

# L'adaptation en question(s)

En psychiatrie, le patient est régulièrement jaugé sur sa capacité à s'« adapter ». L'adaptation à l'environnement est certes socialisante, mais quelque chose résiste... Le désir qui, lui, ne s'adapte à rien...

Le mot court dans l'institution : « *patient adapté* », « *comportement inadapté* », « *réponse adaptée* »... Il est également à l'honneur en tête d'un chapitre du *DSM-V* (1) : « *Troubles de l'adaptation* ».

Mais après qui court ce mot? Après les patients, pas après les soignants. Un collègue m'a ainsi confié : « *Je n'aimerais pas que l'on me dise que je suis adapté!* » Et de fait, qui d'entre nous serait flatté d'un tel compliment? Et pourtant, concernant les patients, nous y allons régulièrement, sans scrupule, sans nous arrêter sur le terme.

La psychanalyse, dont le travail est de s'arrêter sur les mots, pourrait-elle nous donner quelques éléments de réflexion?

## L'ADAPTATION DU DSM

Sans nous lancer dans une lecture exhaustive du *DSM* (2) sur le sujet, nous épingleons quelques points utiles à notre réflexion. Rappelons d'abord que selon cette classification, un trouble de l'adaptation consiste en un ou plusieurs symptômes apparaissant dans les trois mois suivant un ou plusieurs facteurs

de stress. Ces symptômes, qu'ils soient émotionnels ou comportementaux, sont considérés comme significatifs au regard du diagnostic s'ils appartiennent à une ou l'autre (voire les deux) des manifestations suivantes :

« 1. *Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.*

2. *Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.* (2) »

– Premier point, une souffrance « *hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress* »... mais selon qui donc? et sur quels critères? On pourrait répondre que les critères sont ceux « *du contexte externe et des facteurs culturels* », mais cela ne fait que repousser la question de « *selon qui* »? Réponse : « *On doit réserver ce diagnostic à des réactions de détresse (...) dont l'ampleur excède ce à quoi on s'attendrait normalement...* (2) » La réponse est donc « *on* », qui lui sait ce à quoi « *on* » devrait normalement s'attendre ou pas.

– Le second point est l'« *altération significative du fonctionnement* »... mais significative à partir de quelle limite, avec quels critères discriminants? Seul le « *on* » le sait sans doute.

---

Mathieu BIDARD

Psychologue, psychanalyste, Le Mans.





© Fotolia - VIGE.co

La considération du dernier sous-type du chapitre, le « *Trouble de l'adaptation non spécifié* » achève de nous convaincre à la fois du flou extraordinaire des définitions diagnostiques et de la responsabilité gigantesque qui incombe désormais à la seule subjectivité du médecin, « *pour les réactions inadaptées qui ne sont pas classables comme un des sous-types spécifiques du trouble de l'adaptation* ». Le trouble de l'adaptation non spécifié est un trouble qui n'est ni d'allure dépressive, ni d'allure anxieuse, ni un trouble du comportement. C'est un trouble sans symptôme, un trouble inadapté. Autrement dit, ici, est inadapté... ce qui est inadapté!

Soyons justes, notre utilisation quotidienne du mot « adaptation » ne renvoie pas nécessairement au DSM. D'ailleurs, dans notre langage institutionnel de tous les jours, nous semblons oublier l'événement appelé « facteur de stress » censé être à l'origine des réactions inadaptées. Est inadapté ce qui nous semble peu commun, ce qui s'écarte de la norme, ce qui nous paraît excessif. « *Monsieur X a appelé trois fois le Centre médico-psychologique (CMP) cet après-midi pour savoir l'heure de son prochain rendez-vous, c'est inadapté.* » Ou bien : « *Mme Y prend son traitement n'importe comment, c'est inadapté.* » Ou bien à l'inverse : « *Pendant l'activité, Monsieur Z n'a pas interrompu tout le monde comme à son habitude, il a eu un comportement adapté.* »

Ce que notre langage de tous les jours a en commun le DSM, c'est le trait qui va maintenant nous servir de fil conducteur : dans les deux cas, la réponse du sujet est « *adaptée à quoi sinon à la demande de l'Autre... (3) ?* »

### LA DEMANDE DE L'AUTRE

Dans la perspective psychanalytique, être adapté, avoir un comportement adapté, c'est répondre ce que l'Autre nous demande, c'est donner ce que l'on attend de nous. On nous demande d'aller à l'école, nous allons à l'école; on nous demande de rouler à 70 km/h sur une route qui était jusqu'à présent limité à 90 km/h, nous réduisons notre vitesse de 20 km/h; on nous demande d'être sociable, nous sommes sociables; on attend de nous que nous soyons responsable, nous le sommes, on nous demande d'être compliants, de ne pas faire de bruit, nous nous tenons à carreau. Voilà en quoi consiste le fait d'être adapté.

On comprend maintenant pourquoi le qualificatif « adapté » ne nous plaît guère! Et notre singularité alors? Nous ne sommes pas seulement bons à suivre le troupeau! Nous voulons être reconnus pour ce que nous sommes, nous voulons nous distinguer!

Indignation. Une partie de notre être passe à la trappe.

Notre propos n'est pas de dire qu'il ne faut pas s'adapter. Remarquons d'ailleurs que nous passons le plus clair de notre temps à répondre à cette demande de l'Autre, laquelle est le ressort invisible d'un grand nombre d'échéances de notre vie. Par exemple, n'importe quel concours ou examen procède de cette logique. Nous répétons ce qu'il faut dire, c'est-à-dire ce que l'on attend de nous.

Si nous répondons à la demande de l'Autre, nous sommes aussi l'Autre qui demande. S'agissant de l'éducation, nous avons tous été éduqués puis devenons éducateurs à notre tour. Une grande part de l'éducation consiste en ce que l'enfant apprend à s'adapter à la demande de l'éducateur. Pour Lacan, cette demande de l'Autre est le ressort du stade anal. Les parents demandent à l'enfant d'être propre, de faire ses besoins sur le pot, pas trop tôt, pas trop tard, quand il le faut, c'est-à-dire quand il le faut pour les parents. De notre propre éducation, nous avons gardé des choses « bien », et en avons abandonné d'autres. Le point commun de tous ces éléments éducatif, qu'on n'aime ou pas, c'est qu'il s'agissait de la demande de l'Autre.

### LE DÉSIR DE DÉSIRER

L'adaptation est donc socialisante, bien sûr, en ce sens qu'elle rend possible le fait de vivre ensemble, mais on voit bien qu'elle peut aussi être aliénante. Quelque chose résiste, et entend résister invinciblement : « *Ce qui résiste, c'est le désir. Je ne dirai même pas tel ou tel désir du sujet, car c'est l'évidence, mais essentiellement le désir d'avoir son désir. C'est encore plus évident, mais ce n'est pas une raison pour ne pas le dire. (4)* » Il est heureux que le sujet ait son désir à lui! Voyez les parents confrontés au désir de leurs enfants et qui ne s'en remettent pas. Ils ne comprennent pas pourquoi le désir de leur progéniture ne correspond pas à leur demande à eux. Au moment du bain, l'enfant veut jouer, au moment de manger, il veut prendre le bain... En fait, il est bien humain, car c'est un

fait de structure que le désir de l'autre a une dimension de gêne. On observe ainsi assez tôt que le nourrisson ne se nourrit pas comme on aimerait qu'il se laisse nourrir. L'attente des parents reste tout de même que ça aille tout seul, en ligne droite. Mais assez tôt, le bébé ne se laisse pas seulement nourrir, il se nourrit. Il retire le biberon de la bouche, il le reprend, le retire et ainsi de suite. Il crée du manque, car c'est le lot de l'être humain que d'en passer par le manque. Puis notre jeune enfant exige de prendre lui-même la cuillère pour manger, refusant qu'on la lui mette dans la bouche. Puis il voudra non plus une cuillère mais une fourchette, puis choisir ce qu'il mange... Le désir, par rapport à la demande de l'Autre, est plutôt asocial, il la contredit et résiste au bien commun. Selon Lacan (9), « *À tout jamais, le désir humain restera irréductible à aucune réduction et adaptation. Le sujet ne satisfait pas simplement un désir, il jouit de désirer, et c'est une dimension essentielle de sa jouissance.* »

### S'ADAPTER À LA RÉALITÉ ?

Bien sûr, on conviendra que le désir est important. Mais les habitudes de pensée reviendront au galop. Par exemple, on admet généralement qu'il faille tout de même s'adapter à la réalité. On adopte plutôt facilement l'idée selon laquelle le névrosé serait adapté à la réalité, fut-ce au prix de symptômes, et que le sujet psychotique, lui, ne le serait pas. C'est la ligne de pensée de Freud (5), qui, dans un texte de 1924 intitulé *Névrose et psychose*, développe l'idée que le névrosé, au fond, s'adapte. Avec son moi, au nom de son rapport à la réalité et au surmoi, dont une des fonctions est de « *représenter les exigences de la réalité* », le névrosé refoule le désir émanant du ça, il fait taire ce qui viendrait troubler son rapport à la réalité, et ainsi reste en contact avec elle. Le prix à payer pour ce refoulement est la formation d'un symptôme, substitué à la motion pulsionnelle non réalisée. « *Au service du surmoi et de la réalité, le moi est entré en conflit avec le ça, et c'est ainsi que les choses se passent dans toutes les névroses de transfert. (5)* »

Dans cette conception, si le névrosé s'adapte, c'est au prix de la maladie, du symptôme.

Le sujet psychotique lui, ne s'adapte pas, il se détache de la réalité, au profit des désirs du ça. Plus exactement, toujours



en suivant Freud, après un temps initial (temps logique) où le moi du sujet schizophrène se retire, se soustrait de la réalité, un deuxième temps consiste en la construction d'un délire à la place même de la faille initiale produite dans le rapport du sujet à la réalité. Construction freudienne qui, au risque d'être quelque peu schématique, ne manque pas de force et de clarté. Dans la psychose, le délire prend la place de la réalité. Dans

*son incapacité à s'adapter à la nécessité réelle* ». Dès lors, la question qui occupe Freud est de préciser le registre des ruptures de chacune à l'endroit de la réalité, c'est-à-dire leur non-rapport. « ... *La névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle; la psychose la dénie et cherche à la remplacer.* » (8)

Dans la psychose, le délire prend une fonction de « nouvelle réalité » qui se

Nous pourrions imaginer ce monde fantasmatique comme un écran sur lequel viendraient vivre nos désirs, qui n'auraient pas à rencontrer la réalité.

Précisons que le mot fantasme n'est pas à entendre ici dans le sens restreint d'un scénario sexualisé ou d'un objet de désir – objet « fantasmé » – mais plus largement comme le « monde » de nos souhaits, de nos rêveries, de nos aspirations. Autre précision, ce monde fantasmatique n'est



**Quand, dans l'institution, nous entendons parler d'un “patient schizophrène adapté”, quand nous ne pensons plus qu'à la réadaptation des sujets psychotiques, n'est-ce pas nous, les “soignants” qui nageons dans les eaux troubles de notre fantasme? Quel fragment de notre réalité voulons-nous éviter?... Notre sentiment d'impuissance, c'est-à-dire notre non-toute-puissance ?»**

la névrose, le symptôme prend la place du désir accompli. L'instance du moi, dans un cas s'arrache à la réalité, et dans l'autre cas lui reste fidèle : « *L'effet pathogène est ceci ou cela suivant que le moi, dans cette tension conflictuelle, reste fidèle à son allégeance vis-à-vis du monde extérieur et cherche à bâillonner le ça, ou qu'il se laisse dominer par le ça et arracher du même coup à la réalité.* (6) » Or, la même année (1924), dans *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose* (7), Freud revient sur sa propre thèse. Ce revirement montre qu'il n'est pas si dogmatique. La thèse première ne tient pas, dit-il, parce que le névrosé aussi, quelque part, se soustrait à la réalité, une partie de son moi fuit la réalité : « *Malheureusement cela ne s'accorde pas du tout avec un fait dont nous pouvons tous faire l'expérience : c'est que toute névrose trouble d'une façon ou d'une autre le rapport du malade à la réalité, qu'elle est pour lui un moyen de se retirer d'elle, et, dans ses formes graves, signifie directement une fuite hors de la vie réelle.* (8) »

La névrose n'implique pas un meilleur rapport à la réalité que la psychose. Mieux, ces deux maladies auraient ceci en commun qu'elles ne s'adaptent pas à la réalité extérieure et à ses contraintes : « *Névrose et psychose sont donc l'une comme l'autre les expressions de la rébellion du ça contre le monde extérieur, de son déplaisir, ou si l'on veut, de*

substituée à la réalité « déniée ». Déni dont n'use pas la névrose qui « *se contente en règle générale d'éviter le fragment de réalité dont il s'agit* » (8). Mais le névrosé en est-il quitte pour autant avec la réalité, grâce sa stratégie d'évitement? Nullement. La névrose aussi implique un moyen de substituer à la réalité extérieure une sorte de néoréalité!

On est bien loin d'un *a priori* qui consisterait à penser que le névrosé est plus en phase avec la réalité que le psychotique. Non seulement névrose et psychose ne s'adaptent pas à la réalité, mais le névrosé aussi prend ses rêves pour la (néo)réalité! Irons-nous jusqu'à dire que le névrosé délire? Lisons Freud : « *La différence tranchée qui sépare la névrose de la psychose est cependant estompée en ce qu'il y a dans la névrose aussi une tentative pour remplacer la réalité indésirable par une réalité plus conforme au désir. La possibilité en est donnée par l'existence d'un monde fantasmatique...* »

La néoréalité névrotique s'appelle le fantasme, quand celle du psychotique s'appelle le délire. Soulignons également dans cette citation « *réalité indésirable* » et « *réalité plus conforme au désir.* » C'est du désir qu'il s'agit, et nous sommes tout à fait dans le registre du désir lacanien comme résistant à la demande. Si le sujet ne s'adapte pas, ce n'est pas parce qu'il n'en est pas capable, mais parce que son désir est autre.

pas l'apanage des personnes souffrant d'une névrose grave, il est bien plutôt le commun de tous les hommes.

#### DERRIÈRE L'ÉCRAN DU FANTASME...

Et, de fait, observons-nous un instant dans notre quotidien. N'évitons-nous pas une partie de la réalité, quand, au travail, nous pensons à nos prochaines grandes vacances six mois plus tard? Quand, en colère à l'endroit d'une injustice, nous rêvons à un monde meilleur? Regarde-t-on bien la réalité en face quand nous nous emballons à chaque élection présidentielle, en pensant que l'homme providentiel va tout arranger?

On pourrait dire que le névrosé délire à bas bruit dans le fantasme. Lacan ira même jusqu'à dire qu'il n'y a pas d'autre réalité que celle du fantasme, en ce sens qu'il n'y a pas d'autre accès à la réalité que fantasmatique. Il y a seulement notre « manière de voir les choses », notre manière de voir la réalité, qui se soutient de notre fantasme. Et un fantasme qui se partage, un fantasme collectif n'en demeure pas moins un fantasme.

Donnons maintenant quelques exemples émanant de la clinique quotidienne du névrosé. Une mère s'émeut : son fils, jeune adulte, qui vit toujours à la maison, va bientôt prendre son indépendance : « *Je ne l'ai pas vu grandir* »! Où est la réalité du fils? Pas ailleurs que dans le fantasme. Fantasme selon

lequel il restera toujours à la maison, à jamais le fils chéri de sa maman, « l'objet bébé » qu'il a été et reste pour la patiente. À l'inverse, un sujet parlant de ses parents âgés dira qu'il ne les a pas vus vieillir. Des sujets névrosés vont affirmer couramment qu'avant la mort d'un être proche, ils n'avaient jamais pensé à la mort, ni à celle de l'autre ni à la leur, ils ne réalisaient pas qu'ils pouvaient mourir, ils se sentaient « éternels », ou bien encore ils expriment le vœux que plus personne ne meure dans leur entourage, qu'il n'arrive plus rien de mal, à personne, autour d'eux. Entendre de telles « folies » sortir de la bouche de sujets « névrosés » devrait nous arrêter un instant. Nous qui nous plaignons, nous inquiétons, nous mettons en colère, n'arrivons pas à nous comprendre, nous qui ratons notre train, nous cognons la tête ou le pied, sommes déçus, trahis, quittés, peïnés, sommes-nous adaptés? N'avons-nous pas, chacun d'entre nous, une chose à l'endroit de laquelle nous sommes toujours désadaptés, non-conformes, « en décalage »? Quand, dans l'institution, nous entendons parler d'un « patient schizophrène adapté », quand nous ne pensons plus qu'à la réadaptation des sujets psychotiques, n'est-ce pas nous, les soignants, qui nageons dans les eaux troubles de nos fantasmes? Quel fragment de notre réalité voulons-nous éviter? Notre sentiment d'impuissance, c'est-à-dire notre non-toute-puissance? Ne projetons-nous pas sur les « soignés » le « déni » de notre propre impossibilité à nous adapter?

### ... ET DU CAPITALISME

À moins que ce fantasme ne s'étaye également sur les définitions contemporaines de la « santé mentale », relatives aux politiques actuelles : « Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faite de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer. (10, 11) » Cet extrait d'un rapport remis au secrétaire d'État chargé de la Prospective et du Développement de l'économie numérique a ceci de délicieux qu'il ajoute, à la dimension de la demande de l'Autre déjà évoquée, le vœu que le sujet ne puisse rien y faire. Être en bonne santé mentale, c'est s'adapter, et s'adapter, c'est ne pas trop s'arrêter à ce qui change. Comme dans le champ du travail, où de nombreuses personnes affrontent des évolutions considérables dues à la pression terrible du capitalisme. S'adapter au capitalisme... On peut toujours nous le demander. Restent le délire et le désir, qui eux, ne s'adaptent à rien ni à personne. Ils peuvent toujours courir.

- 1 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. APA. Elsevier-masson, juin 2015 pour la version DSM-5. Ces troubles de l'adaptation apparaissent déjà dans le DSM-4.
- 2 – Les citations renvoient au chapitre « Troubles de l'adaptation », p. 339-342.

- 3 – Lacan (J.), « La direction de la cure », *Écrits*, Paris, Seuil, coll. Le champ freudien, 1966.
- 4 – Lacan (J.), *Le séminaire, livre V : Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, coll. Le champ freudien, 1998, p. 430.
- 5 – Freud (S.), « Névrose et psychose », *Névrose, psychose et perversion*, trad. J. Laplanche, Paris, Puf, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973, p. 284.
- 6 – *Ibid.*, p. 285.
- 7 – Freud (S.), « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », *Névrose, psychose et perversion*, trad. J. Laplanche, Paris, PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.
- 8 – *Ibid.*, p. 299.
- 9 – Lacan (J.), *Le séminaire, livre V : Les formations de l'inconscient*, Paris, Seuil, coll. Le champ freudien, 1998, p. 313.
- 10 – *La santé mentale, l'affaire de tous. Rapport du groupe de travail présidé par V. Kovess-Masfety, Rapports et documents*, n°24, 2010, Centre d'analyses stratégiques.
- 11 – Cité par Bellahsen (M.), *La santé mentale, Vers un bonheur sous contrôle*, La fabrique édition, 2014, p. 96.

**Résumé :** On entend souvent les soignants évoquer la capacité du patient à être « adapté », dans le groupe, dans sa vie quotidienne, avec ses proches... Dans la perspective psychanalytique, être adapté, avoir un comportement adapté, c'est répondre ce que l'Autre nous demande, donner ce qu'on attend de nous. Le désir, par rapport à la demande, est plutôt asocial, il contredit la demande de l'Autre, et résiste au bien commun.

**Mots-clés :** Adaptation sociale – Altérité – Comportement – Concept – Délire – Déni – Fantasme – Névrose – Principe de réalité – Psychanalyse – Psychose.