le sida, présence relativement peu tangible, heureusement, pour la plupart de nos jeunes occidentaux, et néanmoins lourdement actuelle pour eux, aussi bien dans leur vie quotidienne que dans leur imaginaire.

Le sida est venu changer certaines données dans le déroulement de leur vie et plus précisément, a introduit une nouvelle variable tout simplement capable de détruire leur existence. À présent, leur rapport à la sexualité et au plaisir en général, leur manière de se situer face à la vie et à la mort et au fait de devenir adulte, constituent autant de domaines dans lesquels ce nouvel élément va inévitablement entraîner un réajustement plus au moins profond.

Ce réajustement semble incontournable pour tout adolescent, ne serait-ce que sur le plan uniquement intrapsychique ; il a lieu même lorsque celui-ci décide d'ignorer concrètement la nouvelle variable dans sa vie quotidienne. Dans ce cas de figure, où une sorte de défi semble être à l'œuvre dans le fonctionnement mental, quelque chose de très important se passe : la fragilité de la structure psychique et sa rigidité fonctionnelle ne permettraient pas à celle-là d'intégrer la nouvelle donnée et elle continuerait à fonctionner comme si de rien n'était. En réalité, elle vivrait avec un danger constant d'éclatement interne. Derrière ce type de comportement, fort suicidaire, on retrouve d'ordinaire des structures borderline voire psychotiques.

À l'opposé, dans la palette des comportements possibles, nous retrouvons ces jeunes qui, forts d'un appareil psychique plus solide et donc plus souple, se situant plutôt du côté des structures névrotiques, parviennent à intégrer de manière plus ou moins satisfaisante ce nouvel

Nino Rizzo, Genève (Suisse).

Adolescence, 1999, 17, 2, 157-166.

élément de la réalité. Leur processus de devenir adulte et plus précisément leur rapport à leur corps en général, ne subit pas un état d'arrêt mais évolue de façon adéquate et harmonieuse.

Le sida semble donc s'intégrer dans la vie psychique et concrète du jeune de façon très variée, suivant le niveau structurel profond de celui-ci. Il constituerait même une sorte de « révélateur » de ce niveau au même titre que, dans le domaine de la photo, une certaine solution chimique aurait le pouvoir de transformer l'image latente en image visible. Ainsi, la manière dont un adolescent ou un jeune vit avec la réalité du sida nous permettrait d'appréhender une autre réalité, moins visible, celle de son fonctionnement psychique profond. Qui plus est, je pense que certains aspects de celui-ci, tels qu'ils sont révélés maintenant, questionnent le cadre conceptuel de la psychanalyse et forcent par moments ses limites autour de la notion de « pulsion de mort ».

J'aimerais proposer d'abord une vignette clinique.

Filippo est un garçon grand et mince au sourire ouvert et communicatif et qui gesticule beaucoup, comme s'il ne savait pas très bien quoi faire de ses longs bras. Il a vingt et un ans lorsqu'il arrive pour la première fois dans mon cabinet. Il a eu mon nom par un des éducateurs du centre où il vient de terminer un séjour de dix-huit mois et il a d'ailleurs pris rendez-vous avec moi un peu avant la fin de son séjour institutionnel. Il vient de finir ainsi son sevrage dans l'un des foyers spécialisés pour toxicodépendants de la Suisse romande et maintenant souhaite poursuivre en individuel son travail de compréhension de lui-même.

Ce qui le pousse plus qu'autre chose vers la psychothérapie, c'est sa peur à l'égard de sa propre violence : cela fait déjà deux ans qu'il ne s'est plus battu mais il y pense très souvent et, bien des fois, il sent qu'il pourrait facilement ressortir toute sa violence d'antan et faire beaucoup de dégâts tant aux autres qu'à lui-même.

Il vit actuellement une relation amoureuse avec une fille qu'il a connue d'ailleurs au centre et ils envisagent de vivre ensemble. Il craint de détruire cette relation à cause de ses accès de rage et de violence physique, il a donc besoin de comprendre ce qui se passe en lui.

Il est né en Italie où sa mère biologique l'a rapidement abandonné, il a alors été adopté par un couple qui n'avait pas d'enfants et vivait dans une ville voisine. Peu après, la petite famille émigrera en Suisse. Filippo a une enfance mouvementée et trouble : sa scolarité est émaillée de renvois et autres problèmes disciplinaires. Il est un enfant violent et renfermé à la fois, et les parents ne savent plus quoi faire de lui.

C'est à l'âge de onze ans que son père lui annonce abruptement un jour, pendant l'un de ses nombreux épisodes d'alcoolisation, qu'il est adopté. Filippo dit n'avoir jamais pu pardonner à son père cet événement.

Il décrit un père pathétiquement présent par sa dépression et sa profonde fragilité en général ; la mère semble être une femme douce et effacée mais néanmoins pilier de la dynamique familiale.

L'adolescence de Filippo est une suite d'épisodes de violence tantôt portée sur lui-même et tantôt adressée à ses parents, ses camarades, la société en général. Il se fait rapidement une renommée de dur et de caïd, consomme alcool, haschisch et héroïne, et se fait arrêter une première fois par la police sur dénonciation de son propre père, qui craint la violence du fils. D'autres arrestations suivront.

Malgré ce parcours chaotique, il arrive à faire un apprentissage de boucher dont il n'aura pas le diplôme, ne s'étant pas présenté aux examens finaux. Il raconte avec sadisme et dégoût quelques souvenirs de cette période : il travailla tout le temps dans les abattoirs.

Après plusieurs années d'héroïnomanie quotidienne et de marginalité, voire de délinquance, Filippo décide d'arrêter ce mode de vie et entreprend alors un séjour en foyer, qui l'amènera ensuite vers la psychothérapie. Un événement important et décisif a lieu avant qu'il ne prenne cette décision : celle qu'il considérait comme son « amie » vient de mourir du sida. Elle-même était héroïnomane, ils avaient vécu longtemps ensemble et, tout en connaissant l'état de santé de celle-ci, il avait toujours refusé de prendre la moindre précaution contre les risques de contagion. Par ailleurs, il n'avait jamais attrapé le virus HIV.

Qui plus est, Filippo m'apprendra rapidement qu'il a déjà vu mourir une précédente « amie » pour les mêmes raisons et après avoir vécu avec elle dans les mêmes conditions : héroïnomanie chez l'un et l'autre, virus du sida chez la fille, aucune précaution anti-contagion, aucune contagion d'elle à lui.

Enfin son actuelle « amie », elle aussi ex-toxicodépendante, avec qui il entretient une sexualité plus au moins régulière et sans aucune précaution contre les risques de contagion, est elle aussi séropositive depuis plusieurs années, mais se porte physiquement très bien.

Tout ce récit autour de la séropositivité et des risques de contagion - qui me donne, quant à moi, quelques frissons - semble par ailleurs ne pas trop impressionner mon jeune patient. Il y pense quelquefois, bien sûr, et en a même peur, mais en réalité ce qui lui fait véritablement peur c'est la violence qu'il sent bouillonner en lui, qui pourrait lui échapper et tout détruire sur son passage.

Deux autres éléments me paraissent importants pour la compréhension de cette jeune personne, qui sont présents dès le début dans son récit et dans notre relation. Depuis environ six mois déjà, il travaille comme aide-infirmier dans une maison pour personnes âgées. Avec un grand étonnement de sa part (étonnement fort agréable pour lui, mais certes aussi chargé de honte par rapport à l'image qu'il a toujours eue et donnée de lui-même), il s'est découvert comme étant quelqu'un de doux, sensible, tendre. Contre toute attente de sa part, il a été très bien accepté par les pensionnaires et la direction de cette maison : on le trouve très fin et

attentionné avec les vieillards, lui-même se surprend souvent à avoir des gestes de tendresse qu'il n'aurait point soupçonnés de lui-même, à avoir des émotions fortes qui lui procurent joie et peur à la fois. Le directeur de l'établissement lui a même proposé de faire une formation d'éducateur pour personnes âgées (il la fera et réussira). Le fait de découvrir en lui quelque'un d'autre que le Filippo habituel le trouble, lui fait plaisir mais l'insécurise profondément.

Enfin, tout étant de langue maternelle italienne comme moi, et il le sait bien, et tout en ayant donc une certaine difficulté à s'exprimer en français, il me dira d'emblée qu'il ne veut pas parler italien avec moi. Pendant les deux ans que le traitement durera, nous nous exprimerons donc dans une langue qui nous est étrangère et qui mettra une distance là où elle pourrait justement ne pas exister. C'est néanmoins avec une jouissance mal cachée que ça et là, au détour d'un mot ou d'une phrase impossibles à trouver en français il se laissera aller à s'exprimer dans la langue de sa mère. Mais bien sûr, seulement quand il ne trouvera pas ses mots en français !

À présent, j'essayerai d'amener quelques éléments théoriques afin de soulever certaines questions.

De toute évidence, le choix que Filippo a porté sur moi comme thérapeute est surdéterminé par plusieurs éléments, que nous aurons l'occasion d'analyser en cours de traitement. Le fait que je sois Italien comme lui et que nous ayons en commun la langue maternelle, se révélera un élément décisif : il exprime à plusieurs reprises le sentiment que je peux le comprendre mieux que d'autres justement pour cela. Pourtant, il ne peut tolérer l'idée que je m'approche trop de lui et le comprenne bien, alors même qu'il dit aspirer à cela. Je dois être là avec mon bagage culturel, qu'il estime nécessaire pour que je puisse le comprendre, et par ailleurs je dois rester relativement loin de lui, comme figé et vivant à la fois. Il impose ainsi un élément de séparation entre lui et moi, qui n'a cependant pas le statut du tiers œdipien, structurant et organisateur de la relation. Il érige plutôt une barrière extrême et pathétique entre lui et l'objet, dont je ne suis que le support illusoire, barrière dont la fonction ultime est de le protéger de son impensable besoin de cet objet même.

Il semble donc rechercher désespérément la mère, perdue avant même d'avoir pu la trouver, mais à présent, dès qu'il l'entrevoit, il se sent obligé de la neutraliser et la garder ainsi à une certaine distance de lui, comme immobilisée, le regardant, étant regardée par lui, mais dans une impossible proximité. Ici la douleur tient lieu de souvenir, la

mort psychique remplace l'amour, l'objet ne peut exister que dans la suspension hors du temps.

Filippo ne vient pas se plaindre de la répétitivité avec laquelle la mort vient rôder autour de lui - ou lui autour de la mort : celle-ci n'existe pas, tout du moins pour lui. Il peut évoquer avec révolte et culpabilité la mort de sa première amie et celle de la deuxième, il peut énoncer sans aucune apparente trace affective la mise à mort quotidienne des animaux dans les abattoirs où il travailla avec régularité pendant trois ans. À présent tout cela est loin de lui. Aujourd'hui il n'ose même pas imaginer l'éventualité d'un décès de son amie des suites du sida, son propre décès n'étant pas du tout inscrit au tableau des possibles. Durant la psychothérapie, il sera confronté une première fois à la mort d'un vieux pensionnaire et alors il vivra un épisode dépressif important, qui lui permettra d'avancer un peu dans le difficile processus d'élaboration de la perte et de sa propre mort.

Ce qui est en revanche d'emblée perceptible à ses yeux - et cela l'angoisse profondément - c'est la violence qu'il sent bouillonner en lui. Pourtant, cela fait longtemps maintenant qu'il ne s'est plus bagarré, et pendant toute la durée du traitement jamais une seule fois il ne sera amené à utiliser cette brutalité physique dont il ne cesse de me parler. De quoi donc me parle-t-il à travers l'angoisse de sa propre violence, puisque celle-ci semble, somme toute, bien muselée ?

Filippo craint de détruire, par ses manifestations violentes, tout ce qu'il est en train de construire depuis quelques années dans sa vie sur les différents plans social, professionnel, familial, amoureux, etc. Il s'agit donc d'une violence bien mortifère, porteuse de mort au sens large du terme. Cela se passe en fait comme s'il ne pouvait parler de son angoisse de mort que par métonymie, plus précisément en évoquant la partie qui précède le tout, la violence porteuse de mort.

Ce qui est en réalité terriblement troublant pour Filippo, c'est la rencontre avec l'objet dans sa totalité. Il est capable de déployer un considérable jeu de séduction à mon égard pour pouvoir entamer avec moi une psychothérapie, mais il a par ailleurs besoin de définir des distances plus que raisonnables avec tout ce que je représente à ses yeux. Il a envie de vivre des relations amoureuses suffisamment engageantes sur le plan affectif, mais, comme par hasard, la présence du virus HIV ne permet pas d'envisager l'avenir de la relation de façon sereine. Tout au long de sa vie, des éléments externes ont toujours menacé d'éclatement ses relations affectivement significatives, à savoir sa violence physique, son alcoolisme, sa toxicodépendance.

Pourtant, à y voir de plus près, il me semble bien que l'alcool et les autres drogues ont toujours joué, dans son économie psychique, soit un rôle désinhibant par rapport à cette violence - qui voyait ainsi le chemin vers l'agissement dégagé des entraves posées par le Surmoi - soit un rôle anesthésiant à l'égard de la blessure qui activait la violence physique. Dans ce cas de figure, l'agressivité était alors comme annulée car sa source était court-circuitée.

Force est donc d'admettre que c'est bien la violence, destructrice ou autodestructrice, souvent soutenue par l'utilisation de produits toxiques, qui a toujours permis à Filippo de se protéger de la proximité de l'objet. Aujourd'hui ce qui le trouble n'est point le risque de déferlement de cette violence dans sa vie quotidienne mais bien son contraire, c'est-à-dire le fait que depuis quelques années il ne l'utilise plus pour se faire du mal. À cela s'ajoute maintenant l'abstinence d'alcool et d'autres produits similaires. Sa panoplie d'objets contra-phobiques se restreint donc de manière préoccupante, que va-t-il faire maintenant pour se protéger du danger de la proximité de l'objet ?

À l'origine de l'aventure existentielle de Filippo il y a l'abandon de la part de la mère. Nous ne savons rien de ce qui s'est passé à l'intérieur de la rencontre mère-enfant. Nous pouvons par contre déduire qu'une faille affective importante est venue se créer à l'endroit même de cette absence, qu'une famille adoptive ne pouvait certes gommer. La violence, qui s'est rapidement manifestée dans la vie quotidienne de l'enfant et s'est figée en trait de caractère, rappelle de façon pathétique cette place vide. En réalité elle va remplir une double fonction : d'un côté elle dénonce la mère biologique absente et d'un autre elle tient à distance tout autre mère substitutive qui pourrait être tentée d'en prendre la place.

Filippo devient vite un enfant insupportable, un de ces enfants qui, par leur insolence et agressivité, inspirent le rejet plus que l'amour. De cette façon, la place de la mère reste libre et intacte et il peut donc en attendre le retour autant qu'il voudra. À l'adolescence, avec le danger de rencontres affectives et sexuelles qui pourraient déloger à jamais l'absente, alcoolisme et toxicodépendance lui prêteront main-forte pour tenir à distance les nouveaux objets d'amour d'une relation trop importante.

C'est dans le creuset de cette lutte acharnée contre un objet qui serait « trop » bon que Filippo introduira la présence du sida. Son virus, détenu par ses trois partenaires sexuelles et toujours potentiellement contractable par lui-même, lui rappellera la mère absente, le lien de vie

et de mort qui le relie à celle-ci, la faille narcissique immense qui peut être représentée à l'extérieur mais pas pensée. Filippo a besoin de flirter avec la mort car c'est ainsi qu'il peut se sentir proche de sa mère et donc vivant. Ici les destins de la vie et de la mort s'entremêlent à tel point qu'il nous est difficile de les distinguer et d'en suivre les cheminement spécifiques.

Filippo joue avec la mort. En jouant avec la mort, il joue avec la vie. J'entends par là qu'au lieu du subir la mort, il pose un espace entre celle-ci et lui-même et se situe dans une position créatrice.

Mon patient est une de ces personnes qui, pour parodier un style très à la mode de nos jours, sont nées sous le signe de la mort - mort psychique certes, mais pas moins marquante pour autant. L'abandon de la part de la mère biologique, qui l'avait probablement conçu avec un désir de maternité dont on peut raisonnablement douter, est la première étape de cette venue à la mort. Ensuite il y a adoption de la part d'un couple vraisemblablement dépressif - et il y aurait certes beaucoup à dire sur la dépression à deux dans l'adoption, celle de l'enfant qui est adopté mais aussi celle des parents qui adoptent, l'un et les autres arrivant à ce fatidique rendez-vous avec des béances narcissiques impossibles à combler.

Filippo doit s'affranchir de la mort pour accéder à la vie, il doit payer un tribut. Sa manière d'intégrer la mort dans son existence et d'essayer ainsi de la neutraliser connaît plusieurs modalités : de l'échec scolaire à son apprentissage dans les abattoirs de la ville, de l'alcoolisme à l'héroïnomanie, de la délinquance au flirt avec le sida.

Ces différentes manières d'être face à la mort, - et, en définitive, face à la vie ! - ne constituent pas pour autant, à mes yeux, une simple manifestation d'une pulsion de mort¹ qui serait à la recherche de son

1. S. Freud a introduit tardivement dans son œuvre la notion de pulsion de mort* : celle-ci est le fruit d'un souci éminemment conceptuel et théorique et, comme tel, son rapport à la clinique s'en trouve parfois lacunaire. Souvent cette notion a même été l'objet de lectures discordantes dans la littérature psychanalytique ; S. Freud lui-même l'a remaniée à plusieurs reprises, lui donnant des définitions qui ne sont pas toujours facilement complémentaires ou compatibles entre elles. Ici, je retiendrai quelques éléments théoriques qui la définissent et qui alimenteront notre réflexion.

Dans la conception freudienne, la pulsion de mort serait une tendance fondamentale de tout être vivant à retourner vers un état anorganique. Ce retour au point zéro de la tension psychique se ferait selon le principe de Nirvâna et avec une sorte d'apaisement progressif jusqu'à la mort de l'être vivant. Celle-ci, la mort, serait donc plus la fin apaisante et tant recherchée des tensions internes que le drame humain que représente en général la fin de la vie.

A. Green relève avec pertinence l'énigme que S. Freud laisse ouverte ici et pousse

expression nirvânique, en suivant un parcours qui évoluerait vers un point d'apaisement final. Je ne peux pas non plus les considérer comme une pure expression d'une fonction désobjectalisante se posant en antithèse par rapport à sa complémentaire, la fonction objectalisante. Autrement dit, il ne m'est pas possible de souscrire à la vision dualiste (« dualisme pulsionnel ») qui verrait un Filippo luttant pour la vie et un autre se battant pour la mort, l'un livrant un duel à l'autre dans un acharnement extrême, comme si les deux étaient des ennemis irréductibles, l'un brandissant l'arme de l'objectalisation et l'autre celle de la désobjectalisation.

Il me semble, au contraire, que le Filippo qui refuse d'utiliser avec moi - et donc avec lui-même - la langue de sa mère est bel et bien le même qui a choisi un thérapeute qui soit à l'image, linguistique et culturelle, de sa mère. C'est cette image maternelle qu'il vient retrouver d'ailleurs. Seulement cette mère fait peur et envie, donc il ne peut

plus loin, et de façon remarquable, cette conceptualisation qui est certes insuffisante. Il est évident que pour S. Freud la sexualité remplit la fonction de représentant d'Éros et constitue donc le vecteur de la pulsion de vie ; c'est à travers les truchements par lesquels la sexualité s'organise et se manifeste dans la vie quotidienne de l'être humain que la pulsion de vie se déploie. Cependant, à l'autre bout de la chaîne logique, reste ouverte la question de savoir quel serait alors le représentant de la pulsion de mort, qui, à l'instar de la sexualité, permettrait à cette seconde source pulsionnelle de se manifester.

C'est à cet endroit même de la construction théorique qu'A. Green propose son apport et rappelle sa propre élaboration : « Nous proposons l'hypothèse que la visée essentielle des pulsions de vie est d'assurer une fonction objectalisante... À l'opposé, la vision de la pulsion de mort est d'accomplir aussi loin que possible une fonction désobjectalisante par la déliaison** ». Il s'agit d'un véritable exploit théorique qui permet de faire un certain lien entre la clinique d'un côté et, de l'autre, des notions aussi abstraites que celles de pulsion de vie et pulsion de mort. A. Green réussit, me semble-t-il, un véritable coup de maître car il respecte de façon irréprochable le texte freudien et, par ailleurs, le rapproche sensiblement des soucis des cliniciens en lui redonnant un sens qui était parfois obscur. La théorisation d'A. Green s'inscrit donc dans le cadre du dualisme pulsionnel freudien.

Jean Laplanche, quant à lui, essaie de poursuivre à sa manière la relecture freudienne et propose, à côté du dualisme pulsionnel de base, à savoir pulsion de vie et pulsion de mort, une sorte de monisme énergétique, constitué par la libido. Pour lui, il y aurait donc une matrice pulsionnelle commune, les pulsions sexuelles, mais deux différentes manières que celle-ci emprunterait pour prendre corps et se manifester dans la vie quotidienne, sous forme de pulsions sexuelles de vie ou de pulsions sexuelles de mort***.

* Freud S. (1920), Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, tr. fr., Paris, Payot, 1981.

** Green A., Laplanche J., Segal H., Widlöcher D. et al., *La pulsion de mort*, Monographie de la Revue Française de Psychanalyse, Paris, PUF, 1986. Cf. également Green A., *Le travail du négatif*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1993.

*** Laplanche J., in *La pulsion de mort*, op. cit.

envisager de la retrouver que par étapes - s'il y arrive, bien évidemment. Le refus de communiquer avec moi dans la langue maternelle me paraît, plus qu'un signe de désobjectalisation, un gage de son désir de pouvoir objectaliser, c'est-à-dire de pouvoir reconstruire, un tant soit peu, cet objet primaire qui lui fait tellement défaut. De même, son flirt avec la mort via le sida est plus un appel à la vie qu'un mouvement autodestructeur véritable, plus un besoin de réparer cette mère perdue et de la ramener ainsi à la vie qu'un désir de la rejoindre dans la mort.

En tout moment il est question de vie, en tout moment c'est la pulsion de vie qui est à l'œuvre. Et même lorsque celle-ci fait des détours du côté de la mort et qu'elle se pare des habits de l'autodestruction la plus primaire, Filippo crie à la vie. Mais alors pourquoi, doit-on se demander, ce jeu avec la mort aussi bien chez lui que chez tant d'autres de nos jeunes patients, à tel point que parfois l'adolescent et le jeune adulte la rejoignent sans possibilité de retour ?

Ainsi que je viens de le suggérer, mon patient veut accéder à la vie et j'estime qu'il n'en a jamais été autrement dans son existence. Pour lui le désir et la peur se situent du même côté, celui de la vie. La mort lui inspire une peur profonde, certes, mais non pas par la violence de son arrivée, mais bien plus parce qu'elle pourrait lui barrer à jamais l'accès à la vie.

Autrement dit - et la différence est de taille pour le clinicien ! - il n'a pas tellement peur de mourir, il a peur de ne pas arriver à vivre. La seule protagoniste (littéralement : la première actrice) est la vie, la mort n'est qu'une simple figuration.

Mon jeune patient, me semble-t-il, est en quête de la vie et non pas de la mort ni de l'un de ses dérivés. Or, cette même vie, et l'amour qui en est l'expression princeps, lui fait peur car elle réveille d'anciennes blessures jamais guéries. Dès lors, cet incontournable et inassouvi besoin d'amour trouve le détour du sida pour pouvoir enfin se manifester, et la ruse de l'inconscient consiste en ce machiavelique compromis : la recherche de l'amour est reconnue et concrètement promue, mais la peur de l'impensable abandon est aussi respectée par l'introduction du sida, qui empêchera ainsi la complète réalisation d'Éros et donc l'éventuelle réalisation de sa menace, l'abandon justement.

Or, pour accéder à la vie, Filippo doit intégrer cette mort et la situer à sa juste place, la place qui revient à une présence indésirable autant qu'inévitable, mais une présence qui doit pouvoir encore attendre son tour, avant de recevoir son triste dû. Seulement, voilà, la mort s'était déjà introduite dans l'existence de Filippo bien avant qu'il ne pût déci-

der quoi que ce soit et aujourd'hui elle y occupe une place et un rôle qui menacent la protagoniste. Il doit donc braver et ensuite brader cette mort, et il est essentiel que le thérapeute comprenne cet enjeu : que le désir, aussi enfoui soit-il, est toujours du côté de la vie.

À ce stade de ma réflexion, je ne peux ni veux éluder la question : « Peut-on toujours considérer la pulsion de mort comme un concept opérationnel et utile dans ce type de clinique », c'est-à-dire avec ce genre de patients borderline, chez qui les manifestations autodestructrices sont si nombreuses et débordantes qu'on a tendance à s'y perdre ? Ma réponse est négative : je pense que nous n'avons pas besoin d'avoir recours à un tel outil conceptuel qui pourrait plutôt nous fourvoyer et faire le jeu de... la figuration, en nous laissant croire, faussement, qu'elle serait la protagoniste. Je pense par ailleurs que la non-utilisation de ce moyen conceptuel, certainement séduisant mais peut-être pas très utile dans ce contexte clinique, nous oblige à être encore plus attentifs face à une complexité au quotidien qui nous dérouté bien souvent, mais que l'on ne peut, à mes yeux, réduire pour s'en préserver.

Certes, la notion de pulsion de mort, avec notamment les développements conceptuels qu'a su apporter A. Green, garde une valeur heuristique et clinique intacte dans d'autres domaines de la psychopathologie.