

Résurgences de l'infantile traumatique dans la cure psychanalytique

Auteur(s) : Florence Guignard

Mots clés : infantile - manque (à représenter) - signification génitale des plaisirs - tache aveugle - traumatique

Introduction

Ma participation à ce cycle « Réalité, trauma, fantasme » proposé par François Sacco va se centrer sur la complexité des *liens* qui se tissent dans le champ transféro-contretransférentiel entre *l'Infantile* et *le Traumatique*, lorsque ces deux éléments sont mobilisés par *la régression* inhérente au *processus analytique*. Je vais donc commencer par rappeler, ou préciser les termes de ma proposition.

1. L'Infantile

L'Infantile est convoqué sous divers angles dans l'ensemble de l'œuvre freudienne :

1. Dans le *polymorphisme* aux allures de perversion de la sexualité infantile ;
2. Dans les aléas de l'installation d'une *économie entre le principe de plaisir-déplaisir et le principe de réalité* à partir de la mise sous tension d'un champ mobilisant aussi

bien *l'hallucinatoire que le perceptif*.

3. Dans la découverte de la *précocité du fonctionnement psychique inconscient* produisant d'une part, des *contenus* psychiques, et d'autre part, une *instance refoulante* qui fonctionnera simultanément et la vie durant sur *deux modes : primaire et secondaire*.
4. Dans l'organisation du psychisme, dès les premières *relations sensorielles* et les premières *actions motrices* sur le *corps propre* et les objets de la *réalité extérieure* avec, au niveau du *système PCS*, la constitution de la *double spirale des processus primaires et secondaires* comme *matrice de la vie fantasmatique* d'une part et des *processus de symbolisation* d'autre part.
5. Dans *l'organisation œdipienne* spécifique à l'espèce humaine, avec les différents niveaux de sa complexification, tant *relationnelle et objectalisante* que *narcissique et identificatoire*.
6. Dans la conceptualisation de *l'Infantile en tant qu'espace psychique*, cadre-contenant de cette organisation œdipienne, pour le libre échange des conflictualités intrapsychiques entre les trois instances : *Ca, Moi et Surmoi*.
7. Dans la conceptualisation de la *névrose infantile comme modèle axial*, tant de la *psychopathologie* que de la *situation thérapeutique*, sous sa *forme homologique de névrose de transfert*, les points de fixation et le mécanisme défensif de régression donnant l'impulsion à *l'incessant parcours entre le passé et le présent, entre les formes infantiles et les formes adultes d'investissement et de pensée*.

La révolution apportée par la découverte freudienne de la sexualité infantile n'a rien à voir avec le fait que les enfants puissent trouver un plaisir pulsionnel dans la tétée et dans les fonctions excrétoires, ni même dans le fait que ces plaisirs demeurent inscrits dans l'organisation sexuelle de l'adulte. Le véritable scandale de cette découverte réside dans la *signification génitale* de ces plaisirs d'organes et de ces premiers investissements du corps propre et du corps d'autrui.

Il importe donc de rappeler avant tout que, dans la découverte freudienne de la sexualité infantile, le *sexuel* est à la fois *premier et génital*.

En 1996, rassemblant, dans *Au Vif de l'Infantile* les paramètres qui me semblaient incontournables pour tenter une figuration de l'Infantile, j'écrivais (p. 16-17) :

« Étrange conglomérat historico-anhistorique, creuset des fantasmes originaires et des expériences sensori-motrices mémorisables sous forme de traces mnésiques, l'Infantile peut être considéré comme le lieu psychique des émergences pulsionnelles premières et irreprésentables. De cet « avant-coup », nous ne connaissons que les rejetons représentables, sous la forme des *théories sexuelles infantiles* d'une part, et des *traces mnésiques* d'autre part.

Structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinales ou haineuses qu'épistémophiliques, l'Infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural « souple », qui fait que l'on est soi et pas un(e) autre. Irréductible, unique et par là même universel, l'Infantile est donc bien ce par quoi notre psychisme va advenir, dans tous les

développements de sa bisexualité psychique organisée par l'Œdipe.

Aux limites de l'ICS et du système PCS, l'Infantile est le point le plus aigu de nos affects, le lieu de l'espérance et de la cruauté, du courage et de l'insouciance ; il fonctionne la vie durant, selon une double spirale processuelle et signifiante, et l'on peut le retrouver même dans les pathologies les plus lourdes, à condition de ne pas confondre celles-ci avec le mode d'organisation normal de cet Infantile.

Et si, jusqu'à notre mort, il continue à agir simultanément au niveau des processus œdipiens secondaires et au niveau des mécanismes primitifs, c'est bien parce que cet Infantile humain a en partage la force pulsionnelle inouïe dont on peut constater le fantastique déploiement dans le rythme de développement psychique des premiers temps de la vie humaine.

Pourtant, l'aspect pulsionnel n'est pas seul en jeu dans cette tentative de définition de l'Infantile. Dans sa forme métaphorique, le concept vaut aussi pour ce qu'il entraîne avec lui de l'hallucinatoire et du proto-symbolique, préformes en devenir permanent dans toutes nos activités mentales. Une fois dénoués, grâce à la cure analytique, les points de fixation qui figent nos modes d'être et d'avoir dans une stérile répétition, ces préformes vont redonner leur vigueur et leur efficacité pulsionnelle sous-jacente aux organisations plus matures, « donnant le ton » à notre personnalité de sujet, dans notre fonctionnement adulte habituel. »

2. L'Infantile traumatique

T. Bokanowski a développé ici même il y a quelques semaines l'histoire du concept de traumatisme dans l'œuvre freudienne, ainsi que les apports essentiels qu'y a ajoutés Ferenczi. Je vous renvoie donc à sa conférence pour cet historique. Se basant, pour ses développements, sur les élaborations cliniques et métapsychologiques de Ferenczi, il opère une distinction, intéressante pour notre sujet de ce soir, entre trois termes : « *traumatisme* », « *traumatique* » et « *trauma* », au regard de la cure psychanalytique :

1. Le **traumatisme** désigne *la représentation de l'événement* et son impact sexuel sur l'organisation fantasmatique du sujet (fantasmes originaires).
2. Le **traumatique** désigne *le principe économique* qui régit le traumatisme (le défaut de pare-excitant, etc.) ; le traumatique n'est jamais totalement symbolisable.
3. Le **trauma** désigne *l'action*, tant positive que négative, du traumatisme sur l'organisation psychique : troubles identitaires, zones psychiques mortes, etc. La conséquence la plus directe et la plus importante du trauma est un *clivage* qui s'opère dans la personnalité naissante du jeune enfant. Il est très important de comprendre que ce clivage ne suit pas les lignes des clivages normaux et fondateurs propres à l'organisation psychique personnelle de tout sujet, mais il est *imposé par la pathologie* de la personne, ou de la situation, traumatogène.

Je rappelle que c'est Ferenczi qui a articulé la théorie de

la *séduction* avec celle du *traumatisme* : confronté au caractère inévitablement *séducteur* de l'adulte, l'enfant peut éprouver tant les démarches que l'absence de démarches de communication de l'adulte à son endroit comme une sollicitation de son excitation sexuelle. Cette sollicitation est éprouvée comme un *viol psychique* en raison du caractère violent et excessivement effracteur, pour le Moi de l'enfant, de ses propres pulsions et de celles de l'adulte. Cette effraction a pour conséquences, d'une part, une excitation sexuelle prématurée - on dirait aujourd'hui qu'elle est « non-contenue » par l'objet - et, d'autre part, un traumatisme narcissique par sidération du Moi naissant. Il en découle une asphyxie, voire une agonie de la vie psychique.

Ainsi, pour Ferenczi, le trauma doit être considéré comme résultant d'une *absence de réponse de l'adulte face à une situation de détresse de l'enfant*. C'est à lui que l'on doit les descriptions du *clivage auto-narcissique* - ou *clivage somato-psychique* - qui se produit chez l'*infans* dont les besoins corporels ont été plus ou moins bien satisfaits, mais dans des conditions de cécité ou de surdité psychique de la part de l'entourage. Dans la même perspective, D. Meltzer a parlé de *clivage passif*.

Ferenczi a su qualifier de *traumatiques* des attitudes d'*absence psychique* de la mère ou de son substitut ou, à l'opposé, d'*exigence démesurée* et d'*insensibilité aux affects de l'infans*. Il y a vu la cause d'un vécu de *disqualification*, voire de *déni de ses affects*, ce qui est éprouvé par l'*infans* comme un véritable « *viol de la pensée* ». Défendant sa conception de la *confusion des langues* - langage de la passion chez l'adulte, langage de la tendresse chez l'enfant -, Ferenczi a donc décrit une modalité du traumatisme qui était demeurée inaperçue jusqu'alors, puisqu'il

met en cause les qualités de la personne objet d'amour et, par voie de conséquence, celle de l'analyste, en particulier, « l'hypocrisie professionnelle » de ce dernier.

3. Temporalité, trauma et régression dans la situation analytique

La question des liens existant entre la temporalité réelle et la temporalité psychique est évidemment bien trop vaste pour que je l'aborde ici autrement que sous les deux angles extrêmement précis qui concernent notre sujet. Pour de plus amples recherches, Je vous renvoie notamment aux deux ouvrages suivants : Matte Blanco, *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*, et André Green, *Le temps éclaté*.

J'évoquerai ici la situation de la temporalité au regard du trauma d'une part, et de la régression liée à la situation analytique d'autre part.

a) Destruction de la temporalité par l'action du trauma

Si l'on suit les avancées que je viens de rappeler, on voit que l'action du *trauma* suscitée par le *traumatisme* a été de surimposer un *clivage passif* aux mécanismes psychiques qui constituent la base de l'organisation de la personnalité du sujet, c'est-à-dire : clivage actif, déni, idéalisation, omnipotence et identification projective. Le régime économique du *traumatique* surimpose répétitivement et inexorablement

le *traumatisme* du passé jusqu'à *l'inclure comme un morceau de réalité dans le présent*. Contrairement aux personnages d'un monde conventionnellement désigné comme fantastique, cette *inclusion* a, du point de vue de la croyance inconsciente, une *valeur hallucinatoire, voire délirante* par moments. Pour prendre une métaphore dans la littérature du théâtre, c'est l'apparition de Banquo à Macbeth après que celui-ci l'a tué, par opposition à l'apparition des trois sorcières.

b) Destruction de la temporalité par la régression expérimentale dans la situation analytique

Que se passe-t-il lorsque la conjoncture psychopathologique du traumatisme rencontre, chez un patient, la situation expérimentale de la cure analytique qui on le sait, favorise expérimentalement *la régression en séance* ? Notons, tout d'abord, que ceci n'est pas seulement valable pour la cure type, mais également pour ses variantes, et en particulier pour la situation analytique avec l'enfant. Tous les psychothérapeutes d'enfants ici présents pourraient sans doute en témoigner : en raison de l'angoisse qu'elle entraîne, tant chez l'enfant que chez le soignant, *la régression de l'enfant* en séance prend des formes souvent difficiles à supporter, tel le chahut, la destruction du matériel, la survenue d'un contact corporel, parfois érotique, souvent agressif, avec la personne du thérapeute, ou encore, la fuite phobique hors du cabinet de consultation.

Deux possibilités se présentent alors à l'analyste :

- • soit, il demeure fasciné par le *traumatisme* en tant

qu'événement, qu'il va considérer comme le « point O » dont parle Bion et utiliser de façon tautologique comme la cause initiale et la conséquence ultime de tout ce qui se passe dans la relation analytique ; il y a, alors, de fortes chances qu'il ne s'y passe rien de signifiant ;

- • soit, il n'investit pas tant le traumatisme que la personne vivante avec laquelle il est appelé à entrer en contact, et son attention se portera alors spontanément vers les sources vives de cet autre être humain, c'est-à-dire, vers son Infantile. Du coup, l'analyste retrouvera le contact avec son propre Infantile, et les clivages passifs liés au *trauma* chez le patient seront dès lors liés par la relation analytique aux clivages normaux et aux mécanismes de défense secondarisés (refoulement) développés par le sujet dans les parties les plus saines de sa personnalité. Les énergies pulsionnelles mobilisées dans le *trauma* pourront alors être libérées et redeviendront donc utilisables pour le développement de la personne. Du même coup, le traumatisme pourra reprendre sa place en tant qu'événement du passé et la temporalité vectorisée du temps de la vie se remettra progressivement en place, avec ce qu'elle comporte d'acceptation de la finitude de la vie humaine.

4. Répétition dans le traumatisme et répétition dans la cure

Mais un autre facteur vient s'entretisser avec ce qui précède, dans le quotidien de la cure analytique. Il s'agit de la *répétition*.

Il s'est dit et écrit beaucoup de choses à partir du texte *princeps* de 1914 de Freud, à commencer par les diverses élaborations ultérieures, dans l'œuvre freudienne, de la répétition, *versus* la compulsion de répétition. En faire ici la recension sortirait de mon propos.

Je centrerai donc mon investigation sur ce qui constitue l'une des apories majeures de toute cure analytique, quel que soit l'âge du patient : comment éviter l'enlisement de la relation analytique dans la compulsion de répétition ?

Ou, si l'on veut poser la même question sous un angle positif : comment rendre l'énergie pulsionnelle, enfermée dans les scénari de répétition du patient, réutilisable pour une reprise du développement psychique ?

Trois paramètres doivent, selon moi, être pris en compte :

1. 1. La répétition fait partie intégrante du *traumatique*. Dans cette configuration, on en observera souvent - mais pas seulement - les aspects les plus *négatifs*.
2. 2. Mais la répétition fait également partie intégrante de l'*Infantile*. Dans cette configuration, on en observera souvent - mais pas seulement - les aspects les plus *positifs*.
3. 3. Ces deux paramètres sont valables et opérants, non seulement chez l'analysant, mais également chez l'analyste.

Tant que l'on a pensé que le problème se situait chez l'analysant et uniquement chez celui-ci, la répétition du matériel analytique a

entraîné, en toute bonne foi, une répétition des interprétations dont les analystes ne pouvaient que s'étonner qu'elles ne fussent pas « entendues » par l'analysant.

Mais on s'est rapidement aperçu que le problème touchait également le mode de fonctionnement psychique de l'analyste. Sur l'étude du « contretransfert », je vous renvoie notamment aux *Controverses* Anna Freud - Mélanie Klein, également à l'ensemble de la littérature britannique des années cinquante, ainsi qu'à l'œuvre de L. Grinberg.

Actuellement, les concepts psychanalytiques s'organisent de plus en plus dans la perspective de ce que j'ai appelé « les concepts de troisième type », c'est-à-dire, d'une part, des concepts bipolaires comme, par exemple, ceux de PSP - PD de Klein, ceux de « contenant - contenu » de Bion ; d'autre part, le concept de « champ analytique » des Baranger, celui d'« interprétation non-saturée » de Ferro, etc.

Cette dynamisation de nos représentations correspond mieux à l'objet qu'elles représentent, c'est-à-dire, la vie psychique, toujours en mouvement et dont les « états d'équilibre économique » ne peuvent être que cinétiques (métaphore du trajet à bicyclette).

5. Dynamique de la « tache aveugle » et de l'Infantile chez le psychanalyste

En 1994, examinant les pièges de la représentation dans

l'interprétation psychanalytique, je critiquais entre autres ce que j'ai appelé les « interprétations-bouchons ». Cherchant à analyser les circonstances affectives - et donc, transféro-contretransférentielles - dans lesquelles le psychanalyste formule ces interprétations « prêtes-à-porter », j'ai émis l'hypothèse suivante, que j'ai développée en 1996 dans le premier chapitre du « Vif de l'Infantile » : Dans le cours normal d'une cure, il s'installe un mode et un rythme de base, propre à chaque relation analytique, et dont l'analyste apprend à observer la tonalité processuelle.

Lorsqu'il se produit des ruptures dans cette rythmique originale et spécifique à la relation, celles-ci peuvent passer inaperçues si elles sont minimales ; lorsqu'elles sont plus importantes, il peut être tentant de les rapporter entièrement au seul *transfert*. Cependant, l'on peut aussi considérer celles-ci comme une *tache aveugle dans le champ analytique*, ce qui implique que la tache aveugle se trouve également *dans le contre-transfert*.

Il s'agit, en tout état de cause, d'une *rupture de communication* qui survient dans une configuration conflictuelle « bien tempérée ». Mon observation clinique m'a montré que cette rupture se traduit par *un manque à représenter*, et que ce manque est vécu, au niveau inconscient, chez l'analyste tout comme chez l'analysant, comme la *perte d'un objet interne signifiant* - bon ou mauvais, peu importe.

Dans les bons cas, ce manque à représenter va mettre en mouvement, au niveau inconscient, un *processus de figuration apparenté au rêve*, et qui en suivra les mêmes lignes de destin. Comme le rêve, il sera, le plus souvent, englouti instantanément par le refoulement. Parfois, il se présentera, chez l'un ou l'autre

des protagonistes de la cure, comme un surgissement confus d'images avec perte des limites entre soi et l'autre, l'externe et l'interne, la perception et l'hallucination. Encore plus rarement, une représentation va se proposer au travail analytique d'associativité et de décondensation, dans le double registre des mots et des choses.

J'étais partie de l'hypothèse selon laquelle cette *tache aveugle*, ce manque à représenter, concerne toujours l'Infantile. Aujourd'hui, je peux confirmer cette hypothèse, tout en la précisant de la manière suivante :

Je pense que la *tache aveugle* signe un manque à représenter le point de rencontre des deux Infantiles : celui de l'analysant et celui de l'analyste. Ce manque à représenter concerne l'état de la relation inconsciente entre une partie de la personnalité de l'analysant et une partie de ses objets internes, projetés dans l'analyste.

Cet état, qui se présente comme une répétition, dans le transfert, d'une résistance à l'analyse et au dénouement de sa conflictualité par l'activité interprétative de l'analyste, devrait être un état temporaire. Cependant, deux remarques s'imposent à ce propos :

1. 1. Nous savons depuis Freud que les voies de la *répétition* sont innombrables et tortueuses. Nous savons aussi que tout patient demande à changer, mais qu'il est, en même temps, terrifié par les implications du moindre changement.
2. 2. Nous savons aussi qu'il est dans la nature même du traumatisme de se répéter indéfiniment, sur un mode que je qualifierai de « désymbolisé », en ce que le sujet

traumatisé *répète* longtemps sa tendance à vivre le présent comme si c'était le passé, et le symbole comme si c'était la chose symbolisée. On rejoint ici la conceptualisation d'H. Segal sur l'*équation symbolique*.

La conséquence directe de ces deux états de choses pour le psychanalyste réside dans le risque de collusion entre :

- • la fascination qu'exerce l'action du *trauma* sur l'Infantile du psychanalyste et sur celui de son patient ;
- • la *répétition* liée au « setting » analytique et la *compulsion de répétition* liée au traumatisme.

J'ai donc continué à réfléchir à partir de ces propositions formulées en 1996, notamment au regard de la question cruciale de la *compulsion de répétition*, c'est-à-dire, au regard des *paramètres du négatif* dans la cure analytique et de leurs potentialités « lasérisantes » pour opérer des *changements catastrophiques* en bien ou en mal.

J'ai ainsi pu effectuer une observation importante :

S'il est vrai que l'analysant répète la même situation conflictuelle tant que l'analyste n'a pu trouver par quel biais il peut entrer pour la dénouer, il est également vrai que son contretransfert place l'analyste dans la situation dans laquelle se trouvait l'objet interne de l'analysant qui a conduit ce dernier dans l'impasse de cette situation conflictuelle. C'est-à-dire que, du fait même de son *attention flottante*, de sa *capacité de rêverie*, de son *identification projective normale* aux émotions exprimées par son analysant, l'analyste est plongé dans une *tache aveugle* dont il est, par définition, totalement inconscient. Il est donc dans l'ordre des

choses que l'analyste soit ainsi réduit à l'impuissance et, logiquement, tout analyste devrait donc déplorer ce genre de situation qui, de plus, se trame à son insu.

Pourtant, si l'analyste n'*entre pas* dans cette identification aux objets internes de son patient, *rien ne se passe dans le champ transféro-contretransférentiel*, l'analyse n'a tout simplement pas lieu. Confronté à ses diverses angoisses - d'abandon, de morcellement, de meurtre ou de suicide - l'analysant n'a qu'une ressource : ses défenses se durcissent, se transforment, prennent souvent un tour psychopathique, psychosomatique ou pervers.

Tout cela est bel et bon, me direz-vous, mais si l'analyste demeure indéfiniment *dans* la tache aveugle, l'analyse n'a pas lieu non plus, puisque la situation analytique ne constituera, dès lors, qu'une répétition à l'identique, une copie conforme du passé, et notamment du passé traumatique. Et vous aurez totalement raison.

Alors, comment sort-on d'une tache aveugle et, surtout, comment sait-on qu'on en sort ?

Pour ce qui concerne les *moyens*, le travail clinique en groupe et l'écoute assistée constituent, à mon avis, des situations extrêmement fécondes, quels que soient l'âge et le degré d'expérience des analystes concernés.

Mais l'analyste doit souvent s'en sortir seul, et les seuls repères dont il dispose alors sont les émotions, positives ou négatives qui le traversent, la joie, la douleur, l'enthousiasme, l'excitation, mais aussi l'impatience, l'irritation, le sentiment d'impuissance, l'angoisse, voire « la haine dans le contretransfert » dont parle

Winnicott.

Autant dire que ce sont des émotions intenses, souvent désagréables, pénibles, voire extrêmement douloureuses, toujours inquiétantes en ce qu'elles perturbent le *sentiment d'identité* de l'analyste. Il va sans dire que ces situations émotionnelles sont délicates, et qu'il n'est pas recommandé de les agir trop directement dans le contretransfert !

Il est donc important de comprendre que c'est précisément un mouvement de *protestation identitaire chez l'analyste* qui signe sa *sortie de la tache aveugle*. Or, le « sentiment d'identité » se fonde sur le sentiment d'appartenance à sa propre *scène primitive* - je rappelle que le terme de « scène primitive » désigne spécifiquement et uniquement le fantasme concernant la relation sexuelle parentale dont le sujet est issu. Il s'agit donc là de la *restauration d'une triangulation fondatrice* qui avait été perdue et qui se retrouve au moment où l'analyste éprouve ses propres limites émotionnelles, voire physiques, de façon très intense, même violente.

On pourra m'objecter qu'il n'y a rien de bien étonnant à cela, si l'on se souvient que l'identification projective est considérée comme l'outil par excellence de l'attention flottante du psychanalyste. J'en suis totalement d'accord. Le concept de « tache aveugle » vise simplement à cerner cette petite portion supplémentaire d'espace-temps au cours de laquelle le psychanalyste demeure « plongé », voire « enfermé » dans l'identification projective à celui des objets internes du patient qui est opérant dans le *hic et nunc* de la répétition transféro-contretransférentielle. Je rejoins ainsi certaines des propositions de L. Grinberg (op. cit.) tout en m'en distançant du fait que je ne

considère pas qu'il s'agit là d'une « maladie » du contre-transfert, mais seulement, pour pousser l'analogie à la matière médicale, d'une dose de « vaccin ».

Conclusion

« JE est un autre », écrivait Arthur Rimbaud au sujet du processus de création.

Je considère que la tache aveugle est le creuset même d'une création extrêmement modeste et éphémère, la seule à laquelle nous, psychanalystes, pouvons prétendre dans l'exercice de nos fonctions : une « trouvaille », commune aux deux protagonistes de la cure - il faut un couple pour toute création -, qui consiste en une nouvelle « édition » du fonctionnement psychique, édition mieux intégrée, plus souple, plus vivante, non seulement chez l'analysant, mais aussi chez l'analyste. La seule différence qui existe entre eux deux réside, je le rappelle, dans le fait que l'analyste a une petite « longueur d'avance » sur son analysant : celle de son propre travail analytique personnel, prolongé par la poursuite d'une auto-analyse quotidienne.

Cette petite « longueur d'avance » est l'espace-temps dans lequel l'analyste peut observer les relations qu'entretient son propre Infantile avec ses parties adultes d'une part, et d'autre part, l'intensité et le mode d'impact qu'opère, sur son Infantile, l'Infantile de son analysant.

L'analyse d'enfants nous en donne un exemple éloquent, dans sa complexité transféro-contretransférentielles, magistralement cernée par Esther Bick en 1961 déjà. Pour donner un rapide

panorama de la situation, je dirai que l'analyste de l'enfant ne représente pas seulement, d'entrée de jeu, le tiers œdipien tant de la mère que du père de l'enfant qui consulte. Il doit encore considérer, dans son contretransfert, ses propres désirs œdipiens pour chacun des deux parents de l'enfant, sa jalousie fraternelle à l'égard de celui-ci ou de celle-ci, et son fantasme de voler les bébés de la mère en s'occupant de l'enfant à soigner. Ajoutons à cela les éventuels traumatismes de l'enfant qui ont été communiqués à l'analyste *par un tiers*, et nous voyons combien d'occasions se présentent à l'analyste d'enfants, pour plonger dans des taches aveugles, mais aussi pour s'en dégager de façon fructueuse !

Psychothérapie psychodynamique : quelques principes et analyseurs

Auteur(s) : René Roussillon

Mots clés : cadre - intersubjectif - intrasubjectif - objet - objeu - psychothérapie (théorie) - psychothérapie psychodynamique - remémoration - soin (théorie) - souffrance - suggestion - transfert

Préalable méthodologique

La question de la psychothérapie devient cruciale à l'heure actuelle, elle l'est d'autant plus que si les "psychothérapeutes" et les pratiques psychothérapeutiques se développent la "théorie" générale de la psychothérapie ne suit pas la même courbe de développement. J'entends ici par théorie générale de la psychothérapie une "théorie" qui chercherait à rendre compte, ou du moins à commencer à rendre compte, des enjeux et processus qui lui sont spécifiques, quel que soit son dispositif singulier (individu, groupe, institution etc.) ou quels que soit les sujets auxquels elle s'adresse (enfant, adulte, couple, groupe, ou suivant un autre type de classification, autiste, psychotique, border-line, délinquant, névrotique etc..) ou encore quelle que soit la référence théorique propre de celui qui l'exerce. Quand je dis que la théorie ne suit pas je ne veux pas dire qu'il n'y a pas de théories mais au contraire qu'il y en a trop et surtout qu'elles sont trop partielles trop "régionales" et qu'elles ne peuvent être référentielles pour une réflexion sur la psychothérapie en général. Le simple énoncé de la question fait frémir, elle embrasse un tel champ qu'elle semble décourager d'emblée la tentative, la babélisation des pratiques et des références semble telle qu'aucune théorie, de quelque obédience qu'elle soit, ne semble en mesure de commencer à être en mesure de fournir quelque repère pour faire avancer la question. Celle-ci est cependant urgente et indispensable pour penser la formation des psychologues cliniciens aux pratiques et traitements de psychothérapie, et il est nécessaire de mettre en débat un certain nombre de propositions générales qui visent à délimiter le champ et à accroître son identification voire son identité.

Une première remarque destinée à baliser le champ problématique sera de repérer la place de fait quand même prépondérante de la pensée psychanalytique et de ses dérivés dans l'ensemble des pratiques concrètes de la psychothérapie en France actuellement. Soit que la référence à la psychanalyse comme théorie du fonctionnement psychique soit organisatrice de la manière dont les psychothérapeutes pensent leur action, soit que la référence à la pratique psychanalytique ne serve d'horizon élaboratif ou idéal implicite aux dispositifs de soins mis en place, qu'ils s'en inspirent peu ou prou, soit enfin que les deux ne se combinent dans les "bricolages" singuliers que les praticiens mettent en œuvre. Cette référence à la psychanalyse ne doit cependant pas faire confondre tout ce qui s'organise au nom de la référence psychanalytique avec la psychanalyse elle-même, pas plus qu'elle ne doit aboutir à répudier d'emblée de la réflexion l'ensemble des pratiques et théories qui ne se réfèrent pas formellement à la psychanalyse. Certaines d'entre elles sont pensables à l'aide de la psychanalyse qui peut proposer une théorie de leur efficacité sans pour autant chercher à les récupérer sous sa bannière. Cependant on peut aussi considérer que la place prépondérante de la référence à la psychanalyse comme théorie générale du fonctionnement psychique provient de ce qu'elle seule tente de rendre compte de l'intégralité du fonctionnement psychique aussi bien normal que pathologique, qu'elle est la théorie la plus complète et surtout la plus avancée dont nous disposons à l'heure actuelle, et qu'elle peut même servir à penser des pratiques et des théories non psychanalytiques, qu'elle ouvre sur une méthode d'observation et sur une clinique générale des théories de la souffrance psychique et des pratiques du soin à lui apporter.

C'est à condition d'avoir placé la question de la réflexion permanente sur ses conditions de possibilités, sur ses fondements, de s'être organisée dans et par cette réflexion et cette *aufhebung* d'elle-même que la psychanalyse a gagné la possibilité d'adopter un point de vue pertinent sur les pratiques des psychothérapies psychodynamiques en général. C'est parce qu'elle a laissé en permanence ouverte sa réflexion épistémologique et clinique sur ses propres dispositifs et ses propres processus, qu'elle se présente comme la plus disposée à servir de référentiel pour proposer des repères identitaires pour les psychothérapies centrées sur la mise en œuvre de processus psychodynamiques. C'est encore à condition que la réflexion sur ses processus auto-méta se poursuive et continue de se creuser qu'elle pourra continuer de conserver cette place référentielle, c'est à dire aussi en acceptant de continuer de se laisser interroger par des faits cliniques soulignés dans d'autres approches que la sienne (pédiatrie, expérimentation, psychothérapies de groupe, observation directe des interactions précoces, neurosciences etc...) et de tenter d'en rendre compte à l'aide de son corpus théorique ou d'accepter d'ajuster ce qui de celui-ci semblerait alors inadéquat ou trop partiel, qu'elle pourra rester à cette place référentielle et organisatrice de la psychothérapie psychodynamique et de la psychologie clinique.

S'il y a donc à chercher sur quel corpus théorique s'appuyer pour tenter cette approche générale de la psychothérapie psychodynamique, il me semble que c'est sur la psychanalyse entendue au sens où je l'ai compris plus haut qu'il faut quand même se diriger. S'il apparaît à l'usage qu'un autre corpus se montre plus conséquent et que la psychanalyse n'a qu'une vue plus "régionale" de la vie psychique qu'une autre nouvelle théorie,

cette position devra être sans doute réinterrogée, mais ce n'est pas le cas dans la situation actuelle.

Cependant un travail doit être effectué sur et à partir de la psychanalyse elle-même pour que celle-ci remplisse son office. À partir de ce que la pratique et la théorie de celle-ci ont pu montrer, il faut encore extraire les principes généraux qui s'appliquent à l'ensemble du champ de la thérapie psychodynamique et ceux qui ne sont que relatifs à certains modes de dispositif ou à certains types spécifiques de processus de soin, c'est cela le travail auto-méta. Ce travail d'extraction doit être effectué dans la dialectique même de la démarche, c'est à dire que c'est dans la rencontre de la psychanalyse avec d'autres dispositifs de soins que se précise ce qui est propre à chaque dispositif et ce qui est général et généralisable. Ainsi par exemple, mais il est central, le concept de transfert n'est pas propre à la situation psychanalytique originaire, il définit une aptitude générale de la psyché à répéter ce qui a et n'a pas eu lieu d'essentiel pour la subjectivité et la vie psychique d'un sujet, mais par contre la manière dont il va être « utilisé » dans l'espace psychothérapeutique va être un déterminant spécifique de celui-ci. Il faudra alors théoriser les modes d'utilisation du transfert, théoriser son « maniement » spécifique à chaque dispositif ou à chaque type de pratique, mais aussi théoriser ses modes privilégiés d'expression et de manifestation dans chaque dispositif spécifique. Nul doute que la psychanalyse à se transférer ainsi dans d'autres dispositifs que celui de son origine s'en trouve quelque peu transformée en retour, épurée par sa confrontation aux autres modes de fonctionnement de la psyché en situation clinique. D'ores et déjà la psychanalyse a fait la preuve de son heuristique à se transférer dans le monde de l'enfance ou dans

celui de la psychose, à se transformer pour s'adapter au couple, au groupe, à l'institution en s'enrichissant dans ces différentes transpositions sans pour autant céder sur l'essentiel de ses hypothèses constitutives. Ce préambule terminé il nous faut essayer de commencer à baliser quelques repères et quelques jalons pour cette théorie de la psychothérapie psychodynamique.

Théories de la souffrance et théories du soin

Une première direction de travail peut être fournie par la réflexion et l'interrogation sur les "théories" de la souffrance sous-jacentes aux dispositifs et aux pratiques thérapeutiques. Celles-ci sont d'ailleurs largement solidaires des "théories" du soin qui organisent les pratiques thérapeutiques. Issues comme nous le verrons et dérivées des théories sexuelles infantiles. Les théories de la souffrance, de ses origines de ses causes et finalités, impliquent en effet complémentirement des "théories" du soin ou du type de "soulagement" à apporter à la souffrance, du type de "solutions" à mettre en œuvre pour pallier aux causes et effets supposés de celle-ci. J'ai pu montrer ailleurs [1]. Comment la création de la psychanalyse, à partir de l'hypnose des origines, résultait d'une mutation des théories sexuelles infantiles implicites dans la méthode et le dispositif de la cure [2] Le changement dans les théories de la souffrance et du soin entraîne une inflexion des pratiques, cela va de soi, mais ce qui est déterminant dans ces théories ce sont les "théories sexuelles infantiles" qui leur sont sous-jacentes et implicites.

Les "théories sexuelles infantiles" ne sont en effet pas que des

théories de l'origine de la différence des sexes ou de la différence de générations, elles sont aussi plus largement des "théories" psychologiques nécessaires à l'enfant pour le travail de mise en sens de tout ce à quoi il est confronté, douleur, plaisir, fonctionnement du moi, soin, bien, mal etc. Il y a ainsi aussi des théories sexuelles infantiles de la douleur, du plaisir [3], des théories "métapsychologiques infantiles" du fonctionnement psychique, ou du "moi". Les "théories" sexuelles infantiles et leurs dérivées concernant l'ensemble du fonctionnement psychologique, ce sont les organisateurs des modalités de symbolisation infantile, les organisateurs du travail de mise en sens dans l'enfance de l'expérience subjective vécue. En ce sens leurs configurations sont essentielles pour approcher et traiter ce qui est issu de ce travail de l'enfance et de l'infantile et qui, refoulé ou clivé, infiltre le présent de la souffrance du sujet en demande de soin.

Les patients ont eux aussi leurs « théories » de ce qui souffre en eux, de ce qui demande secours et aide, de ce qui infiltre les difficultés pour lesquelles ils consultent. La demande de psychothérapie, le choix du praticien et du type de pratique à laquelle s'adresser dépendent souvent en grande partie, quand l'information est disponible, de ce qui est appréhendable des théories sous-jacentes à l'offre de soin. Ceux qui ne différencient que très mal psyché et soma s'adresseront ainsi sans doute de préférence aux médecins ou à ceux qui font directement dériver leurs soins de pratiques "corporelles" ou "somatiques". D'autres, à l'inverse, qui confèrent une certaine toute puissance au destin et la psyché, chercheront dans les pratiques « magiques » (voyance, spiritisme, magnétisme, sectes, etc.) ou dérivées (hypnose et ses variantes modernes, sophrologie, bio-énergie, méditation transcendantale etc.) une issue à leur mal actuel.

Historiquement différentes polarités principales se sont disputées la référence implicite des pratiques de soin dominantes, elles s'articulent et se combinent dans les théories du soin et les pratiques.

Une première théorie, dans une lignée orale, est fondée sur l'intériorisation. Pour lutter contre l'état de détresse impuissante face à des agents extérieurs il faut et il suffit de « mettre au-dedans » la source du mal, de l'immobiliser et de le maîtriser ainsi. Le sujet se fait l'agent de ce à quoi il est assujéti, il incorpore le mal pour se soigner du mal de la passivité et de l'impuissance, il « devient » le mal auquel il ne peut se soustraire. C'est sans doute, en-deçà de toute théorisation représentée véritable, le premier et le plus fondamental moyen de tenter de se traiter. S Fraiberg, quand elle étudie les premiers moyens mis en œuvre par les bébés, à la limite du psychisme, souligne l'importance de ce processus de traitement par le retournement contre soi. Le masochisme et l'identification à l'agresseur sont sans doute des formes sophistiquées de cette première modalité d'auto-cure.

La suivante, inverse de la première et qui souvent lui est couplée, est fondée sur l'idée d'un mal qui se présente comme un trop plein interne qu'il faut, d'une manière ou d'une autre parvenir à évacuer, à enlever, à "soulager". Les théories sexuelles infantiles anales donnent souvent forme organisatrice à cette *via di levare*. Il y a différentes "théories" du soulagement depuis la théorie "cathartique", celle de l'évacuation du mal au-dehors, en passant par toutes les variantes de cette évacuation -détournement, refoulement, retournement- ou toutes les formes qu'elle peut prendre -catharsis émotionnelle, corporelle, verbale,

comportementale, interactive, intersubjective. Évacuation hors de la psyché, évacuation hors du soi, évacuation hors de la subjectivité, maîtrise consécutive de ce qui est évacué, dans l'inconscient, dans le corps, dans l'autre, alternent alors ou se combinent dans des formes qui placent au centre du champ ce que les Kleinniens théorisent sous l'appellation d'identification projective. La difficulté, on le sait est que ce qui a été ainsi évacué tend à faire retour et que l'opération doit être, là encore suivant le modèle typique de l'analité et du rythme anal, renouvelée régulièrement. La seconde est dérivée des théories sexuelles infantiles sur l'axe oral-phallique. On souffre par et dans le manque, par et dans l'incomplétude. Cet "en moins" s'intrique à la blessure du sexe et du sexuel, de la "sexion" de la différence, et on cherche à se guérir alors par l'amour ou l'une de ses formes dérivées, on cherche à se guérir par le sexuel ou la tendresse, on cherche à se guérir par comblement des manques ou des différences, *via de pore*. On reconnaît là, par exemple, la "théorie" de la castration et son rôle organisateur ou réorganisateur pour la psyché infantile, et d'une manière générale la fantasmatique et les contenus dérivés des fantasmes originaires, mais aussi en direct ou régressivement les théories "orales" du soin par comblement.

Une troisième théorie infantile du soin, une troisième composante des théories infantiles du soin que la fantasmatique originaire et de nombreux mythes (M. Éliade [4]) mettent en scène, concerne le retour aux origines. On se soigne dans/par le retour aux origines, par une forme ou une autre de régression. Retrouver l'origine, se réoriginer, recommencer une nouvelle fois, autrement, retourner le cours des choses et au passage traiter culpabilité et causalité toujours connectées à la question des origines [5].

Une quatrième “théorie infantile” du soin, présente derrière la *talking cure* ou chimney swiping, ou encore dans les cures chammaniques décrites par C Levi-Strauss [6] confère à la mise en récit mimétique [7] la valeur d’une “efficacité symbolique”. Il s’agira donc de dire, de narrer le parcours, de le figurer et ainsi le re-parcourir autrement dans le dire, dans la mimésis d’un récit.

Dans ces deux dernières formes l’accent est mis sur la “transformation” de l’histoire vécue par la reprise actuelle et la symbolisation au sein de l’espace thérapeutique.

On pourrait sans doute prolonger ce relevé qui n’a rien d’exhaustif et n’est là que pour faire sentir combien chacune des “théories infantiles” ou “primitive” du soin évoquées a apporté sa contribution à la structuration des techniques de la psychothérapie. Nous évoquerons plus loin « l’activité libre spontanée » des nourrissons (E. Pikler) et ses liens avec le jeu et l’association libre.

Pour l’instant ce qu’il est important de souligner c’est que la psychothérapie moderne, et principalement à partir de la psychanalyse, est fondée sur l’*aufhebung* des théories sexuelles infantiles du soin, sur une déconstruction et une reprise élaborative de ce que celles-ci contenaient de “vérité historique” de la subjectivité, de la psyché et de son fonctionnement.

Il est d’ailleurs notable à cet égard, mais la remarque en est rare dans la littérature, que les deux premières cures historiques de “psycho-analyse”, celle d’Anna O. par J Breuer et celle d’Emmy Von N par Freud, sont des cures de la situation de soin elle-même, l’exploration thérapeutique portant sur l’effet du soin lui-même. Anna O. tombe malade en soignant son père, Emmy en soignant

son mari -qui pourrait être son père tant l'écart d'âge entre eux est important- Breuer et Freud les soignent de la manière dont elles ont et se sont soignées, c'est à dire aussi de leur « théorie » du soin. C'est cette position d'emblée « méta » qui est organisatrice des théories élaborées du soin comme nous le soulignerons plus loin. On se soigne des théories sexuelles infantiles du soin, on s'en soigne en les dépassant dialectiquement.

Nous disions donc que la psychothérapie moderne et systématisée dans les pratiques s'est fondée sur *l'aufhebung* des théories sexuelles infantiles ; elle a historiquement effectué ce travail de déconstruction en réintroduisant la temporalité absente du sexuel infantile narcissique et hors temps, en réintroduisant dans le sexuel infantile la catégorie "secondaire" du temps chronologique. En ce sens l'énoncé inaugural et fondateur fut celui proposé dès 1893 par Freud à propos de l'hystérie. « L'hystérique souffre de réminiscence ». En désignant comme "réminiscences" ce qui est à l'origine de la souffrance psychopathologique, l'énoncé fonde de fait une différenciation passé/présent et une articulation-confusion entre les deux. En introduisant la temporalité la théorie du soin a défini l'atemporalité ou la confusion temporelle comme la caractéristique centrale de la souffrance psychique traitable, elle reprend ainsi la "théorie" du retour à l'origine, celle de la régression, dans un autre sens que celui du Mythe primitif. Et ce qui vaut en 1893 pour l'hystérique va être ensuite généralisé à l'ensemble du champ. On pourrait en effet montrer que ce qui est avancé à propos de la seule hystérie en 1893 sera petit à petit généralisé par Freud à l'ensemble de la souffrance "psychopathologique" jusqu'en 1938 où Freud étend à la psychose elle-même sa formulation première. On souffre toujours de

réminiscence, de différents types de réminiscences selon que notre souffrance est névrotique, narcissique ou psychotique, mais toujours de réminiscence, de réminiscence de l'infantile ou du préhistorique en nous. On souffre du transfert du passé dans le présent, on souffre du trop-plein ou du trop de manque du passé, on souffre de l'inapproprié du passé, de l'inappropriable du passé.

Une première "théorie" du soin s'en est historiquement naturellement déduite, *"on guérit en se souvenant"*. *Et en se souvenant on met en récit mimétique l'origine, on symbolise ce qui en a été absent.*

L'apparente simplicité de la formule cachait cependant une complexité que la pratique et l'histoire de celle-ci ont progressivement mise en lumière. Qu'est-ce que se "souvenir", que signifie guérir en se souvenant, ou encore que signifie la remémoration visée par le processus thérapeutique, quel est l'enjeu de ce travail de mémoire, quelles transformations se produisent-elles alors ? La complexité de ces questions a souvent abusé les commentateurs et est à la source de nombreux malentendus. Se remémorer, se "souvenir" ce n'est pas simplement évoquer le passé comme passé, ce n'est pas simplement découvrir que ce que l'on croyait actuel et présent cachait en fait un moment de l'histoire passée, présent et encore actif en soi [8]. C'est cela mais pas que cela. Se remémorer, c'est remettre en mémoire c'est-à-dire aussi réactualiser, rejouer là maintenant ce qui a pris naissance ailleurs et autrefois, c'est le répéter pour le rejouer, le jouer autrement et avec quelqu'un d'autre, c'est réorganiser « le tableau des années oubliées ». D'abord en en percevant, en en découvrant maintenant les enjeux narcissiques et pulsionnels cachés ou clivés, ensuite en en

percevant ou en en découvrant les effets sur soi, son actualité, son présent et le présent de son désir. Se remémorer c'est permettre à ce qui de l'histoire n'a pas pu déployer ses attendus, ses implicites, ses potentiels, de trouver matière à s'accomplir, de trouver son lieu psychique d'inscription et d'introjection.

Car quand on souffre de réminiscence on ne souffre pas de ce qui a pu avoir lieu en un autre temps et avec d'autres, on souffre plutôt de ce qui n'a pas pu avoir lieu en ce temps-là, de ce qui des potentialités contenues dans l'événement ou l'accident de vie n'a jamais pu s'accomplir et s'intégrer dans la subjectivité. Et quand le travail de remémoration s'effectue il permet d'avoir lieu, d'actualiser dans le récit ce qui était en souffrance d'appropriation subjective, quand on se remémore on reconstruit et déploie ce qui n'a pu avoir lieu, on rejoue mimétiquement l'absent de soi. On souffre du non-symbolisé de l'histoire, on souffre de l'insensé de soi et de son histoire, de ce qui n'a pu être subjectivement approprié, de ce qui s'est ou a été absenté de soi. *On souffre du non-approprié de l'histoire*, dans toute la polysémie du terme, *on guérit en se remémorant, en se remémorant on rejoue, en jouant on symbolise*. Tel pourrait être le processus de fondement actuel de la théorie du soin, des théories du soin sous-jacentes aux psychothérapies, transformer par le jeu et la symbolisation l'expérience subjective vécue, la transformer pour pouvoir l'oublier tout en la conservant, la transformer pour pouvoir se l'approprier et l'intégrer dans la trame vivante de son présent. Ceci ne veut bien évidemment pas dire que l'actualité du sujet n'a pas à être entendue et prise en compte, qu'elle doive être négligée au nom de la seule histoire ou préhistoire infantile du sujet, que l'on doive négliger ce qui des besoins actuels du moi du sujet est en souffrance de repérage et d'intégration. C'est au

contraire à partir de ce qui se répète dans son actualité que pourra être cerné ce qui de son histoire vécue est resté inapproprié et continue de l'être au détriment du présent de sa vie, qui continue de se transférer "sur la situation actuelle" et de lui imprimer son empreinte inadéquate.

Je souligne de nouveau qu'ainsi la psychothérapie retrouve les « théories » et mythes ancestraux du soin, et pas seulement les "théories" infantiles de celui-ci. Ce n'est bien sûr pas un hasard mais plutôt l'indice que la psychothérapie a su formuler autrement ce que les traditions du soin avaient depuis longtemps mis en pratique de fait. C'est cela « déconstruire », c'est formuler les principes et lois sous-jacents aux principes spontanés d'exercice, c'est extraire des formes conjoncturelles et historiques que les pratiques ont pu prendre les formulations génériques qui permettent de dégager une véritable théorie de la pratique.

Aussi bien j'avance qu'en connaissance ou en méconnaissance de cause la pratique psychothérapeutique est fondée sur une des formes de la théorie générale selon laquelle on souffre de réminiscence et l'on se soigne en symbolisant le non-approprié de l'histoire subjective vécue. En connaissance ou en méconnaissance de cause car si pour la psychanalyse la méconnaissance de cause pose un problème de fond, il n'en va pas nécessairement de même pour la psychothérapie en générale. On peut même avancer qu'une méconnaissance de ce qui se joue est bien souvent indispensable au processus thérapeutique, là encore à l'inverse de ce qui pourrait caractériser la psychanalyse comme telle.

Et de manière corrélative j'avancerais aussi qu'on se soigne en tentant de répéter ce qui a eu lieu au nom de ce qui n'a pas pu

avoir lieu afin de pouvoir enfin accomplir et mettre au présent les potentialités non-advenues dans l'expérience subjective antérieure. On tente de répéter pour enfin accomplir, mettre au présent et intégrer... et enfin ainsi pouvoir oublier et libérer le présent de sa vie. Avec cette référence à la répétition s'introduit l'inévitable question du transfert, et avec elle celle des conditions de sa métabolisation. Car s'il s'agit de se remémorer, s'il s'agit de réactualiser autrement ce qui s'est et ne s'est pas déjà joué, c'est qu'il s'agit de pouvoir transférer sur le présent de la relation le fragment de passé réminiscent « en souffrance » pour le jouer et le rejouer autrement, pour tenter de le symboliser autrement. Le transfert nous amène à la question des objets sur lesquels ce transfert se déploie, c'est à dire les *objeux* avec lequel va pouvoir se symboliser la situation réminiscente, ce sera notre second repère.

Le cadre, l'objet et l'objeu

À partir de notre développement précédent nous sommes en mesure de commencer à cerner ce que doivent être les réquisits des dispositifs psychothérapeutiques. Ce sont des dispositifs qui doivent être conçus pour attirer, canaliser, condenser le transfert du passé réminiscent, qui révèlent le transfert pour le rendre utilisable pour la symbolisation et l'appropriation subjective. Le dispositif doit d'abord être un *attracteur* du passé réminiscent, il doit être construit de telle manière qu'il appelle la manifestation de celui-ci. Le transfert n'est pas l'apanage de la psychanalyse ni même de la psychothérapie, il se manifeste dans la vie institutionnelle ou relationnelle de tous les jours. Ce qui serait l'apanage de la psychothérapie concernerait plutôt l'aptitude d'un

dispositif à attirer à condenser et à utiliser le transfert pour la symbolisation c'est à dire la transformation du passé réminiscent, son déploiement et sa représentation. Toutes les psychothérapies, qu'elles soient d'orientation psychanalytique ou pas, visent d'une manière ou d'une autre un travail de symbolisation, un certain travail de symbolisation, toutes s'évaluent à l'aune de la symbolisation, qu'elle le veuille ou non, qu'elles le sachent ou non. De ce point de vue, ce qui caractérise la psychanalyse c'est plutôt, la symbolisation de la symbolisation elle-même, c'est plutôt d'utiliser l'analyse du transfert pour symboliser et pas seulement l'utilisation du transfert pour la symbolisation, c'est peut-être aussi un certain type de symbolisation, celle qui promeut l'appropriation subjective.

Ces nuances sont importantes quand on veut essayer de penser la complexité du champ et la spécificité de chacun de ses composants, elles sont inévitables dans le concert, voire la cacophonie, actuelle du champ psychothérapeutique. Le dispositif thérapeutique est aussi un *révélateur* du transfert, il doit permettre que celui-ci, d'une manière ou d'une autre, puisse se cerner et se déployer tout à la fois, se cerner dans l'espace psychothérapeutique proposé et se déployer au sein de cet espace. Là encore, psychanalytique ou pas, la valeur du dispositif se mesure à sa capacité à opérer cette "révélation" du transfert, ce qui ne veut pas dire qu'il doit être nécessairement révélé comme transfert, qu'une conscience claire de celui-ci soit nécessaire. Le problème de l'analyse du transfert est spécifique à la psychanalyse pas à la psychothérapie, par contre la révélation du transfert, c'est à dire sa manifestation organisée, est « typique » de l'espace thérapeutique. Tel le *révélateur* photographique, le dispositif doit permettre que les contours du transfert se

délimitent et s'organisent en une forme représentable, qu'il soit analysable ou non, que l'on vise à son interprétation ou à sa simple utilisation, voire à l'organisation de son contre-investissement comme s'est souvent le cas dans certaines formes de psychothérapies.

Très souvent on attribue à la seule psychanalyse ce qui est en fait une caractéristique générale de l'espace psychothérapeutique, faute de préciser suffisamment les choses. Ainsi concernant le transfert la psychanalyse ne se contente pas de l'accueillir et de l'utiliser, elle l'organise en une forme particulière la "névrose de transfert" -ou si l'on veut maintenir une terminologie plus générique, elle organise une "configuration transférentielle" spécifique. C'est pourquoi les dispositifs thérapeutiques proposent-ils tous un objet pour le transfert et la symbolisation, proposent-ils tous une arène pour le jeu de la symbolisation qu'ils ont vocation de faciliter [9]. Cet objet pour le transfert et sa symbolisation je propose de l'appeler d'un nom utilisé par le poète F Ponge et déjà utilisé par P Fédida dans un sens différent, *l'objeu*. *L'objeu* c'est l'objet utilisable pour le jeu ; celui avec lequel la symbolisation et le jeu nécessaire au travail de symbolisation vont pouvoir avoir lieu, c'est aussi le jeu pris comme objet. On soulignera fortement ici que *l'objeu* peut être le thérapeute lui-même ou certains aspects de la relation au thérapeute, si c'est le transfert lui-même qui est l'arène du jeu, mais aussi bien le langage dans les cures centrées sur la parole, le dessin, les jouets, les marionnettes, la pâte à modeler, la scène psychodramatique, l'espace de jeu lui-même, les exercices relationnels proposés par certaines formes de thérapies humanistes etc. à l'avenant de la composition du cadre et de la structure du dispositif utilisé. Les *objeux*, pour remplir leur

fonction, doivent présenter certaines caractéristiques que j'ai tenté de cerner autour de la notion de *médium malléable* [10]. Ce sont des objets *pour* la symbolisation, les objets proposés par le dispositif pour que s'accomplisse le travail de transformation-représentation et de mise en sens, des objets qui symbolisent la symbolisation souhaitée et possible dans un dispositif donné, ceux qui sont mis à disposition pour que s'opère le transfert du passé réminiscent et qu'il se métabolise.

Une question majeure des dispositifs psychothérapeutiques concerne le choix des *objeux* proposés, cette question pourrait permettre de caractériser les différents types de psychothérapie à partir du type d'*objeu* qu'ils proposent. Le problème des indications gagnerait lui aussi à être posé à partir de l'adéquation de l'*objeu* proposé et du type de transfert sur la symbolisation que le patient peut développer. On ne symbolise en effet pas tous de la même manière ni de la même manière à tous les âges de la vie : les besoins du moi [11] varient en fonction du type d'expérience à symboliser et des spécificités du rapport que le sujet entretient avec l'"objet" symbolisation, avec l'activité de symbolisation elle-même.

Cependant pour être des *objeux* utilisables, les objets doivent posséder un certain nombre de caractéristique qu'il est possible de lister de manière assez précise. Je ne souhaite pas reprendre ici ce que j'ai développé ailleurs [12] concernant l'ensemble de ces propriétés (disponibilité, sensibilité, animisme, fidélité, transformabilité, indétermination etc.) mais il me paraît utile d'ajouter aujourd'hui que l'ensemble des propriétés qui définissent la fonction ou l'espace symbolisant, celles qui définissent la symbolisation de la symbolisation elle-même,

doivent être toutes présentes au sein de l'ensemble formé par le typique dispositif, *objet*, thérapeute. Ce triptyque forme la matrice de l'espace symbolisant, ce qui n'est pas présent dans l'un des éléments qui le configure doit l'être dans l'un des deux autres de ses composants. Autrement dit l'aspect de la « malléabilité » qui n'est pas incarné par le thérapeute doit être présent néanmoins dans le dispositif ou *l'objet*. Si par exemple on ne peut pas "tout faire" avec le thérapeute il est nécessaire qu'il y ait un *objet* ou un élément du dispositif (pâte à modeler, langage etc.) avec lequel on puisse faire ce qui ne peut s'accomplir avec lui et réciproquement. Une autre des caractéristiques de la fonction symbolisante de l'espace thérapeutique, condition *sine qua non* de celui-ci, est la possibilité offerte de développer une forme de *play*, c'est à dire une forme de jeu *libre*, sans règles préétablies, préalables.

C'est le paradoxe de la règle fondamentale de l'espace thérapeutique, il doit comporter un "objet" qui peut s'utiliser sans règle, c'est à dire librement, ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas encadré, c'est à cette condition qu'il est utilisable pour le transfert et la symbolisation de l'expérience réminiscente. Le *play* et son développement représentent une condition indispensable pour que le travail de déploiement du transfert puisse s'effectuer et se représenter. Que celui-ci se déroule avec un objet médiateur, avec le médium proposé par le dispositif, ou au sein de la relation avec le thérapeute, la « règle » du jeu impose que les seules interventions véritablement « psychothérapeutiques », emblématiquement telles, sont celles qui, de la part du psychothérapeute, visent à autoriser ou à promouvoir une plus large utilisation du *play* et des capacités de jeu que propose la situation.

À ce compte le déroulement du play pourra découvrir, dans le fil de son parcours, ses propres règles implicites de construction et s'approcher ainsi de ce qui se joue à travers lui.

De toute façon quel que soit le médium ou *l'objet* proposé par le dispositif il est toujours doublé par le médium langagier et ceci même avec les plus petits, ou même avec les formes les plus déficitaires de psychopathologie. *Il y a toujours plus d'un médium* : On symbolise "en chose" ou en "acte", en représentation de chose - ou représentation-chose -, on symbolise en mot, en représentation de mot, par et à travers l'appareil de langage.

Deux remarques ici s'imposent.

La première activité « thérapeutique » spontanée observable est celle que la pédiatre E. Pikler a pu décrire dans les pouponnières de Löczi et qu'elle nomme activité libre spontanée, c'est le prototype des psychothérapies psychodynamiques. Agés de quelques semaines, des nourrissons, dont les besoins physiologiques principaux sont satisfaits, se livrent spontanément, en présence d'un adulte sécurisant mais non intervenant, à une première activité de symbolisation diurne ; l'activité libre spontanée. Les nourrissons s'emparent de petits objets - à une époque où les observations de laboratoire ne les en pensaient pas capable (cf. T G R Bower) et reproduisent mimétiquement les processus de nourrissages, de soin et des premiers types de communication, spontanément et librement. L'activité s'arrête, reprend, s'arrête de nouveau, les objets sont délaissés puis repris de nouveau etc., sans intervention de l'adulte *émerveillé* qui observe la scène, toute intervention fait cesser cette première forme de jeu symbolisant et associatif.

L'observation d'E. Pikler, c'est ce qui en fait tout l'intérêt dans une réflexion sur la psychothérapie, fait en outre apparaître qu'un temps laissé journallement disponible pour une telle activité libre spontanée, rend les nourrissons "résilient", selon le terme maintenant reconnu, à des conditions d'environnement carencées comme le sont ceux qui provoquent habituellement dépression anaclitique, marasme ou hospitalisme (Spitz). En introduisant un temps systématique d'activité libre spontanée dans l'organisation de la pouponnière E. Pikler permet ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, une régression significative de la symptomatologie dépressive des nourrissons placés. J'ai pu souligner (R Roussillon 2000) en outre qu'une condition préalable au développement de cette activité libre spontanée était l'existence d'un état interne d'indétermination ("formlessness" de Winnicott, "negative capability" de Keets et Bion) qui seul donnait toute sa valeur d'appropriation subjective à l'activité. Pour que l'activité de symbolisation prenne toute sa valeur appropriative, il faut qu'elle soit « libre » c'est à dire qu'elle repose sur le droit vécu, et accrédité par l'objet, de ne pas choisir, elle suppose un vécu d'indétermination.

L'activité libre spontanée est sans doute la première forme du play Winnicottien qui caractérise l'activité transitionnelle du jeu libre de l'enfant, elle se poursuit ensuite dans le récit mimétique, puis par l'association libre de l'adulte, enfin par la pensée libre et la réflexion. Ceci étant, c'est notre seconde remarque, souligner la nécessité d'un espace ou d'un temps d'indétermination dans les psychothérapies psychodynamiques, souligner le caractère essentiel de la rencontre avec un objet informe en quête, en attente de configuration, ne signifie pas qu'il ne soit pas encadré, spécifiquement encadré. À l'inverse même l'accession à une

“negative capability”, ou à une relation d’inconnue (Rosolato) suppose au contraire que celle-ci ne soit pas perçue comme un chaos désorganisateur et néantisant, mais au contraire comme une énigme, source de potentiel et de découverte de soi. Un environnement symbolique et suffisamment sécurisant est requis. C’est là toute la fonction psychothérapeutique du maintien du cadre, le rôle du psychothérapeute comme gardien du dispositif-symbolisant, et de ses capacités d’empathie pour l’accompagnement affectif du processus.

Ceci étant dit et qui caractérise l’espace psychothérapeutique en général, psychanalytique ou non, nous pouvons maintenant avancer pour cerner mieux les caractéristiques de ce qui spécifie au sein des psychothérapies psychodynamiques, la position d’orientation psychanalytique, spécifiquement psychanalytique et ceci que l’on ait en tête les conditions de la “cure type” ou celles de “simples” psychothérapies d’orientation psychanalytique.

Dans la psychanalyse ou l’orientation psychanalytique une partie essentielle du transfert va se jouer dans et par la relation au thérapeute, la relation elle-même, et l’attention va se porter spécifiquement sur cette composante du transfert de l’expérience réminiscente, qui va être proposée comme l’une des arènes principales de l’espace de jeu. Il faut en effet différencier le transfert sur le thérapeute, le transfert lui-même, qui est toujours présent, et l’utilisation de l’analyse du transfert comme terrain du jeu symbolisant. Cela signifie par exemple que même si le patient utilise une médiation dans l’espace thérapeutique, dessin, modelage, jeu, groupe, situation externe évoquée etc., le thérapeute « psychanalytique » écoutera toujours aussi à travers le *message* ainsi mis en forme ou en représentation ce qui

s'adresse à lui et ce qui ainsi tente de se jouer ou de se rejouer ainsi spécifiquement avec lui. Le transfert dans et par le médium n'est plus le point d'aboutissement du travail de symbolisation, il n'est que le médium d'un autre *message* adressé au thérapeute, autre message qui ouvre une autre aire de jeu spécifique.

Partant, dans le travail psychanalytique ce qui deviendra essentiel ce sera le type de play qui va pouvoir se dérouler autour du transfert sur le thérapeute et la situation thérapeutique, c'est *l'analyse du transfert* qui sera l'arène spécifique du jeu processuel proposé par le dispositif et le travail interprétatif qui lui permet de se maintenir, qui sera l'objet du travail de symbolisation. Les situations "psychanalytiques" n'offrent pas seulement un espace de jeu pour la symbolisation, *elles offrent et se fondent sur l'analyse de la symbolisation et de son adresse qui pourra s'y dérouler ou y prendre place*, c'est à dire sur une symbolisation qui porte sur l'activité de symbolisation adressée elle-même, elles portent la symbolisation à un niveau "méta". C'est dans ce niveau spécifique qu'il me semble nécessaire de définir la caractéristique essentielle des espaces et dispositifs "analysants". Non seulement ils offrent un champ pour symboliser, comme toutes les psychothérapies, mais ils offrent en outre ou spécifiquement, un médium pour symboliser l'activité symbolique elle-même, la porter à un niveau "méta". Ainsi les conditions /préconditions de l'activité symbolisante seront-elles au centre de l'analyse du transfert, la psychanalyse ne se contente pas d'utiliser le transfert pour la symbolisation, elle fait cela aussi comme les autres psychothérapies, mais elle propose en plus de déconstruire le transfert pour analyser sa fonction dans la symbolisation.

Grâce à l'analyse du transfert le processus analytique vise ainsi à symboliser et à auto-symboliser la situation analysante elle-même, transitionnellement, elle vise à déconstruire le champ du transfert lui-même, à le déconstruire ou plutôt à en réaliser *l'aufhebung*, la reprise élaborative. Elle visera à déployer celle-ci dans les trois caractéristiques qui définissent ce qu'est "analyser" c'est à dire montrer, premièrement comment le transfert est trace d'histoire réminiscente, comment ensuite il opère au sein de la gestion des mouvements pulsionnels actuels, adolescents et infantile, comment cette gestion organise les relations pulsion/objet en fonction des caractéristiques de la pulsion et celles de l'objet, comment enfin il prend place dans le rapport auto-représentatif du sujet à lui-même, comment donc il lui permet de se sentir, se voir ou s'entendre ou entendre, sentir, voir de lui ce qui, à avoir été mal ou pas reflété par ses objets ou les conditions de son propre narcissisme, resté en « souffrance » dans son rapport à lui-même. Là encore identification et empathie permettront au thérapeute d'accompagner ce travail de reprise.

Cette dernière caractéristique nous amène naturellement à ce qui sera notre troisième repère pour une théorie générale de la psychothérapie : la question de la *suggestion*, celle de *l'influence* et, ce qui permet d'en entrevoir l'issue, la capacité d'être seul en présence de l'autre, de l'objet, des objets investis.

L'influence, la suggestion et la capacité d'être seul en présence

de l'autre

Donner comme nous le faisons la part centrale et essentielle au transfert et à la question de son "utilisation" dans l'espace thérapeutique ouvre de fait la question essentielle de l'inévitable part de suggestion ou d'influence qui résulte de cette "utilisation" du transfert. Souligner, comme nous l'avons fait, que l'utilisation du transfert ne se conçoit bien, dans l'espace psychothérapeutique, que comme destinée à la symbolisation de l'expérience réminiscente donne une vectorisation éthique à cette utilisation, elle n'en fait pas disparaître la question. Vouloir d'ailleurs ne traiter qu'en termes d'éthique cette question, passe à côté de sa complète et véritable saisie métapsychologique. Si l'analyse du contre-transfert, conçu comme l'effet sur le thérapeute de son « utilisation » transférentielle, reste bien sûr indispensable, elle ne saurait suffire. L'analyse du contre-transfert permet sûrement de tenter de réduire ce qui serait une « mauvaise influence » des particularités des paramètres personnels du thérapeute, elle ne règle pas la question de l'influence elle-même.

Aussi bien, une fois reconnue que l'influence et la suggestion sont inévitables du fait même de l'existence du transfert, et donc structurellement au sein de l'espace thérapeutique, il ne reste plus en effet qu'à requérir des thérapeutes psychodynamiques qu'ils exercent une « bonne influence », c'est à dire qu'ils étayent le travail de symbolisation. On demandera, là encore, plus à l'analyste ou à celui qui prétend conduire un traitement d'orientation psychanalytique. On lui demandera en plus de permettre de créer les conditions pour qu'une sortie hors de l'influence soit envisageable. Cette question, on le pressent est

essentielle dans le débat actuel, elle est essentielle dans le champ culturel qui gravite autour de la question du “thérapeutique” versus “l’analytique”. D’un côté prétendre que l’on pourrait s’abstraire de la suggestion ou de l’influence à l’aide de la seule rigueur morale du praticien, fut-elle éclairée par une analyse soutenue du contre-transfert, relève d’une méconnaissance de la structure même de la situation [13]. Penser qu’il suffit de le prescrire pour que cela soit concrètement possible méconnaît que, par essence, l’espace thérapeutique repose sur une induction du transfert, sur un effet de suggestion porté par la situation elle-même, organisé par le cadre et le dispositif si ce n’est par l’utilisation du transfert, et nécessaire à son efficacité [14]. Aussi bien les accusations de ceux qui condamnent certaines psychothérapies non-analytiques au nom de leurs effets « suggestifs » portent-elles au mauvais niveau. La psychanalyse aussi, à commencer par toutes les interprétations dites de transfert, est pétrie de suggestion et d’influence, de “sélection” par et dans le choix interprétatif lui-même. Interpréter le transfert est un “attracteur” de son déploiement, une invitation inductrice, au moins dans un premier temps, à son intensification, à sa mise au premier plan, elle « suggère » sa sélection élective, son investissement préférentiel, elle « suggère » que le thérapeute “doit” être un objet investi comme tel pour la bonne marche du processus.

Non, la véritable question n’est pas de chercher à s’abstraire par effet d’éthique ou de pratique de la suggestion ou de l’influence, cela va maintenant de soi, la véritable question actuelle est celle de savoir comment l’influence ou la suggestion doivent-elles être traitées pour espérer que le processus thérapeutique puisse arriver, à la longue, à pouvoir en sortir. Le type de « *suggestion*

pour sortir de la suggestion » (J. L. Donnet) telle paraît plutôt être la question maintenant pertinente. C'est pourquoi si la centration sur la symbolisation est nécessaire elle ne saurait être suffisante, dans la mesure où l'on peut symboliser pour l'autre, au compte du narcissisme des objets, qu'inévitablement même on symbolise d'abord pour l'autre. Là est le ressort premier sans doute du transfert dit « positif ». Pour l'analyste cela ne suffit pas, il requiert en plus que le sujet symbolise pour son propre compte, c'est à dire que la symbolisation soit en plus l'occasion d'un travail d'appropriation subjective, d'introjection de l'expérience vécue et de ses enjeux pulsionnels et narcissiques. L'analyste ne demande pas seulement à la situation "analysante" ni à son travail interprétatif de construire une conjoncture transférentielle symbolisante, il demande en plus à ce que celle-ci soit elle-même symbolisable et symbolisée, il est prêt à attendre longtemps pour que cela soit possible, il est prêt à attendre et à œuvrer pour que l'analysant soit en mesure de *se sentir seul en présence de l'analyste et de ses objets investis*.

C'est en effet grâce à l'accession à la capacité d'être seul en présence de l'autre que l'on peut espérer sortir de l'influence exercée par la présence, par la seule présence de l'autre, par l'intrusion potentielle intrapsychique, intersubjective voire interactionnelle de la présence de l'autre, que l'on peut espérer avoir accès à la "psychologie individuelle". Le problème est donc ramené à une nouvelle forme : comment initier ou développer la capacité d'être seul en présence de l'autre, comment l'effectuer "psychodynamiquement", comment promouvoir une capacité à être seul qui ne soit pas vécue comme une forme d'abandon ou de désintérêt et ne soit pas mise en alternative avec l'intrusion de ou par l'autre.

À cette question la psychanalyse propose une première réponse qui lui est spécifique ; c'est de l'analyse du transfert, du transfert cette fois considéré comme modalité de l'influence de et par l'autre, qu'est attendu le dégagement progressif hors de la suggestion. C'est en acceptant d'œuvrer au sein de la suggestion mais en transitionnalisant celle-ci que la pratique psychanalytique espère la déconstruire, au moins en partie, car c'est peut-être en admettant aussi une part inévitable de celle-ci que l'on peut en sortir paradoxalement. Transfert pour analyser et transfert à analyser (J. L. Donnet) se dialectisent ainsi au fil du processus pour permettre que se constitue petit à petit une capacité transitionnelle de vivre simultanément une situation affectivement engagée et en même temps de pouvoir la penser. Là encore c'est au fil du temps et de la temporalisation que l'on peut espérer que le crédit d'emblée fait à la situation analysante s'avère au bout du compte "payant" pour la subjectivation. La seconde "réponse" de la psychanalyse à la question de la suggestion et de l'influence est celle de son dispositif. En dérochant l'analyste au regard de l'analysant, la psychanalyse tend à modérer les effets d'influence non contrôlés qui résultent de la présence visuelle et des échanges mimo-gesto-posturaux. Elle prescrit la solitude en présence de l'autre par effet de cadre, elle se la donne d'emblée en même temps grâce à la centration sur le langage, elle la prescrit comme horizon de la conquête intersubjective et intrasubjective. Pour cela les effets de suggestion seront alors concentrés et condensés sur leurs formes verbales, ils seront, ou viseront à être intégralement transférés dans et par l'appareil de langage qui devient alors, comme je l'ai souligné, un appareil d'action par et dans le langage. Analyse du transfert sur le langage et à travers lui sur son destinataire tenteront donc de mesurer et de déconstruire les effets de suggestion et d'influence

de ce qui se joue dans et par le langage. Le processus général sera donc de tenter de transférer et de transformer les comportements et interactions en comportements et interactions *verbales* c'est à dire intersubjectivement adressées pour en rendre possible la saisie intrasubjective. Si tout n'est pas langage verbal, tout, dans l'espace psychanalytique, doit donc tendre à pouvoir prendre une forme verbale intersubjectivement adressée.

La situation ne se présente pas de la même manière dans l'ensemble des psychothérapies psychodynamiques qui se déroulent dans un dispositif en "face à face" ou plus rarement "côte à côte", c'est à dire un dispositif dans lequel l'influence des interactions et accordages [15] mimo-gesto-posturaux n'est pas suspendue par effet de cadre. Une métapsychologie de la séance de psychothérapie en face à face ou côte à côte est alors requise et représente sûrement la première urgence de la théorisation actuelle [16].

Dans la psychothérapie en face à face, au transfert dans et par l'appareil de langage s'ajoute ou se dispute un transfert des comportements et interactions dans des échanges visuels. Aux incontrôlables relatifs des aspects pragmatiques et prosodiques de l'échange verbal, s'ajoutent les incontrôlables des échanges mimo-gesto-posturaux des messages corporels. Les travaux effectués sur les effets d'hypnose et de suggestion inconscients soulignent combien, s'il est possible de maîtriser en partie ce que l'on dit "en corps", une large partie des échanges s'effectue sans que les protagonistes n'aient une claire conscience de ce qui s'accorde ou se désaccorde ainsi, qui s'effectue à un niveau largement préconscient voire inconscient. Il est vraisemblable en outre que

le rapport au langage lui-même soit modifié par l'ouverture potentielle d'autres canaux d'échanges intersubjectifs. Je ne sais pas si le débat [17] qui cherche à préciser si alors les règles de la « rencontre » sont modifiées ou si le même processus psychique s'observe quand même malgré la différence de cadre, débat souvent au cœur de la manière actuelle de poser le problème, est fondé et bien formulé. La question n'est peut-être pas de savoir si un travail de symbolisation et d'analyse est possible en face à face, l'ensemble des travaux des dix dernières années me semble le montrer suffisamment, la question serait plutôt de savoir si on symbolise ou si on analyse la même chose, si c'est le même type de fonctionnement et de transformation de la psyché qui est mobilisé dans le dispositif, c'est à dire si c'est bien la même « chose psychique » qui se transfère et se transforme, et si elle peut être travaillée de la même manière. Qu'il puisse y avoir un processus de même nature, n'est peut-être pas le problème principal, la question est plutôt de savoir si ce processus concerne de la même manière les états psychiques du sujet, s'il fait jouer de la même manière la question de la capacité d'être seul face à la pulsion en présence de l'objet et à quel compte celle-ci est quand même rendue possible. En fait cette question est au centre de la clinique et du processus de nombre des psychothérapies en face à face.

L'existence d'une influence mimo-gesto-posturale réciproque, existence inévitablement réciproquement perçue même si c'est de manière inconsciente, pose le problème de la capacité d'être seul en d'autres termes et gère la série vectorisée : comportement-interaction-intersubjectif-intrasubjectif, d'une manière différente et sans doute spécifique en posant, à chaque moment de son articulation, la question de ses opérateurs. Les deux protagonistes

se comportent, interagissent, s'adressent l'un à l'autre autrement que par le seul appareil de langage, ils s'accordent ou se désaccordent autrement que par le seul langage, même si celui-ci reste largement organisateur de la rencontre psychothérapique. Les éthologues de la communication, je pense en particulier aux travaux de J. Cosnier et de son équipe, ont pu montrer l'importance de ces phénomènes dans l'empathie et la régulation affective de la rencontre psychothérapique en face à face et dans ses effets, ils ouvrent l'immense question de savoir comment ils peuvent devenir délibérément "utilisables" par le thérapeute pour « signifier » avec son corps, ses mimiques, ses postures, ce qu'il cherche à transmettre avec ses mots, et comment tout cela contribue ou au contraire inhibe la capacité d'être seul en présence de l'autre.. Que cela se fasse spontanément est inévitable et en grande partie, nous l'avons dit inconscient, une question importante est celle de savoir si cet aspect du contre-transfert peut aussi être versé au compte des modalités d'intervention du thérapeute et quels effets de suggestion et d'influence sont ainsi mobilisés.

La question devient essentielle dans certaines conjonctures cliniques qui sont souvent celles pour qui le face à face ou le « côte-à-côte » s'impose. Une large partie des indications spécifiques de traitement en face à face concerne en effet les sujets qui tendent à se « comporter » et à interagir dans l'espace psychothérapique plus qu'ils n'expriment leurs affects ou leurs représentations psychiques, des sujets dont les capacités de jeu intersubjectif transformationnel et de symbolisation langagière sont limitées. Ce sont des sujets qui se « sentent » mal ou peu, qui ne se « voient » pas ou mal, plus encore qu'ils ne « s'entendent » mal. Ces sujets viennent « montrer » ou « faire sentir » à l'autre,

mettre en scène, ce qui, clivé des intégrations subjectives organisatrices, les hantent sans statut topique suffisamment défini, sans liaison subjective symbolisée. On pressent alors la nécessité impérative d'une métapsychologie de telles séances, qui puisse guider le repérage de la manière dont ce qui se transfère ainsi peut être dynamiquement utilisé, on pressent la nécessité d'un élargissement de la compétence de la situation-analysante ou même simplement symbolisante et une remise en chantier de ce que peut-être le processus thérapeutique dans de telles situations.

Encore un dernier mot, après toutes les questions ainsi ouvertes, pour souligner combien les débats concernant la psychanalyse versus la psychothérapie peuvent être utiles et indispensables pour nous aider à continuer de penser la pratique et ceci aussi bien la pratique psychothérapeutique que la pratique psychanalytique elle-même. Ces débats sont indispensables pour les psychothérapeutes, pour qu'ils puissent penser la nature de leur action, mais ils sont aussi indispensables aux analystes pour mieux cerner et départir dans la psychanalyse elle-même ce qui relève d'une action psychothérapeutique "générale" et de ce qui dans est proprement spécifique de la psychanalyse.

Notes bibliographiques

[1] R. Roussillon 1992, "Du baquet de Mesmer au "baquet" de Freud", PUF.

[2] Ainsi l'hypnose est organisée majoritairement par une théorie "anale" du soin alors que la psychanalyse naissante s'organise dans et par une théorie majoritairement phallique de celui-ci.

[3] Sur ce point R Roussillon 1998, "Le rôle charnière de l'angoisse de castration", In *Le mal être*, PUF.

[4] Le Mythe de l'éternel retour, NRF.

- [5] R. Roussillon, *Voyager dans le temps*, Rev Franç Psychanal, 1992.
- [6] *L'anthropologie structurale*, Plon.
- [7] Sur la mise en récit dans l'enfance, les travaux de D Stern par exemple, ou ceux de T G R Bower.
- [8] Et ce n'est non plus "produire" des souvenirs des traumatismes, produire des souvenirs à tout prix comme la tendance en a été dénoncée aux USA ces dernières années.
- [9] R Roussillon, "La tour de Babel", 1980, rapport de synthèse du premier symposium européen sur la psychothérapie d'Auxerre, in *Psychologie médicale*, 1981.
- [10] On pourrait aussi évoquer, ils sont proches, l'objet transformationnel de C. Bollas.
- [11] Les besoins du moi concernent tout ce qui est nécessaire au sujet pour faire son travail de symbolisation et d'appropriation subjective de l'expérience vécue.
- [12] R Roussillon "La fonction symbolisante de l'objet " Revue Franç Psychanal, N°3, 1997.
- [13] Si la "séduction" forme de suggestion ou d'influence directement libidinale peut-être relativement contrôlée grâce à l'analyse du contre-transfert, il n'en va pas de même des effets de séduction ou de suggestion "narcissiques" et nombre de mesures prises à leur rencontre ne font qu'accentuer les effets de "séduction surmoïque" redoutable dans la mesure où elle s'exerce "au nom de la loi", ce qui en pervertit l'usage. Le problème de la sexualisation des liens avec le surmoi et le problème des formes de "masochisme" moral.
- [14] Sur ces points R Roussillon 1992 op cité et 1995, "*Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*, PUF.
- [15] Selon le terme de D. Stern élargi à l'ensemble des interactions comportementales.
- [16] R Roussillon, *Épreuve de réalité et épreuve d'actualité dans le face à face psychanalytique*, Rev Franç Psychanal, 1991, PUF.
- [17] En particulier le volume de débats de psychanalyse consacré en partie à cette question. *Psychothérapies psychanalytiques*, 1998, PUF.
-

Traumatisme, traumatique, trauma. Le conflit Freud/Ferenczi

Auteur(s) : Thierry Bokanowski

Mots clés : amour primaire - Balint (M.) - confusion des langues - contre-transfert - détresse (désaide) - Ferenczi (Sándor) - histoire de la psychanalyse - nourrisson savant - objet (primaire) - spaltung - technique active - trauma/traumatique/traumatisme

Concept central au sein de l'appareil théorique de la psychanalyse, le traumatisme garde cette place tout au long du développement de l'œuvre de S. Freud qu'il traverse de bout en bout (de l'*Esquisse*, 1895, à *L'Homme Moïse*, 1939) en subissant, au gré des avancées, d'importants remaniements sur le plan métapsychologique, du fait, entre autres, des propositions avancées par S. Ferenczi lors des dernières années de sa vie (1928-1933).

Ce seront ces avancées concernant le concept de traumatisme, tant chez Freud que chez Ferenczi, auxquelles je vous propose de nous intéresser ce soir.

Je chercherai à rappeler quelle place et quelle évolution a pris le concept de traumatisme en psychanalyse, concept dont les remaniements dans l'œuvre freudienne du fait des avancées de Ferenczi sont intimement liés à l'histoire même du développement de la psychanalyse, tant sur le plan théorique que sur le plan épistémologique (histoire des concepts), et à propos desquels on

peut affirmer que les problèmes théoriques soulevés à l'époque (il y a plus de soixante-dix ans) sont encore actuels et continuent à être au centre de la psychanalyse dite « d'aujourd'hui » (la psychanalyse dite « contemporaine »).

Avant toute chose il me faut brièvement rappeler l'histoire du concept de traumatisme chez Freud, ce qui me permettra de situer à quelle place exacte se situent, par rapport aux avancées de Freud, celles de Ferenczi.

Le traumatisme, concept central dans l'œuvre freudienne

Trois moments peuvent être schématiquement dégagés :

A. Une première période qui va de 1895 à 1920

Le traumatisme se réfère au sexuel et, de ce fait, était intimement lié à la *théorie de la séduction* : ce modèle, qui désigne l'action de la « séduction » sexuelle comme présidant à l'organisation de la névrose (qui intéresse la mémoire, le refoulement et sa levée), est celui qui prédomine jusqu'en 1920.

À l'intérieur de cette première période, deux moments doivent être distingués :

- un *premier moment* (de 1895 à 1900-1905), pendant lequel S. Freud établit que le modèle princeps de l'action du traumatisme lié à une séduction est celui du modèle en deux temps (« après-coup ») de l'*Esquisse* [1] et

des *Études sur l'hystérie* [2] ; c'est aussi le moment (« je ne crois plus à ma neurotica », 1897) où c'est le « fantasme » et non plus la séduction qui devient le facteur traumatique princeps et préside à l'organisation de la névrose ;

- un *second moment* (de 1905 à 1920), pendant lequel S. Freud retrace le « développement sexuel infantile » et élabore la métapsychologie ; en termes de développement sexuel infantile et de théorie de la libido, les situations traumatiques paradigmatiques sont liés aux « fantasmes originaires » et aux angoisses afférentes (angoisse de séduction, castration, scène primitive, complexe d'Œdipe) ; le traumatisme est en rapport avec la force pressante des pulsions sexuelles et la lutte que leur livre le Moi ; tous les conflits et tous les traumatismes sont envisagés par référence aux fantasmes inconscients et la réalité psychique interne.

B. À partir de 1920

Le traumatisme prend une nouvelle dimension du fait qu'il devient un concept emblématique (métaphorique) des apories économiques de l'appareil psychique ; dès lors, le traumatisme représente une « effraction du pare-excitation » [3 : l'*Hilflosigkeit* - la détresse du nourrisson - devient le paradigme de l'angoisse par débordement, lorsque le signal d'angoisse ne permet plus au moi de se protéger de l'effraction quantitative, qu'elle soit d'origine externe ou interne ; dans les années qui suivent, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (Freud S., 1926) [4], S. Freud propose une nouvelle théorie de l'angoisse et met l'accent sur le lien entre le traumatisme et la *perte*

d'objet (introduisant dès lors la question, qui deviendra ultérieurement centrale en psychanalyse, des liens à l'objet) [5] ; à partir de 1920, au terme de *traumatisme*, s'adjoint celui de *traumatique*.

C. À la fin de son oeuvre, dans *L'Homme Moïse* (1939)[6]

S. Freud souligne que les expériences traumatiques originaires constitutives de l'organisation et du fonctionnement psychique [« *Nous appelons traumatismes les impressions éprouvées dans la petite enfance, puis oubliées, ces impressions auxquelles nous attribuons une grande importance dans l'étiologie des névroses* »] peuvent entraîner des *atteintes précoces du Moi* et créer des blessures d'ordre narcissiques (ce que S. Ferenczi a souligné lors de ses toutes dernières avancées) ; par ailleurs, Freud distingue deux effets, *positifs* et *négatifs* (« *un État dans l'État* »), du traumatisme (pour lequel, ici, on peut proposer le terme de *trauma*).

Traumatisme, traumatique et trauma : trois « versions » métapsychologiques

En m'appuyant sur cette évolution en trois temps du concept de traumatisme dans l'oeuvre freudienne je propose de distinguer les trois termes de *traumatisme*, *traumatique* et *trauma*, en leur attribuant des *valences différentes au regard de l'organisation psychique et des paramètres auxquels nous confrontent ceux-ci*,

notamment au regard de la cure psychanalytique :

1. le *traumatisme* vient désigner la conception générique du trauma ; plus spécifiquement il désignerait, ce qui, dans la cure psychanalytique, apparaît comme les effets représentables, figurables et symbolisables de l'effet traumatique de l'organisation fantasmatique du sujet (fantasmes originaires au premier chef desquels, le fantasme de « séduction », associé aux fantasme de « castration » et de « scène primitive »), ainsi que du poids du sexuel sur celle-ci ; c'est ce que, classiquement, l'on voit apparaître dans l'organisation des types de fonctionnement psychique qui relèvent des névroses dites « névroses de transfert » ;

2. le *traumatique* vient plus spécifiquement désigner l'aspect économique du traumatisme (le défaut de « pare-excitant », etc.) ; ce principe économique entraîne un type de fonctionnement à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à « empreinte traumatique » ou « en traumatique » ; même si une partie de ses effets peuvent être représentables, figurables et symbolisables, ils ne le sont jamais totalement ;

3. le *trauma* viendrait désigner l'action positive, mais surtout *négative*, du traumatisme sur l'organisation psychique ; comme S. Freud le suggère, il peut entraîner des « *atteintes précoces du Moi* » sous forme de « *blessures d'ordre narcissique* » ; ces traumas (qui concernent les empreintes de l'objet, ou l'action de l'environnement et qui peuvent survenir avant l'établissement du langage) viennent perturber et renforcer les premiers opérateurs défensifs tels le déni, le clivage, la projection (l'identification projective), l'idéalisation, l'omnipotence, etc. ; ils peuvent organiser des « zones psychiques

mortes » (« cryptes », Abraham N., Torok M. [7]) du fait de l'absence de représentation, de figuration et de symbolisation qu'ils entraînent. Ce qui est ainsi désigné par « trauma » intéresse donc les catégories du primaire et de l'originnaire en articulation avec les catégories œdipiennes classiques, ce qui, de ce fait, situe ce concept au centre des préoccupations de toute l'analyse contemporaine.

Les avancées de Ferenczi : du « traumatisme » et du « traumatique » au « trauma »

Ce que je propose d'envisager à présent c'est l'incidence et la portée des avancées de Ferenczi concernant le traumatisme, avancées proposées entre les années 1926 (année où Freud publie *Inhibition, symptôme et angoisse*, dernier écrit où il est conduit à parler de traumatisme avant la mort de Ferenczi) et 1933 (année de la disparition de ce dernier). Ces avancées ont vraisemblablement été à l'origine de celles que Freud propose en 1939 dans *L'Homme Moïse*, autrement dit elles concernent des traumatismes qui ne sont pas uniquement d'origine sexuelle, mais des traumatismes qui ont des incidences sur la sexualité du fait que ce sont des traumas précoces (parfois instaurés avant l'acquisition du langage), qui endommagent gravement le narcissisme (et les ressources narcissiques) de l'*infans* du fait des « inadéquations » des réponses de l'objet et de l'environnement (la mère ou son tenant lieu).

Les traumas, décrits par Ferenczi, n'ont pas qu'une action désorganisatrice au niveau des processus secondaires et

secondarisés (comme les traumatismes liés à un « fantasme de séduction »), mais du fait de la sidération psychique qu'ils entraînent et l'importance du recours aux mécanismes de défense qu'ils mettent en jeu (notamment le clivage et la projection - l'identification projective) ils perturbent gravement l'organisation même de l'économie pulsionnelle, la symbolisation et, par voie de conséquence, l'autonomie du Moi.

Ces avancées formulées entre les années 1926-1927 et 1933, ont été à la source d'un véritable différent, voire d'un véritable conflit, entre Freud et Ferenczi, conflit qui a pris l'apparence pendant deux décennies d'un véritable schisme, puisque comme l'a écrit M. Balint, dans son livre *Le défaut fondamental*, au chapitre intitulé « Le désaccord entre Freud et Ferenczi, ses répercussions » : « Le fait historique représenté par le désaccord entre Freud et Ferenczi fit sur le monde analytique l'effet d'un traumatisme. Un maître consommé de la technique analytique comme Ferenczi, auteur de nombreux articles classiques en psychanalyse, aveuglé au point d'être incapable de reconnaître ses erreurs malgré les avertissements répétés de Freud ; ou bien Freud et Ferenczi, les deux analystes les plus éminents, incapables de se comprendre et d'évaluer correctement leurs découvertes cliniques, leurs observations et leurs idées théoriques respectives : le choc était extrêmement profond et douloureux » [8].

L'héritage des avancées ferencziennes sur le plan de la

théorie

Si l'on fait aujourd'hui le bilan des apports et des avancées de Sándor Ferenczi en l'espace des vingt-cinq années pendant lesquelles il a magistralement contribué à l'avancée de la psychanalyse (entre 1908 et 1933) - contributions faites d'abord comme élève, puis comme disciple devenu un peu plus tard lui-même un « maître », un confident et un ami de Freud -, on peut énumérer un nombre important de concepts qui sont venus éclairer, quand ce n'était pas étayer fermement, l'édifice freudien.

Il fut certes considéré par certains (dont A. Freud) comme « l'enfant terrible » de la psychanalyse, mais il ne fait aucun doute que les dix dernières années de sa vie (1923-1933) ont représenté une période pendant laquelle il a pu donner libre cours à son génie créateur, n'hésitant pas à interroger de nombreuses avancées freudiennes, non pas par le biais de critiques ou de remises en question qui viendraient à l'encontre de certains piliers de l'édifice théorique, édifice auquel il avait lui-même largement contribué, mais dans un désir de venir éclairer et prolonger certaines questions essentielles, sinon cruciales, qui en constituaient, à l'époque, le socle.

Si l'on met de côté le concept d'introjection associé au transfert (1909) - ce que j'ai proposé de considérer comme son « coup de maître » lors de son entrée sur la scène analytique, coup de maître auquel son nom reste associé [9] -, les avancées qui restent marquées de son empreinte dans le développement de la théorie et de la pratique psychanalytique voient leur plein épanouissement à partir de années 1920, jusqu'à l'année de sa mort, 1933.

Ainsi en est-il de :

1. l'accent mis sur l'importance (du point de vue théorique) et sur la prise en compte (du point de vue de la pratique analytique) de certains des aspects de la régression dans la cure ;
2. l'idée que le contre-transfert n'est pas un obstacle mais un outil précieux du point de vue du processus et du « travail de l'analyste » ;
3. l'examen des nombreux problèmes afférents à la « terminaison » d'une cure psychanalytique ;
4. ses avancées sur le « trauma », avancées qui ont entraîné que l'on prenne en compte :
5. l'importance de l'environnement et des empreintes psychiques maternelles ;
6. l'établissement et le développement, pour certains patients dans le cours de l'analyse, d'une relation primaire (établissement d'une « relation symbiotique primitive »), permettant la compréhension des fantasmes précoces mère-enfant ;
7. l'importance de l'amour primaire et de la haine primaire : la haine étant un moyen de fixation plus fort que l'amour (l'amour de la haine) ;
8. le clivage entre les pensées et le corps (« clivage somato-psychique ») ;
9. le « clivage du moi » et le « clivage narcissique » comme conséquences de traumatismes psychiques précoces (notamment dans les cas de traumatismes d'avant l'acquisition du langage) ; etc.

On peut voir que ces concepts (et notamment ceux qui ont été le

plus tardivement forgés) renvoient à ce qui, dans la seconde moitié du 20^e siècle, a présidé aux avancées et débats théoriques, débats encore actuels, concernant les empreintes de l'objet, et des « vicissitudes » de la « relation » qu'il entraîne.

Ferenczi a été le premier à avoir souligné la place prévalente que *la présence de l'objet* (la mère ou son tenant lieu) peut avoir dans l'organisation de la psyché, ceci du fait qu'il a compris, avant tout autre, que la *nature des traumatismes psychiques* présentés par les patients - dont les transferts s'établissaient sous le joug de l'inertie, de la viscosité, de la stagnation (transferts ancrés dans le négatif), sinon sous le sceau du « passionnel » -, n'était pas uniquement d'ordre sexuel ; il propose de voir la nature des traumatismes comme pouvant être liée aux empreintes psychiques laissées dans l'enfance du sujet par les « défauts de qualités » des réponses de l'objet au regard de ses besoins affectifs : à savoir, qu'en cas « carence de l'objet primaire » et de « non réponses », voire de « réponses non suffisamment psychisées » de la part de celui-ci, les conséquences peuvent en être des blessures non cicatrisables du moi pour *l'infans*, blessures qui viennent « endommager » son moi et qui paralysent ses capacités de pensée, comme ses capacités d'élaboration.

C'est donc l'importance du rôle précoce de l'objet et de ses empreintes sur l'organisation psychique du sujet, qui sera à l'origine du grave conflit théorique avec Freud, conflit évoqué par Balint, mais c'est aussi cette voie ouverte sur la compréhension de l'organisation de certains états psychiques qui fait que certains tiennent aujourd'hui Ferenczi pour le véritable précurseur de la clinique des états qui se situent en dehors de la capacité à pouvoir établir une névrose de transfert : les états « non névrotiques » (ou

« états limites »).

Une parenthèse

Il me semble intéressant de souligner que c'est dès 1909, c'est-à-dire dès son premier écrit qui va le consacrer comme un théoricien à part entière, que Ferenczi introduit l'idée et l'importance de l'objet.

Dans *Transfert et introjection*, établissant le concept d'introjection primitive (primaire), Ferenczi définit le transfert par la répétition des premières relations d'objet :

« Le premier amour, la première haine se réalisent grâce au transfert : une partie des sensations de plaisir ou de déplaisir, auto-érotiques à l'origine, se déplace sur les *objets* qui les ont suscitées. [...] Le premier *amour objectal*, la première *haine objectale* sont donc la racine, le modèle de tout transfert ultérieur qui n'est donc pas une caractéristique de la névrose, mais l'exagération d'un processus mental normal. »

Dans ce texte, la notion d'introjection, qui est bien antérieure à la théorie freudienne de l'identification, est définie par son auteur comme un processus qui comporte à la fois :

- un investissement objectal (l'investissement d'un objet dans la réalité extérieure) ;
- et une identification qui en est l'aspect narcissique, en rapport avec la fonction du Moi.

Pour Ferenczi, l'introjection peut se voir comme l'effet d'un déplacement (d'un transfert) de l'auto-érotisme aux objets

extérieurs. Elle n'est pas que d'ordre fantasmatique, mais elle comporte une orientation vers la réalité extérieure : elle a un pôle externe, c'est-à-dire une source externe. Ainsi, l'objet externe se définit par l'investissement dont il est le siège et par les projections dont il est le support [10].

Les lendemains du « tournant de 1920 »

Nous savons qu'aux lendemains de la fin de la Première Guerre Mondiale (mais en fait à partir de 1914, c'est-à-dire après la cure de *l'Homme aux loups* - dont on sait qu'elle fut à l'origine de quelques remises en questions conceptuelles dont, jusque-là, le bien-fondé semblait fermement établi), Freud, et quelques analystes à sa suite, dont Ferenczi, commencent à s'interroger au sujet des difficultés concernant la pratique analytique, voire de ses limites, en raison de l'écart croissant constaté entre celle-ci et les résultats obtenus. Confrontés à la pertinence clinique du caractère démoniaque de la *compulsion de répétition*, et ne pouvant échapper à ses logiques transférentielles qui conduisent aux impasses thérapeutiques en tous genres, les psychanalystes de l'époque sont ainsi inévitablement conduits à se poser une série de questions : « Quels sont les moyens envisageables pour y remédier ? Quelles mesures concrètes apporter pour y parer ? Ou pour la surmonter ? »

Du fait de certaines résistances tenaces rencontrées dans les cures (notamment l'entropie du transfert qui peut aller jusqu'à la *réaction thérapeutique négative*), le modèle de la première théorie des pulsions, ainsi que celui de la première topique

semblent être insuffisants. Même si les concepts de base, qui permettent une lecture de l'organisation de la « névrose infantile » demeurent valides, néanmoins, ils se révèlent à la fois trop imprécis et trop restrictifs pour rendre compte des déconvenues liées à l'importance clinique de la compulsion de répétition (qui vise à un « au-delà du principe de plaisir » et qui souligne l'aspect « démoniaque » de la pulsion [11]), à laquelle s'ajoutent les pulsions de destruction (dont la force fait obstacle au déploiement de la libido). Si le projet de la cure continue bien à avoir comme visée de combattre les résistances et de lever les refoulements, la répétition du refoulé reste cependant la plus forte et empêche la remémoration, tandis que le traitement bute sur l'impossibilité du patient à confirmer par ses propres souvenirs la (re)construction de l'analyste. La névrose de transfert - qui permettait la réactualisation du passé, ainsi que la reviviscence du complexe d'Œdipe -, devient elle-même un obstacle à la levée du refoulement. Confrontés aux « limites » du concept de névrose de transfert ainsi qu'aux déceptions qu'entraîne parfois la pratique, le projet analytique et la conception de la cure vont devoir être sensiblement modifiés.

Moins enclin à suivre Freud sur le terrain du principe économique des pulsions de destruction, Ferenczi, pour sa part, pense que la pratique de la cure et le traitement psychanalytique n'ont pas dit leur dernier mot.

C'est ce qu'il se propose de mettre en perspective dans un ouvrage écrit avec Rank, *Perspectives de la psychanalyse* [12], publié en 1924. Dans l'esprit de ses auteurs, ce livre avait pour but de répondre à une question posée par Freud, en 1922 au congrès de Berlin [13] : « Jusqu'à quel point la technique

influence-t-elle la théorie et dans quelle mesure les deux se favorisent ou se portent mutuellement préjudice ? »

« *Perspectives de la psychanalyse* » (1924)

Dans leur essai, Ferenczi et Rank sont ainsi conduits à *examiner certains paramètres de la pensée pratique communément admise à l'époque*. Partant de l'article de Freud de 1914, *Remémoration, répétition, élaboration* [14], qu'ils argumentent longuement, ils proposent l'idée que ce n'est pas la remémoration, comme l'affirme Freud, mais bien la compulsion de répétition - pour eux, seule et véritable expression manifeste du transfert -, qui doit faire l'objet du travail d'élaboration dans la cure et ceci dans le but de « transformer les éléments répétés en souvenirs actuels », car ce sont les événements répétés qui constituent « le matériel inconscient véritable ».

Pour les auteurs, toute reconstruction, aussi pertinente ou valide soit-elle, reste sans effet tant que « l'*analysant* » (le patient) n'a pu revivre dans l'actualité de la séance, « le temps présent » de la reviviscence transférentielle, quelque chose d'équivalent.

Si, pour les auteurs, le transfert reste bien une résistance à lever et à vaincre, il doit surtout être considéré comme l'expression de la manifestation des tendances inconscientes qui cherchent à parvenir au conscient.

C'est ainsi qu'ils préconisent l'analyse de « l'*expérience vécue* » du transfert plutôt que la remémoration véritable des souvenirs et des fantasmes refoulés : *l'affect doit être mis au service du sens*.

Par ailleurs, cherchant à réévaluer la question des résistances à la guérison et celle des limites de la cure, ils refusent le point de vue qui envisage le *complexe de castration* comme seul indicateur de l'analysabilité et proposent de voir, dans l'idée que les *troubles d'ordre narcissique* puissent représenter une « limite » à l'analyse, comme cela était couramment admis à l'époque : « l'intention de se protéger d'une analyse trop profonde ». Cette proposition est fondamentale : elle sera la toute première indication, faite par des psychanalystes, de l'aspect incontournable de la prise en compte de la *souffrance narcissique* présentée par certains patients. Cette proposition qui, ainsi, ouvre, les chemins de la réflexion quant à l'écoute des conjonctures qui ne vont pas simplement s'organiser, pendant la cure psychanalytique, en « névrose de transfert » : ceux que l'on appelle communément aujourd'hui les « cas difficiles », les « structures non-névrotiques » qui présentent une « souffrance identitaire narcissique » (R. Roussillon) ou des « troubles de l'intériorité » (C. Chabert), et qui renvoient aux différents registres rencontrés chez les « cas limites » qui vont développer transferts non-névrotiques, voire des transferts de non-transfert, etc.

Ainsi l'intérêt marqué pour la technique psychanalytique est-il largement développé par les deux auteurs : ils proposent la *technique active* (Ferenczi), laquelle favoriserait l'expérience vécue (« *Erlebnis* ») et permettrait, dans le champ de l'analyse, la *répétition des expériences traumatiques* qui ne sauraient se déployer autrement.

Questionnant l'influence réciproque de la technique sur la théorie et, inversement, l'influence de la théorie sur la technique, dont ils soulignent la « circularité » et la « récursivité », Ferenczi et Rank

tendent de mettre en évidence l'importance qu'il y a à abandonner, autant que faire se peut, les présupposés théoriques lorsque l'on aborde la situation analytique : « Aborder chaque cas nouveau de manière nouvelle, c'est à dire ne pas se fermer à de nouvelles expériences ». Il est clair que, pour les auteurs, l'accueil du matériel du patient s'inscrit avant tout dans un *processus de perlaboration à deux*, processus qui indique dès lors l'importance du contre-transfert de l'analyste. D'où l'importance de l'analyse de l'analyste, point de vue que Ferenczi s'attachera à édicter, par la suite, comme étant la « deuxième règle fondamentale de l'analyse » [15].

Estimant que la théorie doit être constamment réévaluée par les données de la clinique et de la pratique, les auteurs concluent en préconisant une certaine simplification de la technique, en espérant ainsi accélérer les cures.

En dehors du dernier point qui s'écarte très nettement de l'orthodoxie freudienne - point qui va appeler un certain scepticisme et les réserves de Freud, lequel se méfie des tentatives faites pour raccourcir l'analyse du fait que toute intervention en profondeur sur la psyché doit suivre le rythme naturel de celle-ci, ce qui demande de respecter les développements temporels des processus à l'œuvre -, on voit ce que ces propositions avancées par les deux auteurs, les quelles ouvrent à des espaces nouveaux, peuvent contenir en germe de révolutionnaire pour l'époque. Ainsi, par exemple, penser que le travail analytique puisse s'envisager sous l'angle de l'*implication contre-transférentielle* de l'analyste (c'est à dire du point de vue de ses éprouvés affectifs), tout en laissant entendre que cela faciliterait l'abord des couches plus profondes de la psyché sans

qu'aucune limite ne soit a priori donnée à la régression, est une avancée qui, d'un certain point de vue, vient marquer un véritable tournant dans la conception de l'analyse et de sa pratique [16].

L'effet quasiment scandaleux que provoque la publication de cet ouvrage sur les membres du Comité et certains milieux analytiques fut partiellement occulté par la controverse qui tourne autour du livre de Rank paru très peu de temps auparavant, *Le traumatisme de la naissance* (1923), ainsi que par sa « dissidence » et sa défection de la communauté psychanalytique dans les années qui suivirent.

Néanmoins le scandale lié à la parution de *Perspectives de la psychanalyse* était double.

Premier objet de scandale : le livre paraît sans l'assentiment, hormis celui de Freud, des autres membres du Comité, contrairement à ce qui avait été décidé lors de la création de celui-ci. Ce pacte d'alliance rompu fut considéré par Jones « comme de mauvaise augure tant il s'éloignait des habitudes et promesses mutuelles faites ».

Le deuxième objet de scandale concerne le contenu même du livre où l'on pouvait, toujours d'après Jones, « deviner les idées bien camouflées de Rank concernant le traumatisme de la naissance et celles de Ferenczi relatives à la méthode technique d' « activité », toutes destinées à abrégé l'analyse ».

Émus par de telles entorses, les autres membres du Comité, inquiets et perplexes, demandent à Freud de prendre position ; ce dernier, le 15 février 1924, envoie une lettre circulaire à tous les membres du Comité :

« [...] il y a certainement, écrit-il, de nombreux dangers inhérents au fait de s'écarter de notre "technique classique" comme l'a appelée Ferenczi à Vienne, mais cela ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas être évités. Dans la mesure où il s'agit d'une question de technique, et où pour des raisons pratiques nous pouvons accomplir notre travail d'une autre façon, je trouve l'expérience des deux auteurs parfaitement justifiée. Nous verrons ce qu'il en sortira. [...] La "thérapie active" de Ferenczi est une tentation risquée pour des débutants ambitieux, et il n'y a guère moyen de les empêcher de se livrer à de telles expériences. Je ne cacherai pas non plus une autre impression, un autre de mes préjugés. Ma récente maladie m'a appris qu'il faut six semaines à une barbe rasée pour pousser à nouveau. Trois mois ont passé depuis ma dernière opération et je souffre encore des modifications du tissu cicatriciel. J'ai donc peine à croire qu'en un laps de temps à peine plus long, quatre à cinq mois on puisse pénétrer jusqu'aux couches les plus profondes de l'inconscient [...]. Personnellement, je continuerai à faire des analyses "classiques" » [17].

C'est ici qu'apparaît le premier différend entre Freud et Ferenczi. Différend qui va s'accroître au fil des années et qui peu à peu se noue, en deux temps, sur deux thèmes :

- le point de vue technique et la pratique analytique ;
- la question du traumatisme, du traumatique et du trauma.

La pratique analytique

Pour la clarté de mon propos, je laisse volontairement de côté les propositions techniques de Ferenczi, qui, de la technique dite « active » vont insensiblement évoluer, dans les années qui suivent, vers l'« élasticité technique » ou « néocatharsis » et vers la « mutualité ». Ce qu'il faut comprendre, et retenir, c'est que ces

propositions techniques avaient pour but à l'époque, dans l'esprit de celui qui les a conçues, de pallier l'absence de concepts théoriques qui permettent de mieux saisir ce à quoi, sur un plan métapsychologique, renvoient les difficultés rencontrées dans les cures des cas dits « difficiles ».

Refusant d'imputer la responsabilité des *dérives négatives* (« réactions thérapeutiques négatives ») ou des *apories du transfert* au seul patient, Ferenczi propose de considérer les difficultés rencontrées dans les cures comme liées en partie aux points aveugles du contre-transfert de l'analyste [18]. C'est ainsi que, dans les années qui suivent, il est conduit à déplacer le débat théorico-pratique (du fait de « l'écart théorico-pratique » constaté [19]) sur l'idée qu'il y aurait en fait, deux modalités d'analyse et deux types de pratique analytique : l'une, celle de Freud, « classique » ; l'autre, la sienne, moins « orthodoxe » et plus en profondeur. La première, essentiellement basée sur l'aspect paternel du transfert, la levée du refoulement, la remémoration ainsi que la reconstruction, aboutit, grâce à la rencontre du matériel représentatif avec le transfert, à l'élaboration interprétative, « but » et « fin » de l'analyse, ainsi qu'à la prise de conscience (« l'*Einsicht* ») dans un esprit de *Aufklärung* (d'éclaircissement) ; la seconde, plus axée sur l'aspect primaire de la relation, le transfert maternel, introduit le concept de *relation d'objet* ainsi que la prise en compte de ses effets dans le cadre des avancées de la cure ; elle est une analyse « régressive » où prédominent l'expérience vécue, l'interaction, l'infraverbal et le « sentir avec » (« *Einfühlung* »). Elle permet à l'analyste d'entrer directement en contact avec « l'enfant dans le patient » (*l'infantile* de celui-ci) et de prendre ainsi connaissance des traumatismes subis [20].

Dès lors, ce que Ferenczi propose, c'est d'envisager le transfert plus sous l'angle de ses effets factuels liés à la cure que sous l'angle d'une transformation interne propre à la libido, c'est-à-dire de comprendre et d'appréhender le transfert comme *transfert de la libido sur l'objet* plus que comme un déplacement de la libido - déplacement du somatique au psychique, déplacement entre le narcissisme et l'objet, ou encore, déplacement d'une instance (Ça, Moi, Surmoi, Moi, Idéal, Idéal du Moi, Réalité) à une autre.

La question du « trauma »

Confronté, dans sa pratique analytique, aux transferts les plus complexes de patients difficiles, pour lesquels il est souvent considéré par ses collègues comme étant le seul recours, Ferenczi, comme je l'ai évoqué plus haut, met en perspective d'autres orientations techniques qui l'entraînent, de proche en proche, à réévaluer le cadre classique, à le modifier tout en en faisant le « procès » [21]. Contraint d'abandonner la technique active du fait des échecs qu'elle entraîne, il propose alors des modifications techniques dans le but de pouvoir aborder et traiter les conjonctures cliniques de type passionnel. Interprétant les transferts auxquels elles le confrontent comme une pure répétition des traumas de l'enfance, Ferenczi est conduit à une *réélaboration du concept même de trauma*.

Les hypothèses avancées par Ferenczi vont pour l'essentiel concerner une formulation métapsychologique de la théorie de la *séduction* en articulation avec celle du *traumatisme* qui témoignent de l'inévitable de la *séduction* liée à l'*objet* (objet « trop présent » ou « trop absent » - de toute façon, « objet en trop », c'est à dire objet qui marque de son *empreinte*

quantitative la constitution de l'objet primaire interne).

Mais avant d'aborder cette question, j'ouvre ici une parenthèse pour permettre de situer le problème dans son contexte historique.

Il faut ici se rappeler que quelques années auparavant, en 1924, au 8ème Congrès de l'IPA à Salzbourg, Congrès qui avait pour thème « Les relations entre théorie et pratiques de la psychanalyse », furent discutées des présentations faites par Hanns Sachs, Franz Alexander et Sándor Rado. Les points de vue défendus par les rapporteurs mettaient l'accent sur la nécessité, pour l'analyse, de faire évoluer le surmoi du patient. Ainsi, par exemple, pour Alexander, « le but de l'analyste consiste à prendre le rôle de superviseur de la vie pulsionnelle du patient, afin de reprendre progressivement le contrôle du moi conscient du patient [...] ce point de vue pédagogique en jeu dans l'analyse est un point de vue tout à fait nouveau » [22].

C'est contre ce « point de vue pédagogique » que s'insurgea en force Ferenczi. Car pour lui, ramener par le biais de l'analyse des événements traumatiques à la conscience jusqu'à organiser leur répétition, puis les observer avec le détachement bienveillant (la « neutralité ») que prône la technique « classique », semble être un processus identique, dans sa structure, à ceux qui ont organisé et étayé ces mêmes traumatismes pendant l'enfance du patient.

Dénonçant, dans le cadre de la cure, les risques que provoquent certaines contre-attitudes inconscientes de l'analyste (notamment s'il applique une trop grande « rigidité technique » et se comporte, pendant l'analyse, comme un « éducateur » animé par une passion « pédagogique »), Ferenczi met en parallèle l'enfant

traumatisé par la « confusion de langue » et le patient dont les traumatismes anciens sont ravivés, voire redoublés, par ce qui aboutit à « l'hypocrisie professionnelle » de l'analyste.

Partant de ses difficultés ou de résultats thérapeutiques insatisfaisants, voire de ses échecs, avec ses patients adultes, Ferenczi pense qu'une des principales raisons en est que l'analyste ne tient pas suffisamment compte de la réalité de certains traumatismes vécus autrefois par ces patients : « Le fait de ne pas approfondir suffisamment l'origine extérieure comporte un danger », écrit-il, dans le désir de désigner ici tout autant les réponses de l'objet qui ont fait défaut, que celles qui ont été données de manière inadéquate (inappropriée, voire disqualifiante), pour satisfaire les désirs de l'adulte (ou pour parer à la détresse de l'enfant).

À partir de ce postulat, Ferenczi propose de voir dans ces traumatismes l'empreinte et la résultante d'une confusion entre le « langage de tendresse » - la sexualité infantile qui est une sexualité « innocente » - et le « langage passionnel » de l'adulte dont la sexualité (empreinte d'érotisme) vient pervertir et culpabiliser celle de l'enfant.

Transposant alors ce qu'il pense voir se déployer sous ses yeux dans le cours de ses traitements psychanalytiques, Ferenczi développe la théorie suivante.

Le traumatisme est précoce ; il est la résultante :

1. Des *mouvements passionnels* des adultes, de leur *langage de passion* face aux demandes de tendresse et de vérité des enfants ;

2. des *désaveux* de ces mêmes adultes quant à la souffrance psychique (disqualification des affects) de l'enfant, ce qui peut être vécu par ce dernier comme un « terrorisme » ayant pour conséquences une entrave dans son autonomie de penser ainsi que donner lieu à des disqualifications de la symbolisation ;
3. de l'introjection du sentiment - inconscient - de culpabilité de l'adulte, ce qui altère l'objet d'amour et le convertit en objet de haine ;
4. le processus qui se déroule met alors l'agressé, débordé par ses défenses, en situation de s'abandonner à son inéluctable destin : il se retire de lui-même et observe l'événement traumatique. Ferenczi note : « Nous assistons ainsi à la reproduction de l'agonie psychique et physique qu'entraîne une inconcevable et insupportable douleur. » Cette douleur reproduit celle éprouvée, dans la petite enfance, à l'occasion d'un traumatisme, qui peut avoir été de type sexuel ; elle a pour conséquence, selon un point de vue qui sera ensuite très souvent repris par Ferenczi, un « clivage de la propre personne en une partie endolorie et brutalement destructrice, et en une autre partie omnisciente aussi bien qu'insensible. » De cette position le patient/enfant traumatisé peut éventuellement considérer l'agresseur (en l'occurrence, ici, le psychanalyste) comme un malade, un fou ; parfois même, il essaye de le soigner, de le guérir, comme autrefois, véritable « *nourrisson savant* », il avait pu se faire le psychiatre de ses parents.

Ainsi, pour Ferenczi, le trauma n'est pas seulement lié aux conséquences d'un fantasme de séduction ou de castration, mais il trouve son origine dans les avatars d'un certain type de destin

libidinal lié à l'action excessive et violente d'une excitation sexuelle prématurée, qui, suivant certaines circonstances, prend alors la valeur d'un *viol psychique*. Cette effraction a pour conséquence la sidération du Moi, ainsi que l'asphyxie, voire l'agonie de la vie psychique : ainsi, pour Ferenczi, le trauma doit être considéré comme résultant d'une *absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse*. Cette absence :

- mutile à jamais le Moi du fait du traumatisme narcissique qu'elle opère comme des clivages qu'elle crée ;
- maintient une souffrance psychique en relation à l'intériorisation d'un objet primaire « défaillant » ;
- et entraîne une sensation de détresse primaire (d'*Hilflosigkeit*) qui, toute la vie durant, se réactive à la moindre occasion.

Pour Ferenczi les traumas ont donc un soubassement métapsychologique bien différents de ceux que Freud théorisait à l'époque, puisque pour lui il ne s'agirait pas de trauma secondaire à une *séduction* (via les soins maternels ou via l'absence de l'objet - comme Freud le propose à partir d'*Inhibition, symptôme et angoisse*), mais il serait ici question de *viol* de la *pensée* et de l'*affect* - par *disqualification de l'affect* et par le *déni* de la *reconnaissance de l'affect* et de l'*éprouvé* par l'objet.

Ces conjonctures psychiques entraînant des subordinations, soit du fait :

- des « excès » des demandes parentales ;
- des « privations d'amour » (tant sur le plan primaire que secondaire) ;
- ou des « méconnaissances » des besoins de l'enfant,

qui, tous, engendrent une « paralysie psychique », voire une *sidération psychique*, due, pour l'essentiel, au *désespoir*.

Comme on le voit, avec de telles avancées, non seulement la nature du trauma se modifie considérablement, mais de plus ses effets s'aggravent : non seulement la sexualité est loin d'être seule en question, mais encore, défendant sa conception de la *confusion des langues*, Ferenczi décrit ici une modalité, jusque-là inaperçue, du traumatisme, puisqu'il met en cause la nature de l'objet (et par voie de conséquence, celle de l'analyste).

On doit remarquer que le traumatisme dont il est question concerne tout autant les réponses de l'objet qui avaient fait défaut que celles qui avaient été données, de manière inappropriée (alors ressentie par le sujet comme « disqualifiante »), pour satisfaire les désirs de l'adulte ou pour parer à la détresse de l'enfant. On sait qu'après Ferenczi d'autres auteurs ont développé cette ligne de pensée : ce fut le cas plus particulièrement de Winnicott, Mélanie Klein ayant pour sa part moins mis l'accent sur la réponse maternelle que sur les sources endogènes du psychisme.

Dès lors, Ferenczi est conduit à interpréter les effets du traumatisme au niveau du Moi : inhibitions graves, sidérations de l'appareil psychique, ravages de l'incompréhension, de la froideur, etc., soulignant la profondeur des dégâts.

Progressivement élaborées dans les cinq dernières années de sa vie (1928-1933), ces avancées proposées rendent inévitable le conflit avec Freud. Un véritable *fossé théorique* se creusera dont *la ligne de démarcation sera la conception du traumatisme infantile*. Car, pour Freud, invoquer la compulsion de répétition comme répétition de la situation traumatique, en rendre l'objet

responsable, revient à sous-estimer les ressources de l'appareil psychique et sa capacité à transformer le trauma, ainsi que la douleur psychique qui lui est liée. Pour Freud, envisager d'autres concepts revient à un retour en arrière (notamment à un retour à sa « *neurotica* », à un avant 1897), et équivaut ainsi à une déviance théorique.

Le couple « clivage - trauma »

J'aimerais à présent aborder ce qui fut, de mon point de vue, l'un des apports conceptuels majeur conçu par Ferenczi, apport qui découle directement de son expérience des transferts passionnels et de la clinique des « limites », à savoir l'importance tant économique que métapsychologique du *couple trauma-clivage* [23].

Il fait partie des toutes dernières avancées de Ferenczi qui voulait voir en celui-ci un véritable « fil rouge » permettant une « grille de lecture » qui concerne tout aussi bien l'abord de certaines conjonctures complexes - organisations psychiques fragiles, qui mettent en jeu les relations des catégories du primaire et de l'originnaire avec les catégories œdipiennes classiques -, que les impasses transférentielles et contre-transférentielles qui leur sont liées.

L'importance mutative du concept de trauma avec celui de clivage est au cours du *Journal Clinique* (janvier - octobre 1932), qui, comme son titre l'indique, est un document clinique, document exceptionnel dans lequel il est tout autant question de ses patients que de lui-même au travers des difficultés qu'il rencontre dans le creuset de la cure. C'est ce concept qui dans cet écrit, et tout au

long de celui-ci, reste au centre de ses réflexions et de ses interrogations, concept qu'il aborde à la faveur d'observations cliniques dès les premières pages du document (document à propos duquel il faut rappeler, et souligner, qu'il était d'ordre strictement privé et n'était pas prévu pour être publié).

Dès le début du *Journal* (en date du 12 janvier 1932), au sujet d'une patiente désignée par les initiales R.N., Ferenczi aborde la question du clivage et de tente d'en définir les contours sur le plan métapsychologique, au regard de la géographie du trauma [24].

Cette patiente a subi trois attentats sexuels (séductions et viols) pendant la période qui va de sa petite enfance à sa pré-adolescence. Ces traumas, inscrits dans la psyché de la patiente, ont entraîné chez elle une « *atomisation de sa vie psychique* », une véritable « *dislocation* » de sa personnalité, « *disloquée jusqu'aux atomes* », écrit Ferenczi qui voit comme effet de la fragmentation due aux clivages successifs l'organisation d'une « *sorte de psyché artificielle pour le corps obligé de vivre* ».

À partir des éléments cliniques apparus pendant le traitement de la patiente, Ferenczi inventorie, de manière descriptive, les conséquences des clivages mis en œuvre lors des différentes conjonctures traumatiques rencontrées par celle-ci jusqu'à son adolescence :

- la fixation, à l'intérieur de la personne adulte, d'une « enfant séduite ». Cette adulte se présente débordée par ses pulsions ; excitée, elle ne peut pallier ses excitations qu'en les contre-investissant et en les protégeant par une *transe somnambulique* de type hystérique. L'analyste ne peut « entrer en

contact » qu'à « grand-peine » avec cette partie, l' « *affect refoulé pur* », écrit Ferenczi : cette partie se « comporte comme un enfant évanoui qui ne sait rien de lui-même, qui ne fait que gémir et qu'il faut secouer psychiquement, parfois physiquement », ajoute-t-il ;

- les différentes fragmentations créent une personnalité « sans âme », un « corps sans âme », par dévitalisation du psychisme et disqualification des sentiments, du vécu et du ressenti ;
- ces fragmentations peuvent aller jusqu'à une atomisation, voire une pulvérisation de la vie psychique [25].

Dès lors, cherchant à donner une structure d'ensemble au tableau clinique, Ferenczi décrit les effets des différents clivages de la manière suivante :

« À première vue, l' « individu » consiste en ces parties : (a) en surface, un être vivant capable, actif, avec un mécanisme bien, voire même trop bien réglé, (b) derrière celui-ci, un être qui ne veut plus rien savoir de la vie, (c) derrière ce Moi assassiné, les cendres de la maladie mentale antérieure, ravivée chaque nuit par les feux de cette souffrance ; (d) la maladie elle-même, comme une masse affective séparée, inconsciente et sans contenu, reste de l'être humain proprement dit. »

À la faveur de ces notes, on peut remarquer que, pour Ferenczi, le clivage, comme la fragmentation, court-circuitent les mécanismes du refoulement. Dès lors, il conçoit et traite l'amnésie infantile comme un phénomène secondaire au clivage, véritable *spaltung* liée à l'effet de choc du trauma. La part exclue du souvenir survivrait en secret : clivée de ses possibilités de représentation sur un mode névrotique, elle ne pourrait pas se

traduire par des mots, mais se manifesterait corporellement (trances hystériques).

La même patiente le conduit, peu de temps après, le 24 janvier 1932, à se poser la question du *contenu* des clivages :

« Quel est le contenu du Moi clivé ? [...] Le contenu de l'élément clivé est donc toujours : développement naturel et spontanéité ; protestation contre la violence et l'injustice ; obéissance méprisante, voire sarcastique et ironique, affectée à l'égard de la domination, sachant intérieurement en fait que la violence n'a rien obtenu : elle n'a modifié que les choses objectives, les formes de décision, mais non le Moi en tant que tel ; autosatisfaction à propos de cette performance, sentiment d'être plus grand, plus intelligent que la force brutale [...]. »

Ferenczi décrit ici un mode d' « auto-guérison » par le développement chez le sujet d'un *clivage narcissique*, ce qui permet la création d'un narcissisme, apparemment protecteur, mais pouvant aussi devenir « mégalomane », voire « surdoué », et qu'il développera un peu plus tard à propos de la métaphore du *nourrisson savant* [26].

Après avoir décrit la *paralysie de l'activité de penser* comme effet secondaire du trauma, Ferenczi aborde dans ses notes la question du *déni* comme mécanisme venant renforcer le refoulement. Mais c'est dans une note importante plus tardive, intitulée *Fragmentation* (en date du 27 février 1932), qu'il pose la question du *travail de l'analyste* face aux conjonctures traumatiques et au clivage :

« Avantages psychiques : on fait l'économie du déplaisir qui résulte de la mise en évidence de certaines cohérences, en abandonnant ces

cohérences. Le clivage en deux personnalités qui ne veulent rien savoir l'une de l'autre, et qui sont groupées autour de différentes tendances, fait l'économie du conflit subjectif [...]. Tâche de l'analyste : lever le clivage. »

Ce dont il s'agit ici pour Ferenczi, c'est de « réanimer » la partie clivée, « morte », qui, mise en hibernation, peut se trouver néanmoins aussi dans « l'agonie de l'angoisse ». Le moyen de lever le clivage doit se faire par la capacité de l'analyste à pouvoir « penser » l'événement traumatique, ajoute-t-il. Autrement dit, traduit dans un langage analytique plus actuel, le travail de l'analyste consiste à proposer au patient des pensées et des représentations qui favorisent, par le biais des représentations de mots, une requalification de l'affect, ou encore, de procéder maintenant à l'inscription de l'expérience qui n'a pu, en son temps, avoir lieu. Ceci permet d'espérer, à long terme, une resymbolisation et une repsychisation des zones agoniques. Ferenczi poursuit en concluant provisoirement que :

« La question reste ouverte de savoir s'il n'y a pas de cas où la réunification du complexe, clivé par traumatisme, est si insupportable qu'elle ne s'effectue pas totalement et que le patient reste en partie marqué de traits névrotiques, voire sombre encore plus profondément dans le non-être ou dans la volonté de ne pas être. »

On peut, ici, apprécier, une fois de plus, l'extraordinaire intuition clinique de Ferenczi qui relève l'importance pronostique des *processus négatifs* au sein de la psyché et dans l'analyse.

Dès lors, pour Ferenczi, la question qui est posée est celle qui consiste à pouvoir préciser le *lieu psychique* où s'inscrit *originellement* le trauma et les empreintes, véritables traces mnésiques, qu'il laisse :

« La question se pose de savoir s'il ne faut pas rechercher chaque fois le trauma originaire dans la relation originaire à la mère, si les traumas de l'époque un peu plus tardive, déjà compliquée par l'apparition du père, auraient pu avoir un tel effet sans la présence d'une telle cicatrice traumatique maternelle-infantile, archi-originaire (« *Urertraumatisch* »). Être aimé, être le centre du monde, est l'état émotionnel naturel du nourrisson, ce n'est donc pas un état maniaque, mais un fait réel. Les premières déceptions d'amour (sevrage, régulation des fonctions d'excrétion, premières punitions par l'intermédiaire d'un ton brusque, menace, voire correction) doivent avoir dans tous les cas un effet traumatique, c'est-à-dire, sur le coup, psychologiquement paralysant. La désintégration qui en résulte rend possible la constitution de nouvelles formations psychiques. En particulier on peut supposer la constitution d'un clivage à ce moment-là. »

On voit, dans ces lignes, de quelle façon Ferenczi ouvre de nouvelles voies d'approche et de compréhension clinique, et, de ce fait, combien il est en avance sur son temps en étant le précurseur d'une métapsychologie qui se développera par la suite, entre autres, du fait de l'intérêt soulevé par les problèmes rencontrés lors des cures des « états-limite ». Dès à l'époque, à l'évidence pour Ferenczi, c'est du côté des défaillances de la relation liée à l'objet primaire, voire des échecs de la capacité pare-excitante et contenante de celui-ci (ce qui deviendra les « carences de l'environnement », ou l'environnement « non-facilitateur » chez Winnicott) - du fait d'un trop de séduction précoce que cet objet induirait (soit par excès, soit par défaut) -, que s'origine l'« *Urertraumatisch* », lieu de l'origine des troubles de la symbolisation et de la pensée, de l'aliénation du *Je* (P. Aulagnier), des états d'altération du Moi, des états de violence primaire (avatars de l'amour et de la haine primaires), des troubles de l'auto-érotisme (failles auto-érotiques) qui seront autant de lits

aux dénis et aux clivages, eux-mêmes à l'origine des dépressions anaclitiques, des transferts passionnels et des états-limite.

novembre 2001

Références

- [1] Freud S. (1895), Esquisse d'une psychologie scientifique, in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1969.
- [2] Freud S. et Breuer J. (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, P.U.F., 1965 ; « Les hystériques souffrent d'un traumatisme psychique qui n'a été qu'incomplètement abréagi » ; « les hystériques souffrent de réminiscence ».
- [3] Freud S. (1920), Au-delà du principe de plaisir, *O.C.F.* , XV, Paris, P.U.F., p.273-338.
- [4] Freud S. (1926), Inhibition, symptôme et angoisse, *O.C.F.* , XVII, Paris, P.U.F., p.203-286.
- [5] Le traumatisme est lié à l'angoisse de séparation où aux angoisses que la séparation entraîne, ainsi Freud distingue cinq types d'angoisse : l'angoisse du trauma de la naissance ; l'angoisse de la perte de la mère en tant qu'objet ; l'angoisse de perte du pénis ; l'angoisse de perte de l'amour de l'objet ; l'angoisse de perte de l'amour du surmoi.
- [6] Freud S. (1939), *L'Homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris, Gallimard, 1986.
- [7] Abraham N., Torok M. (1975), « L'objet perdu-moi ». Notations sur l'identification endocryptique, *L'Écorce et le noyau*, Éditions Aubier Montaigne, 1978, p.295-317.
- [8] Balint M. (1968), *Le défaut fondamental*, Payot, 1971, p.207.
- [9] Bokanowski T. (1997), *Sándor Ferenczi*, Psychanalystes d'aujourd'hui, P.U.F., 128 p.
- [10] Bernard Brusset écrit : « L'introjection (primitive) est un *changement topique en rapport avec l'investissement d'un objet extérieur* » ; Brusset B. (1988), *Psychanalyse du lien. La relation d'objet*, Préface d'André Green, Paris, Le Centurion, p.49.
- [11] Freud S. (1920), Au-delà du principe de plaisir, *O.C.F.* , XV, Paris, P.U.F., 1996, p.273-342.
- [12] Ferenczi S., Rank O. (1924), *Perspectives de la psychanalyse (Sur l'indépendance de la théorie et de la pratique)* , Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1994.

- [13] Congrès dont le thème était la question des « *rapports de la technique analytique à la théorie analytique* ».
- [14] Freud S. (1914), *op.cit.*
- [15] Ferenczi S. (1928), Élasticité de la technique psychanalytique, in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1982, p.53-65.
- [16] Cahn R. (1995), Du transfert au contre-transfert. La question de l'implication de l'analyste dans le processus psychanalytique, *Sándor Ferenczi*, sous la dir. T. Bokanowski, K. Kelley-Laîné, G. Pragier, Monographies de la Revue française de Psychanalyse, P.U.F., p.87-98.
- [17] Remarquons la métaphore qu'emploie Freud aux lendemains de son intervention chirurgicale (1924), et comment, ici, les « modifications du tissu cicatriciel » vont précéder les « fils qui restent après une opération » et les « fragments d'os nécrosés qui s'éliminent d'eux-mêmes » évoqués, quelque treize années plus tard, dans *Analyse avec fin et analyse sans fin* (1937).
- [18] Ceci ouvrira à la voie à ceux qui, deux décennies plus tard, seront conduits à l'idée que le contre-transfert est un moyen de connaissance et un fil conducteur pour l'abord et la compréhension des relations d'objet primaires et précoces (Winnicott).
- [19] Donnet J.-L. (1995), *Le divan bien tempéré*, Le fil rouge, Paris, P.U.F.
- [20] Rappelons qu'à la même époque, Melanie Klein était conduite à élaborer ce qui sera aux fondements de sa théorie à savoir ce qui vient, pour elle, présider à l'organisation de l'Œdipe précoce.
- [21] Cahn R. (1983), Le procès du cadre ou la passion de Ferenczi, *Revue française de Psychanalyse* 47, 5/1983, p.1107-1133.
- [22] Sandler J., Dreher A.U., (1996), *Que veulent les psychanalystes ? Le problème des buts de la thérapie psychanalytique*, Le fil rouge, Paris, P.U.F., 1998, p.54-55.
- [23] Bokanowski T. (1995), Le couple « trauma-clivage » dans le Journal clinique de Ferenczi, *Sándor Ferenczi*, sous la dir. T.Bokanowski, K.Kelley-Laîné, G.Pragier, Monographies de la Revue française de Psychanalyse, P.U.F., p.133-143., repris in Bokanowski T. (1997), *op.cit.*
- [24] Je rappellerai que si, à l'époque, Freud avait bien pressenti l'importance du rôle du clivage dans certains états psychiques (psychoses et perversions notamment), il n'avait

pas encore écrit son article princeps sur le clivage, *Le clivage du moi dans les processus de défense* (1938).

[25] La description de ces états psychiques introduit celle qui seront par la suite décrites sous le vocable de « moi non intégré », « moi désintégré » au « moi en morceaux » ; cf., Winnicott D.W. (1945), Le développement affectif primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p.32-47. ; Klein M. (1946), Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, in M. Klein, S. Isaacs, P. Heimann, J. Rivière (1952), *Développements de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1966, p.279.

[26] Bokanowski T. (2001), Le concept de « nourrisson savant », une figure de l'infantile (L'infantile, le trauma et l'asphyxie de la vie psychique), in : *Le nourrisson savant. Une figure de l'infantile*, sous la dir. de D.Arnoux et T.Bokanowski, Collection de la SEPEA, Paris, Éditions In Press, p.13-32.

La fin de l'analyse : des rimes et des routes

Auteur(s) : Marcio de Freitas Giovannetti

Mots clés : cadre (analytique) - créativité - cure (psychanalytique) - fin (de l'analyse) - processus analytique - transfert

« Monde, monde, vaste monde, »

Si je m'appelais Raymond(e)

« Ça ne serait qu'une rime, pas une solution »

Ces vers, extraits du *Poème de Sept faces* de Carlos Drummond de Andrade , pourraient servir, dûment recontextualisés, comme référence aux questions mises en jeu tout autant par le processus psychanalytique que par la fin de celui-ci. « *Monde, monde, vaste monde, plus vaste est mon cœur encore* », ainsi se poursuit le poème, signifiant que face à l'impact provoqué par la perception de l'immensité du monde, il y a toujours une réaction qui pousse à ramener le monde au-dedans de soi, à l'englober, avec pour effet un gonflement excessif du moi et un rapetissement du monde. Travaillée par Freud essentiellement dans *Sur le narcissisme, Deuil et mélancolie, Psychologie des foules et analyse du moi* et *Malaise dans la culture* , cette question devient centrale lorsqu'il s'agit de penser le parcours d'une analyse. Car, tant du point de vue de l'analysant que de celui de l'analyste, la qualité de l'analyse dépendra directement de la capacité dont tous deux feront preuve de percevoir l'immensité du monde - interne et externe - et de la possibilité qu'ils auront de créer tout au long de ce parcours ce que nous appelons, avec la poésie, une rime. La problématique de l'humain, en effet, ne saurait trouver de solution, et seule reste la possibilité de lui inventer des rimes, riches ou pauvres. Un exemple classique de rime riche nous est donné par Freud, dans la question cruciale qu'il pose en 1936 : le processus psychanalytique est-il fini ou infini? En posant cette question peu avant sa mort, Freud pointe du doigt l'immensité de ce que l'on ne sait pas de la psyché humaine, faisant résonner dans cette béance ouverte la brièveté de la vie humaine face à l'immensité du monde.

Quelles angoisses se font présentes quand on a affaire à la fin de sa propre vie, c'est là un sujet que nous, psychanalystes, prenons peu en considération (Giovannetti, 1995) , plus enclins que nous

sommes à traiter des angoisses qui se rapportent aux commencements. Notre considérable fonds bibliographique, mis en place tout au long du XXe siècle, est riche en efforts consacrés à réfléchir et à prendre en considération tout ce qui a trait aux premières angoisses de l'être humain, mais la petite quantité de travaux consacrés à la réflexion sur notre finitude est symptomatique, ceci semblant venir prouver que les affirmations de Freud de 1919, dans *Au-delà du principe du plaisir*, continuent tout aussi virulentes qu'elles le furent à son époque: de sérieuses scissions théoriques et de nombreuses défections dans les rangs des psychanalystes y trouvèrent leurs racines et, même les écoles qui recoururent le plus à un concept frappé d'une telle malédiction - le concept d'instinct de mort - le prirent plutôt dans une dimension valorative, morale - celle du mal - que dans sa signification littérale, à savoir que tout être humain chemine vers la mort.

Les importants travaux de Melanie Klein et de ses disciples, pour ne citer que l'une des écoles qui s'attacha particulièrement à développer ce concept, ne manquent pas de souligner la perspective de l'agressivité, de l'envie et du sadisme, mais laissent pratiquement à l'écart son aspect essentiel : notre condition d'être mortel. En ce sens, les interprétations prenant pour cible les angoisses de séparation ont sans aucun doute occupé beaucoup de temps dans toute analyse dirigée par un analyste qui ait tant soit peu une référence kleinienne. Parallèlement, et ceci indépendamment de l'école de référence de l'analyste, nous avons pu voir au cours de ce dernier siècle les analyses devenir de plus en plus longues, pour se voir aux prises, chaque fois davantage, avec des aspects plus régressifs et plus archaïques de l'analysant, sous le prétexte d'un plus grand approfondissement du processus.

Mais il est fondamental de penser que le fait qu'il reste toujours quelque chose à analyser, quelque chose à voir, est porteur dans la plupart des cas du rassurant message inconscient qu'il y aura toujours un lendemain. Et le *hic et nunc* de la séance analytique, hypothéqué ainsi à un futur halluciné, cesse d'être une référence au fait que la vie humaine n'existe qu'au présent pour, en sa répétition réitérée, se transformer en une réassurance face aux angoisses de la mort, qu'elles soient celles de l'analysant ou celles de l'analyste.

Et à la névrose de transfert du patient peut donc venir s'en ajouter une autre, créée en connivence par le duo analysant-analyste. Si l'inconscient est intemporel, on ne peut ignorer le champ gravitationnel généré par les répétitions réitérées, séance après séance, comme symptôme régressif face à l'immensité du monde et à la brièveté de la vie humaine. Ni, non plus, sous-estimer l'au-delà du désir et du plaisir responsables de deux grands leurres : qu'il y aura toujours encore le temps, ou, qu'avec un peu plus de temps il pourrait y avoir une solution. Connivence inconsciente naturelle et dangereuse face aux anxiétés que la méthode du *hic et nunc* fait surgir et met en tension.

Nous avons assisté, tout au long du siècle dernier, aux transformations qu'ont subies non seulement la théorie, mais également la pratique psychanalytique. De la théorie de la répression à la théorie des identifications projectives, de la théorie de la forclusion de Lacan à la théorie des transformations de Bion, du traitement des hystériques de Freud au traitement des psychotiques des années 1950 et de ce dernier au traitement des patients « *borderlines* », diagnostic et concept qui devait s'étendre à partir des années soixante-dix, et qui caractérise bien notre

perplexité face à une génération post révolution sexuelle et cybernétique. Certes, on ne peut douter que nous soyons tous engagés sérieusement dans la recherche de rimes toujours nouvelles et meilleures pour la parole de chacun de nos patients. Mais il n'est pas douteux non plus que la voix de notre patient paraisse toujours un peu dissonante de toute versification du monde psychanalytique : « monde, vaste monde, plus vaste est mon cœur encore », tel est le message que chaque nouveau patient apporte aux oreilles de l'analyste qui lui propose une véritable écoute.

Le narcissisme n'étant en aucune façon négligeable dans notre vie mentale et relationnelle, ainsi que l'attestent les travaux de Freud, de Mélanie Klein, de Green, de Kernberg et de bien d'autres, il est fondamental de pouvoir faire face au fait que tout autant l'analyste que l'analysant tendent à chercher à englober l'immensité du monde dans leur propre nom : « si je m'appelais Raymond(e), le monde tiendrait dans mon nom » : c'est là le désir de chacun de nous. Il ne faut pas négliger non plus la force que nos maîtres, nos objets primaires professionnels, exercent sur chacun de nous. Et nous savons combien il est tentant de faire rimer chaque nouveau mot, chaque défi de nos patients, avec les mots rassurants et connus de quelque grand analyste. Souvent au détriment même de l'écoute.

Il est probable que dans l'état actuel des choses, un siècle après la première séance d'analyse, c'est là le plus grand défi que nous sommes toujours appelés à affronter à chaque nouvelle séance d'analyse. La règle d'abstinence étant celle qui s'impose à nous comme la plus vitale de toutes - aucun de nous en effet ne peut dire « moi aussi » ou « moi, pas du tout » à son patient - il n'y a

pas de plus grande tentation que d'essayer de faire rimer le mot inconnu et provocateur du patient avec la théorie consacrée d'un maître, en remplaçant le « moi aussi » par quelque chose de l'ordre du « mon maître te connaît ». Il s'agit là d'une rime pauvre qui offre une tentation facile, à tout instant pour tout analyste, et qui ne diffère pas, en sa nature, du symptôme, qui, comme lui, rapetisse et circonscrit l'immensité du monde au contexte d'un seul nom. Qu'il soit Raymond(e), ou Nom du Père, aucun nom ne peut contenir en lui-même l'immensité du monde. Même si, « où il y avait le Ça, le Moi doit advenir » (« *Wo Es war, soll Ich werden* ») selon la reformulation freudienne de son aphorisme premier, il n'existe pas de Moi capable de contenir l'immensité du monde pulsionnel. Il n'existe pas non plus de Moi qui soit clairement séparable de son environnement, de sa culture, comme le montre Freud dans *Psychologie des foules et analyse du Moi*.

Classiquement, la fin de l'analyse serait la résolution de la névrose de transfert, mais le paradoxe qui s'y loge c'est que c'est justement celui qui n'a pas résolu sa névrose de transfert, ou pour le moins une partie significative de celle-ci, l'analyste, qui est appelé à conceptualiser la fin de l'analyse. Car ne sommes-nous pas justement ceux qui restent pour toujours liés à la situation analytique ? Or la fin d'une analyse n'implique-t-elle pas justement qu'il faille accepter de s'en défaire... Il n'est donc pas étrange de voir s'établir une connivence inconsciente entre l'analyste et l'analysant visant à dresser des obstacles à l'analyse de transfert positif qui, camouflé sous le besoin de plus d'analyse, vient se joindre à la problématique de la castration, autre forme de signifier la finitude humaine, et le processus psychanalytique se prolonge ainsi indéfiniment.

Ainsi le mélancolique ombrage des analyses didactiques, c'est-à-dire l'analyse de l'analyste même, va exercer une force d'attraction sur toute la conceptualisation de ce qu'est une analyse complète. Si, comme le dit Freud, aucune analyse ne va au-delà de ce qu'a été l'analyse de l'analyste lui-même, il est fondamental de penser cet aphorisme en termes d'idéologies de l'analyste et de la contamination que ces idéologies peuvent exercer sur la manière de concevoir le processus analytique, dans son déroulement tout comme dans sa fin. On ne peut attendre, ni désirer non plus, que tout analysant ait une analyse comme celle d'un analyste, car, d'abord, sa demande est autre. Si une analyse dite profonde est nécessaire pour un analyste, elle ne pourra cependant jamais être prise comme modèle pour l'analyse de quelque autre personne que ce soit. Car, au bout du compte, qui décide que nos analyses sont les plus réussies ? Si nous réfléchissons au fait que notre névrose de transfert, ou pour le moins ses restes, demeurent en nous pour toujours, il serait bon de se déprendre de notre modèle pour mieux analyser et écouter dans l'autre ce qui est différent de nous-mêmes. Celui qui ne vient pas à nous pour devenir analyste.

Car, plus que les problèmes de l'idéalisation de nos propres analyses, ce qui est en jeu, le facteur déterminant, est une question narcissique qui bloque l'écoute et la reconnaissance d'un autre différent de nous-mêmes. Si Freud termine son texte sur l'Analyse finie en pointant le rocher de la castration comme l'un des facteurs les plus importants qui doivent être pris en considération pour le succès de l'analyse, il nous échoit d'interroger ce même rocher à partir de l'analyste : jusqu'où va notre savoir pour décider où doit aboutir, jusqu'où doit aller une analyse ? De quels repères disposons-nous pour accompagner le

processus ou les processus mentaux qui sont nécessairement déclenchés au cours du processus analytique ? Le monde est bien plus vaste que notre cabinet...

La contribution de Bion à la pensée kleinienne a été fondamentale, lorsqu'il a introduit la modification du sens de la flèche position schizoparanoïde-postdépressive, retrouvant par là l'esprit freudien d'alternance, simultanéité et complémentarité des processus mentaux. Car tout choix d'orientation implique une rigidification de la pensée et l'enfermement à l'intérieur de l'idéologie d'une époque et d'un groupe. Si la psychanalyse existe c'est justement parce qu'un homme a remis en question l'establishment scientifique de son époque, amenant sur le devant de la scène tout ce qui était relégué au second plan. Et ceci nous confronte à la question de la nécessité de changement de perspective ou de prismes, question qui touche, ainsi que le considérait Bion, à la nature même de la psychanalyse. La parole de l'hystérique était l'autre parole, au temps de Freud. Ce qui n'est rien d'autre que ce que Bion signifie lorsqu'il parle du nouveau, de l'écoute du nouveau. Le nouveau n'est en aucune manière ce qui n'existe pas encore, il est tout autant ce qui n'a pas encore été pensé que ce qui n'a pas été, pour une raison historique ou circonstancielle, considéré important. Les relectures ne sont-elles pas bien souvent plus éclairantes que les lectures classiques ou dogmatiques de nombreux textes ?

Passés cent ans d'existence de la psychanalyse, quelqu'un d'entre nous aura-t-il l'audace de dire comment doit être un être humain normal ? Quelqu'un d'entre nous croit-il encore que la parole d'un analyste soit d'une valeur supérieure à celle d'un de nos analysants, quel qu'il soit ? Ces cent ans de métier ne nous ont-ils

pas appris plus de respect envers l'être humain que ce que nous avons pu concevoir pour mieux nous communiquer entre nous ? Ce serait triste, voire funeste, pour reprendre le mot de François Roustang (1979) , pour notre science, si nous prenions tout ce qui a pour fonction de garantir une meilleure communication entre analystes, à savoir nos concepts, comme les véritables fondements de la vie mentale. Si la maladie est une métaphore, ainsi que la définit Susan Sontag (1988) reprenant le meilleur de la lettre et de l'esprit freudien, il est fondamental de considérer également notre théorie comme des métaphores. Les unes plus ouvertes, les autres plus fermées, certaines mieux structurées que d'autres, mais, comme toute métaphore, rien d'autre que de petits glissements, des déplacements métonymiques auxquels on se livre, plongés comme nous le sommes dans notre subjectivité relationnelle avec l'autre ou avec le monde. À l'instar de ce qui se passe dans le travail d'élaboration onirique, dont Freud nous a montré la complexité et Green ne cesse pas de le souligner, il y a toujours un reste, un vestige diurne qui ronge notre narcissisme... Une rime pauvre est celle qui est toujours à la même place, un lieu commun, un stéréotype. Une rime riche, c'est celle qui interpelle le lecteur, lui proposant un nouveau dialogue avec lui-même et avec l'autre.

En psychanalyse, les choses ne sont guère différentes. Il est impossible de parler de la fin d'une analyse isolément. La fin de chaque analyse est une conséquence qui découle du parcours de chacune : comme la vie même, certains parcours sont mieux réussis que d'autres, selon le point de vue que l'on adopte. Si c'est du point de vue de la suppression du symptôme initial, on peut considérer que la plus grande partie d'entre elles sont réussies. Mais si l'on adopte un autre point de vue, celui de la guérison

(Hermann , Smirnoff , Zaltzman), la fin d'une analyse va à l'encontre de ce que j'entends comme étant au cœur même de toutes les questions de la clinique psychanalytique: le fait que le symptôme ait un sens bien différent de la maladie dans la mesure où il n'est que l'une des possibilités expressives du Moi. En dernier recours, le concept de Moi n'est-il pas lui-même imbriqué dans celui de symptôme ? Le Moi n'est-il pas une structure calquée sur les précipités des diverses identifications ? Ce que j'entends par cure analytique n'est rien d'autre que la possibilité créée pour que les précipités identificatoires perdent leur cristallisation, permettant ainsi une circulation de plus grande amplitude sur l'ensemble du spectre expressif symptomatique, à l'inverse de la répétition stérile et stéréotypée. C'est un « *aggiornamento* » des objets primaires, du groupe familial primaire, aux groupes humains de l'actualité - le Moi et le groupe établissant une dynamique relationnelle qui, sans aucun doute, provoquera des crises identificatoires, dans le sens le plus radical du mot « crise » : celui de lecture critique de soi-même et du monde.

Une petite vignette clinique pour illustrer mon propos : un homme, près de la cinquantaine, dans sa quatrième année d'analyse, commence sa séance du lundi en parlant de ce premier week-end qu'il vient de passer après sa séparation mettant fin à un long mariage qui s'est montré stérile, tant du point de vue relationnel que du point de vue de la procréation. Il dit s'être senti dépaysé dans son nouvel appartement et qu'il a dû trouver diverses choses à faire pour passer le temps. « Heureusement, dit-il, ma petite amie, à la différence de mon ex-femme et de moi-même, a de l'initiative. Elle a proposé qu'on prenne la voiture et qu'on aille faire un tour à Paranapiacaba. Incroyable les coins que

je découvre... Vous devez savoir qu'il y a là un musée de la voie ferrée que les Anglais ont construite dans la cordillère de la Serra do Mar. J'ai été vraiment très surpris quand je me suis rendu compte qu'il s'agissait de la gare du train à crémaillère qui monte la Serra depuis Santos. Combien de fois n'ai-je pas descendu la Serra quand j'étais gamin, en voiture avec mon père, et je voyais au loin ces rails et je me demandais où est-ce qu'ils pouvaient bien mener... Je ne l'ai jamais su... Et hier, en faisant le tour du musée et en me promenant dans la gare de Paranapiacaba, j'ai fait le rapport. Ça m'est venu tout d'un coup à l'esprit. Et je me suis mis à penser que toutes les difficultés que j'avais en histoire-géo à l'école avaient à voir avec ça : je n'arrivais pas à faire tenir ensemble ni les dates ni les lieux. On aurait dit que chaque chose était dans son coin, séparée de l'autre... »

Magnifique expression de la saisie du changement interne qu'il a traversé : grandir demande de réaliser des connexions autres que les connexions infantiles: les rails qu'il apercevait dans son enfance, ces rails dont il ne savait pas où ils menaient, ont été maintenant restaurés en sa mémoire, mais seulement par la possibilité provoquée par ce changement dans la trajectoire de sa vie. De sa nouvelle position, ou plutôt, de l'alternance et de la complémentarité de divers points de vue, auxquels sa capacité de se déplacer lui a permis d'accéder, il est capable de se redéfinir historiquement et géographiquement. Dans ses paroles il est implicite qu'il lui faudra trouver de nouveaux chemins, qui ne soient pas ceux aperçus dans son enfance, pour qu'il puisse poursuivre son voyage. La réponse adulte à la question infantile, « où ils amènent, ces rails? » implique qu'il perçoive que, maintenant, la responsabilité de l'initiative et de la direction de la voiture incombe à lui seul, et non plus à son père.

C'est bien sûr l'idée de pouvoir avoir un enfant avec cette nouvelle femme qui l'attire dans cette relation. Son « *insight* » au sujet de ses difficultés scolaires fait d'une certaine manière résonner l'histoire du petit garçon, premier cas d'analyse d'enfant décrit par Freud en 1904, qui regardait les rails de la voie ferrée depuis la fenêtre de la maison de ses parents et qui, comme mon patient, présentait des symptômes phobiques. L'un comme l'autre refusent de quitter le confort douillet de la maison familiale. L'un comme l'autre étirent leur cou aussi loin qu'ils peuvent, au risque de devenir girafe, pour regarder le monde au-dehors, sans avoir à sortir de chez eux. Mon patient qui ne portait pas de montre jusqu'à la fin de sa deuxième année d'analyse, m'avait dit, au début, qu'il avait passé dans son adolescence des heures enfermés dans sa chambre à épier à la jumelle les immeubles voisins... Ce bref aperçu clinique laisse entrevoir dans sa richesse de condensations et de métaphores que l'analyse n'est pas loin de son issue. En effet, la gare, les rails et le chemin de fer ne sont-ils pas une conjonction constante qui signalisent tout aussi bien le parcours de l'homme que l'immensité du monde ?

J'ai passé les trente dernières années de ma vie à recevoir des personnes dans mon cabinet et j'ai ainsi pu voir beaucoup de « fins » d'analyse. Certaines réussies, d'autres moins, beaucoup qui se sont terminées avant même d'avoir commencé. Curieusement, depuis trois ou quatre ans, un certain nombre de ces ex analysants, que je considérais comme des « analyses réussies » sont revenus me trouver pour « continuer ». Ils traversent des moments différents dans leurs vies, et bien sûr la forme de se présenter - leur plainte ou leur demande - n'est pas la même que la première fois. L'expérience de ces retrouvailles est très intéressante, ne serait-ce que comme possibilité de repenser

d'un point de vue critique le travail que nous avons pu effectuer par le passé. De même que je reconnais chacun d'entre eux, non sans toutefois de grandes surprises quant aux directions que leurs vies ont prises, il n'est pas rare qu'ils s'adressent à moi comme à quelqu'un de connu mais différent cependant en tant qu'analyste. Certains ont une nouvelle profession. Moi je continue à analyser des gens. Eux, comme moi, ont conservé leur nom.

L'un d'eux qui était venu me voir à cause de ce qu'il appelait ses idées suicides, est réapparu de surprise dans mon cabinet, un beau matin, quinze ans après que nous ayons terminé son analyse, me disant qu'il voulait recommencer à me parler. Oui, il était différent maintenant, il avait une belle famille, il avait gagné beaucoup d'argent en exerçant sa profession durant toutes ces années. Il n'avait plus d'idées suicides, mais maintenant il était très angoissé parce que le fisc risquait de lui créer de sérieux ennuis, en remontant la trace de ses affaires. Au cours des entretiens suivants il m'a décrit sa grande propriété rurale, entourée en grande partie de hauts murs. Oui, il ne tenait pas tellement à ce qu'on le voie, ni à ce qu'on le reconnaisse, bien qu'il soit doté d'une haute stature et d'une forte corpulence ; s'il pouvait, il aimerait passer inaperçu. Depuis, nous essayons de trouver de nouvelles rimes, et ainsi nous parlons de ce qu'il en est de devenir plus vieux. De ne plus être aussi jeunes. Oui, aucun de nous n'est capable d'échapper à sa condition humaine, même s'il a pu accumuler beaucoup d'argent, qu'il soit fort, qu'il ait de nombreuses années de divan. La route n'est pas encore terminée. Nous sommes encore en vie.

São Paulo, 26 février 2001

□ Travail présenté au Congrès de Nice au 28 juillet de 2001

De l'infantile à la névrose infantile

Auteur(s) : Florence Guignard

Mots clés : contre-transfert - identification (projective) - infantile - interprétation - névrose de l'enfant - névrose de transfert - névrose infantile - nourrisson savant - régression

Introduction

Freud a découvert la *sexualité infantile* [1], au travers des formations défensives contre celle-ci que sont les *théories sexuelles infantiles* [2]. Il a mis en forme le concept de *névrose infantile* [3], découvert au travers de la méthode thérapeutique utilisée par le psychanalyste pour réduire celle-ci, c'est-à-dire : la cure analytique. Au travers de la répétition de la névrose infantile, il a observé un *transfert infantile* [4] qu'il a, tout d'abord, considéré comme un inconvénient de la cure, et qu'il a ensuite été amené à utiliser afin que la répétition conduise à la remémoration et, surtout, à l'élaboration [5]. C'est ainsi qu'il a découvert la forme d'expression par excellence de la névrose infantile sous les espèces de la *névrose de transfert*. Enfin, au travers de la difficulté qu'il éprouvait à pouvoir penser sous le regard de ses patients et dans la perception de leur motricité, et en référence à ce qu'il avait écrit en 1895 [6] sur les rapports antagonistes de la motricité et de la pensée dans l'économie pulsionnelle, il a

instauré le *cadre analytique*. Ce cadre vise à permettre le meilleur déroulement possible de la relation qui va être le support et l'agent thérapeutique de la cure analytique : *la rencontre analytique*.

Dans l'ascèse constituée par l'absence de communication visuelle, par la réduction de la motricité grâce au dispositif divan-fauteuil et par la régularité du moment et de la durée des séances, le cadre analytique ne favorise pas seulement *l'émergence de la figurabilité* - tant chez le patient que chez l'analyste - mais également *l'émergence de la régression*.

À l'évidence, le cadre externe de la cure en face-à-face et, *a fortiori*, celui de la cure d'enfants, *désorganise* notablement les conditions d'émergence de ces deux paramètres - figuration et régression. Mais, puisque de tout mal, il peut ressortir un bien, ce sont précisément ces apories qui ont conduit certains psychanalystes à sortir de leur éventuelle frilosité et, dans le souci de ne jamais perdre de vue ces deux paramètres centraux du processus analytique, à devenir plus créatifs quant aux moyens d'écoute, d'expression et de communication au niveau préconscient avec de tels patients. Et, tout naturellement, ceci leur a permis d'accomplir un progrès considérable dans l'écoute, l'expression et la communication avec leurs patients adultes dans la cure dite *classique*.

L'Infantile

C'est en réfléchissant à ces questions-là dans le quotidien de ma pratique avec des enfants, des adolescents et des adultes, ainsi qu'au travers de mon activité « en écoute tierce » de superviseur,

que j'en suis arrivée, en 1996, à mettre en forme un concept, l'*Infantile* [7], qui a constitué pour moi à la fois un point d'aboutissement et un nouveau départ vers des explorations ultérieures.

J'ai commencé par proposer une *représentation de la rencontre analytique* comme « une constellation mouvante de points d'impacts générateurs de tensions entre deux lieux virtuels, constitués par l'espace psychique de l'analyste et celui de l'analysant ».

La rencontre de ces deux espaces - qui ont chacun, bien entendu, leur organisation propre, s'effectue sur des points que je classerai dans deux catégories :

- l'organisation œdipienne ;
- la mentalité de groupe [8] inhérente à tout psychisme humain.

Dans la rencontre analytique, ces points d'impact vont devenir fonctionnels.

Sous la fine pellicule consciente de l'*alliance thérapeutique*, rencontre de la demande de l'analysant avec l'acceptation de l'analyste, l'analysant investira ces lieux frontières sur un mode transférentiel inconscient propre au passé.

Qu'en sera-t-il du fonctionnement de l'*analyste* dans cette même configuration ? Sa spécificité professionnelle est faite de son identité même, puisque c'est sa structure psychique, et essentiellement son organisation inconsciente, qui constitue son instrument de travail. Cette structure psychique va s'engager dans la rencontre analytique avec toute sa part d'Inconscient, à la fois conteneur du passé refoulé, mais aussi potentiel pulsionnel pour de nouveaux investissements objectaux et narcissiques.

J'ai présenté ici, il y a deux ans, ma modélisation de la cure analytique, en partant du point de vue selon lequel l'Infantile du psychanalyste peut être considéré comme un paradigme de la cure analytique, et en tentant d'examiner ce qui se passe dans l'Infantile de l'analyste au cours de la relation transféro-contre-transférentielle.

Ce soir, après avoir rapidement rappelé les lignes générales de ce modèle personnel, je vais le mettre en relation avec cet autre concept, tout à fait classique celui-là : la *névrose infantile*.

J'ai postulé que, présent chez tout être humain, l'Infantile est un « étrange conglomérat historico-anhistorique, creuset des fantasmes originaires et des expériences sensori-motrices mémorisables sous forme de traces mnésiques ». Il peut être considéré comme « le lieu psychique des émergences pulsionnelles premières et irréprésentables ». De cet « avant-coup », nous ne connaissons que les rejetons représentables, sous la forme des *théories sexuelles infantiles* d'une part, et des *traces mnésique* d'autre part. Structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinales ou haineuses qu'épistémophiliques, l'Infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural « souple », qui fait que l'on est soi et pas un(e) autre.

Irréductible, unique et par là même universel, l'Infantile est donc bien ce par quoi notre psychisme va advenir, dans tous les développements de sa bisexualité psychique organisée par l'Œdipe. Aux limites de l'ICS et du système PCS, l'Infantile est le point le plus aigu de nos affects, le lieu de l'espérance et de la cruauté, du courage et de l'insouciance ; il fonctionne la vie durant, selon une double spirale processuelle et signifiante, et l'on

peut le retrouver même dans les pathologies les plus lourdes, à condition de ne pas confondre celles-ci avec le mode d'organisation normal de cet Infantile. Et si, jusqu'à notre mort, il continue d'agir simultanément au niveau des processus œdipiens secondaires et au niveau des mécanismes primitifs, c'est bien parce que cet Infantile humain a en partage la force pulsionnelle inouïe dont on peut constater le fantastique déploiement dans le rythme de développement psychique des premiers temps de la vie humaine.

Pourtant, l'aspect pulsionnel n'est pas seul en jeu dans cette tentative de définition de l'Infantile. Dans sa forme métaphorique, le concept vaut aussi pour ce qu'il entraîne avec lui de l'hallucinatoire et du proto-symbolique, préformes en devenir permanent dans toutes nos activités mentales. Une fois dénoués, grâce à la cure analytique, les points de fixation qui figent dans une répétition stérile nos modes d'être et d'avoir, ces préformes vont redonner leur vigueur et leur efficacité pulsionnelle sous-jacente aux organisations plus matures, « donnant le ton » à notre personnalité de sujet, dans notre fonctionnement habituel d'adulte. (*Au Vif de l'Infantile*, p. 16-17).

Lors du Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes de 1979, Serge Lebovici [9], qui en était le rapporteur, avait présenté ses vues sur la distinction qu'il effectuait entre *névrose infantile* et *névrose de l'enfant*. Il soutenait que, si l'on suivait la métapsychologie freudienne et uniquement celle-ci, la névrose infantile n'était pas un concept qui pouvait s'appliquer facilement à la psychopathologie de l'enfant. Rappelant l'existence du *noyau hystérique* de la névrose infantile, il insistait sur la nécessité d'une organisation du refoulement et, partant, sur les exigences

de *l'après-coup*. Donnant une importance première à la *reconstruction* en tant que but assigné à la cure analytique, il avançait l'opinion selon laquelle, si une pathologie névrotique pouvait bel et bien exister chez l'enfant, on ne pouvait cependant parler de « névrose infantile » *stricto sensu* chez l'enfant pré pubère.

Rappelons brièvement les données du problème :

À partir de son modèle de 1895 sur l'hystérie [10] selon lequel « l'hystérique souffre de réminiscences », Freud confirme, dès l'année suivante que, pour lui, les manifestations hystériques avant huit ans trouvent leur origine dans ce qu'il désigne comme « une précocité sexuelle » [11]. Quelques années plus tard, à propos du *Petit Hans*, il considère que, dans le registre des névroses, les *hystéries d'angoisse* sont les plus précoces. Elles constituent, selon lui, les em>névroses de l'enfance par excellence [12]. Il ajoutera l'année suivante [13] : « ce que nous appelons psycho-névroses doit avoir pour origine une névrose actuelle infantile ; *il faut ajouter : que celle-ci devienne ou non manifeste* ».

À l'occasion du Congrès de 1979, nous avons, Jean Bégoïn et moi-même, écrit une contribution à la discussion du rapport de Serge Lebovici, contribution dont l'argument central visait à préciser que le noyau de l'hystérie infantile pouvait être compris en termes de *pathologie de l'identification projective*. Nous appuyant sur les apports de l'École anglo-saxonne, nous avançons l'idée selon laquelle, alors que le but de l'identification projective *normale* est la *recherche du sens au moyen de la communication*, tant avec autrui qu'avec nous-même et nos objets internes, dans la *névrose hystérique* en revanche, l'identification projective fonctionne avec

des visées d'*évacuation du sens*. Du même coup, ce sont les processus d'*identification introjective* qui sont, secondairement, empêchés dans leur fonctionnement, comme je l'ai développé plus en détail ultérieurement.

Si je rappelle ici ce débat vieux de plus de vingt ans, ce n'est pas seulement pour rendre un très amical et respectueux hommage à Serge Lebovici, qui fut l'un de mes maîtres et qui, dès mes débuts avait fait confiance à mes potentialités en m'adressant des enfants pour une psychothérapie alors que je n'étais encore qu'une très jeune psychologue inexpérimentée.

J'évoque cet échange pour tenter de rendre compte devant vous des apories auxquelles, aujourd'hui comme hier, nous confronte la clinique quotidienne, en ce qui concerne nos « *capacités à penser les pensées* » (Bion).

On sait que la « sorcière métapsychologie » - comme l'appelait Freud - est issue d'une réflexion en « après-coup » de la séance d'analyse, et l'on m'objectera peut-être qu'il n'est pas forcément utile, pour le praticien, de se préoccuper d'un tel travail.

Je pense au contraire que, sans un va-et-vient continu entre notre pratique et une réflexion sur celle-ci, notre *appareil à penser* ne peut qu'aller s'étiolant. Dès lors, nous risquons donc de ne plus pouvoir aider des patients qui, sous l'emprise de la douleur psychique, attaquent cet appareil à penser - le nôtre comme le leur - car « penser est douloureux », comme le rappelait sans cesse le même Bion.

En 1979, la voie métapsychologique indiquée par des concepts « bi-focaux », comme l'identification projective par exemple, était encore relativement nouvelle en France en dépit du fait que ce

concept avait été mis en forme par Mélanie Klein plus de trente ans auparavant [14] et développé par Bion près de vingt ans plus tôt [15]. Confrontés à cette mise en forme classique de la problématique « névrose-hystérie infantile-remémoration-reconstruction », nous avons donc, Jean Bégoïn et moi-même, tenté d'indiquer *une voie nouvelle* pour poursuivre le long chemin de la réflexion sur la métapsychologie. Cette voie était déjà bien installée à cette époque, par les travaux kleinien et post-kleinien, notamment ceux de Bion et de Meltzer.

Certes, il en existe d'autres, et tout psychanalyste qui réfléchit imprime son propre style à sa vision de la métapsychologie. Par exemple, on peut considérer la suite des recherches remarquables effectuées par Serge Lebovici sur l'organisation psychique des tout-petits comme les fruits de son insatisfaction d'alors : ainsi avance la pensée humaine, et l'on ne peut que s'en réjouir.

L'Infantile du psychanalyste en exercice : interprétations-bouchons et taches aveugles

Après les découvertes freudiennes et kleinien intéressant le fonctionnement psychique normal et pathologique du patient, les recherches de pointe en psychanalyse, au cours de ces cinquante dernières années ont porté davantage l'accent sur le fonctionnement psychique de ce « complémentaire » du couple analytique qu'est le psychanalyste en séance.

C'est dans cette perspective que je me suis intéressée, en 1994 [16], aux « pièges de la représentation dans

l'interprétation ». En développant cette recherche, j'ai proposé - dans le premier chapitre du « *Le Vif de l'Infantile* » - le concept de *tache aveugle*. Que recouvre ce concept ?

En tant que psychanalystes, nous sommes habitués à déceler une partie au moins des résistances contre-transférentielles qui viennent altérer la qualité de notre *attention flottante*. Cependant, en raison de la configuration de l'Infantile, nous sommes confrontés à des difficultés qui ressortissent autant de l'existence de notre propre ICS que de l'ICS de notre analysant.

C'est là que le cadre de la cure analytique vient au secours de notre vigilance. En effet, au décours de toute analyse et de toute psychothérapie, d'enfant ou d'adulte, il s'installe un mode et un rythme de base spécifique, que l'analyste apprend à observer. Or, il va se produire inévitablement des ruptures dans ce rythme. Tant que ces ruptures seront minimales, l'analyste pourra les refouler, voire les dénier. Lorsqu'elles seront plus importantes, il y verra généralement un mouvement de transfert. Cependant, on peut aussi considérer celles-ci comme *un mouvement contre-transférentiel*.

En tout état de cause, j'ai postulé qu'il se produisait, dans cette conjoncture tranféro-contre transférentielle, une *rupture de communication* qui se traduisait par un *manque à représenter*, une *tache aveugle*.

Selon ma définition, cette tache aveugle existe dans le fonctionnement de tout être humain. Elle est l'expression d'une *perte d'objet interne signifiant*, bon ou mauvais, perte qui survient, en général dans le décours de la *répétition liée au processus analytique* [17], sous la poussée de la *force*

pulsionnelle qui se dégage de l'Infantile d'un sujet. C'est l'impact de cette force pulsionnelle sur le système PCS d'une autre personne, fût-elle analysée et même psychanalyste, qui est source d'une excitation non liée. Et c'est cet impact qui va susciter des *taches aveugles* lorsqu'il rencontre, chez la personne en question, soit des aspects infantiles non-analysés, soit des rejets pulsionnels actuels de son ICS, dont la forme spontanée de surgissement est, par définition, de l'ordre de l'Infantile.

Lorsque, dans le cadre de la relation analytique, une tache aveugle survient uniquement chez l'analysant, on peut raisonnablement s'attendre à ce que l'analyste la repère et s'en occupe avec les moyens analytiques qui sont les siens, au premier rang desquels se trouve l'interprétation.

Qu'en est-il de la tache aveugle qui survient chez le psychanalyste en exercice ?

Avec cette question, on rejoint les nombreux travaux des années soixante et soixante-dix sur le contre-transfert [18], et notamment sur la différence classiquement établie entre le contre-transfert au sens étroit du terme - qui intéresse les difficultés névrotiques propres au psychanalyste - et le contre-transfert au sens large - qui intéresse l'ensemble de la relation de l'analyste et de l'analysant, y compris dans sa valence d'objet d'étayage. Le temps qui m'est imparti ne me permettra pas d'approfondir cet aspect historique des concepts psychanalytiques. Je me bornerai à indiquer que, bien évidemment, ma réflexion sur la tache aveugle est une tentative de poursuivre la réflexion sur ce sujet capital.

Donc, j'ai, pour ma part défini cette tache aveugle comme étant constitutive du *champ de tension suscité, dans le système PCS de*

l'analyste, par l'excitation liée à son écoute.

J'ai fait l'hypothèse d'un double destin pour cette tache aveugle chez l'analyste : elle va s'organiser *simultanément* en une *motion refoulante* de cette excitation et en une *préforme cadrante-contenante* pour la cure analytique.

Dans la cure analytique de l'adulte

Quel que soit le membre du couple analytique chez lequel survient la tache aveugle, cette dernière installera un *vécu préconscient de perte d'objet* qui sera ressenti dans le champ commun de la séance. J'ai observé que c'était précisément ce vécu qui mettait en mouvement, au niveau inconscient de l'un, de l'autre, voire des deux protagonistes de la cure, *un processus de figuration apparenté au rêve*. Comme le rêve, ce processus de figuration pourra être instantanément refoulé ; il pourra aussi donner lieu à un *surgissement confus d'images avec perte des limites entre soi et l'autre, l'externe et l'interne, la perception et l'hallucination*. Dans tous les cas, il appartiendra à l'un des deux membres du couple analytique, mais avant tout à l'analyste, de tenter un travail psychique de décondensation et de figuration de choses et de mots, en s'aidant si possible de l'associativité du patient et de la sienne propre.

C'est donc bien du fonctionnement préconscient du psychanalyste que dépendra le destin des taches aveugles surgissant dans la relation analytique : passage à l'acte avec la destruction de la situation analytique, ou refoulement avec gaspillage du travail analytique, ou encore, utilisation cadrante-contenante de cette re-

connaissance de l'Infantile en soi et dans autrui, au service du sentiment d'identité et du développement des capacités spécifiques du sujet.

Le maintien d'une situation pare-excitante dans les relations interpersonnelles au moyen du cadre analytique va présider de deux façons au destin normal de cette excitation : pour une part, elle va se lier dans la sublimation et, pour une autre part, elle va subir un nouveau refoulement, probablement étayé d'ailleurs par le clivage. On peut donc s'attendre à un double impact de l'Infantile de chacun des deux protagonistes sur l'Infantile de l'autre.

Dans la rencontre analytique, c'est la dissymétrie de la situation qui permet, non seulement de séparer l'un de l'autre ces deux impacts pour les étudier, mais également de dénier une partie de la situation psychique en ne prenant en considération que l'impact de l'Infantile de l'analysant sur le psychisme de l'analyste et non l'inverse.

Pourtant, maints éléments de l'Infantile de l'analysant viennent solliciter spécifiquement l'Infantile du psychanalyste en séance. On peut citer notamment :

1. l'organisation pulsionnelle infantile,
2. les paradoxes de son expression dans le mouvement transférentiel de l'analysant,
3. le poids de l'histoire infantile relationnelle et identificatoire, qui l'empêche souvent de reconnaître la spécificité de sa vie psychique interne et de s'y intéresser,
4. l'organisation de sa pensée infantile, rivée dans la névrose de transfert aux points de fixation constitutifs de sa névrose infantile,

5. enfin, les éléments traumatiques et trans-générationnels qui ne manquent dans aucune situation analytique.

L'analyste aura donc la tâche difficile d'être simultanément à l'écoute interne de deux *Infantile* hétérogènes : celui que l'analysant projette en lui, du fait du transfert, et le sien propre, du fait du contre-transfert. On se trouve là face à une occasion privilégiée de surgissement de taches aveugles. Face à ce risque, les qualités et les caractéristiques de l'Infantile du psychanalyste vont jouer un rôle capital. En effet, l'Infantile d'un analysant est toujours prêt à se mettre au service de celui ou celle qui représente un objet d'amour et de dépendance du passé - en l'occurrence, au service de l'analyste. Il dépendra alors de la manière dont l'analyste gère son propre Infantile qu'il utilise ou non à son profit pulsionnel et narcissique personnel le point aveugle d'excitation suscité, dans son psychisme, par l'Infantile de son analysant.

Dans la cure analytique de l'enfant

Ce que je viens de décrire concerne le *rôle économique* des taches aveugles dans la cure analytique. Qu'en est-il de son rôle dans la dynamique de la cure ?

C'est en tout premier lieu grâce à mon activité en « écoute tierce » des psychanalystes d'enfants que je l'ai découvert. Et, puisque nous sommes ici centrés sur la problématique de la psychanalyse avec des enfants, je vais vous faire partager un exemple de ma découverte :

À l'une de ses toutes premières séances de psychothérapie psychanalytique, un petit garçon de cinq ans manipule un tuyau de douche dont il manquait la pomme, pendant un long moment. Son visage reflète un mélange d'excitation et d'inquiétude, et il ne parle pas. Puis il demande à aller aux toilettes. Lorsqu'il revient, l'air soulagé, dans la salle de psychothérapie, l'analyste [19] lui dit : « Peut-être qu'après avoir joué avec le tuyau, tu as eu besoin d'aller vérifier que tout allait bien du côté de ton zizi ». Le petit garçon, très effrayé : « Mais tais-toi ! Ne dis pas de gros mots ! ». L'analyste : « J'ai dit un gros mot < ? », L'enfant : « Ben oui ! 'Zizi', c'est un gros mot ! ». Elle : « Ah bon ! Et qu'est-ce qui arrive, quand on dit des gros mots ? ». Lui : « Tu ne le sais pas ? Quand on dit des gros mots, on devient sourd ! ».

La jeune analyste qui me rapportait ce fragment clinique est très douée, et elle s'est critiquée elle-même d'avoir, disait-elle, utilisé une interprétation trop « plaquée », à la limite de la paraphrase. Celle-ci nous a permis néanmoins d'orienter notre réflexion commune, tant il est de fait que la paraphrase est le parasite quasi universel du discours analytique, aussi bien dans les récits cliniques que dans les développements théoriques. Elle constitue le contenu principal de ce que j'ai appelé les *interprétations-bouchons*.

J'ai pu observer que les interprétations-bouchons survenaient dans la tête de chacun d'entre nous, analystes d'adultes ou d'enfants, toutes les fois où nous nous trouvons aux prises avec notre Infantile dans une configuration de *tache aveugle*. Et c'est là que j'ai découvert que, lorsque nous sommes pris dans l'une de ces taches aveugles dont nous ne pouvons pas faire l'économie, nous sommes presque toujours en *identification projective avec*

l'un des objets internes du patient ou, parfois, avec une partie clivée et déniée de son Moi. Cette situation psychique de l'analyste est une réponse inconsciente au transfert du patient dans le *hic et nunc* de la séance. À condition d'en ressortir, elle nous permet de prendre la mesure du malaise, voire de la souffrance intense qui marque de son sceau la relation de l'analysant avec ses objets internes. Pour parvenir à ce second « palier » de compréhension - le premier qui soit spécifique à la *technique* psychanalytique - l'activité psychique du psychanalyste doit franchir également une autre étape dans le *monitoring* de son *contre-transfert*. En effet, la difficulté de l'interprétation réside dans le fait qu'elle mobilise simultanément, chez l'analyste, tous ses niveaux identitaires et toutes les formes fantasmatiques d'expression de ses pulsions, originaires, archaïques et œdipiennes. Toutes les modalités de son appartenance sexuelle et de sa bisexualité psychique [20] vont entrer en jeu, telles qu'elles se sont organisées dans son Infantile et demeurent toujours actives dans son Préconscient, sous-jacentes à son fonctionnement psycho-sexuel adulte.

L'Infantile et la régression dans le transfert et dans le contre-transfert

C'est ici que l'expérience *personnelle* de la cure analytique - l'analyse de l'analyste - va jouer un rôle majeur, je veux parler de l'expérience du *transfert* et de son *interprétation par l'analyste de l'analyste*.

Revenons donc un instant aux *différents courants du transfert* :

En 1912, dans *La dynamique du transfert* [21], Freud écrit : « Le but de l'interprétation de transfert est de forcer le patient à placer ses impulsions émotionnelles dans le nœud du traitement et de l'histoire de sa vie, de les soumettre à la considération intellectuelle et de les comprendre à la lumière de leur valeur psychique. Ce combat entre intellect et vie instinctuelle, entre comprendre et chercher à agir, se joue presque exclusivement dans les phénomènes de transfert. C'est sur ce champ de bataille que la victoire doit être remportée ».

Il est remarquable que Freud ait étayé sa thèse de l'universalité de la tendance au transfert par la description du devenir de celui-ci *en institution*. Rappelons qu'il énumère les destins des différentes caractéristiques de celui-ci. C'est le *transfert tendre*, aspect le plus élaboré du transfert positif selon Freud, qui permet l'établissement d'une *alliance thérapeutique* avec le patient, tandis que certains aspects du transfert vont prendre une *fonction de résistance* : le *transfert négatif*, ainsi que le *transfert positif dans son aspect érotique*. Décrivant le devenir de ces patients, il note que si le *transfert négatif* est prédominant, le patient quitte l'institution sans s'être amélioré, voire en s'étant aggravé ; si c'est le *transfert érotique* qui prévaut, le patient demeure à distance de la vie réelle et s'incruste dans l'institution, ce qui entraîne, après sa sortie, un échec de l'amélioration qui avait été constatée à l'intérieur de celle-ci.

On peut donc lire ici, en filigrane, une préconception de l'*objet interne*[22], puisque le patient décrit par Freud va être confronté à la perte des supports de transfert que constituaient, pour ses objets internes, le cadre institutionnel, l'équipe des soignants et les autres patients. Notons que l'observation de Freud prend

également toute sa valeur en ce qui concerne les séparations, les interruptions, puis la fin de la cure analytique individuelle. Là, c'est le cadre analytique qui, toutes les fois qu'il disparaît après avoir tenu lieu de contenant et de pare-excitation, favorise une nouvelle version des processus d'identification, projective et introjective, de l'analysant à ses objets internes, modifiés par la relation transférentielle.

De plus, Freud annonce dans ce texte sa découverte de la dimension groupale qui le conduira à publier *Totem et Tabou* [23] quelques mois plus tard. En effet, les effets destructeurs qui s'observent dans les dimensions de transfert érotique et de transfert négatif sont à mettre en relation avec le *niveau groupal du fonctionnement psychique individuel*, tel qu'il a été développé ultérieurement par W. R. Bion [24] à partir des écrits freudiens sur le groupe et la foule.

Mais Freud s'interroge également dans ce texte sur le devenir des patients en institution chez lesquels le *transfert négatif* prédomine. Il note que ceux-ci *s'aliènent le groupe* et que leurs symptômes persistent ou s'aggravent. Nous savons bien, aujourd'hui, qu'un transfert négatif qui ne rencontre que le silence de l'analyste ou une attitude de soutien non-analytique fait très rapidement le lit d'une *réaction thérapeutique négative* [25] et ce, quel que soit l'âge du patient. La voie est alors ouverte pour une perversion du transfert, ultime défense contre l'*angoisse catastrophique* [26] éprouvée par le patient face aux angoisses inhérentes à tout changement, notamment économique et développemental. La lutte se situe, comme le développeront ultérieurement Ferenczi [27], [28], puis Mélanie Klein [29], entre deux parties clivées du Moi du sujet, sur le terrain des

identifications, secondaires, mais aussi primaires, avec la composante d'envie que comportent ces dernières.

Or, je voudrais rappeler ici que *le psychanalyste n'échappe pas à la régression en séance*, ne serait-ce qu'en raison de son écoute qui, pour être « neutre », n'en est pas moins « bienveillante », c'est-à-dire, en identification projective normale avec l'analysant, adulte ou enfant, et les objets internes de celui-ci. Sur ce point, les différences entre eux deux proviendront, d'une part, de leurs rôles respectifs et d'autre part, de la situation de chacun d'eux au regard du processus analytique : théoriquement, l'analyste sera parvenu plus loin dans ce processus que celui dont il accepte de prendre la charge. Cependant, et pour reprendre le débat à propos de la *névrose infantile*, toutes les valences, positives comme négatives, de son propre *Infantile* sont convoquées dans son écoute - et lequel d'entre nous pourrait se targuer d'être exempt d'angoisse, de haine, de jalousie, voire d'envie ?

En effet, sans négliger pour autant la part des conflits infantiles qui auraient échappé à l'analyse personnelle de l'analyste, il faut souligner que *le travail de contre-transfert consiste, pour l'analyste, à se placer régulièrement à l'écoute du point d'entrée du pulsionnel dans le psychique tant chez l'analysant qu'en lui-même*. En termes d'*Infantile*, cela suppose que le psychanalyste maintienne expérimentalement son propre *Infantile* hors du processus normal de refoulement, afin de repérer l'impact de l'excitation produite sur son système PCS par l'*Infantile* de l'analysant.

On peut l'imaginer, cet exercice va susciter chez le psychanalyste des défenses constantes et parfois fort insidieuses. L'une de ses défenses classiques lui est offerte par la projection

transférentielle, sur lui, des imagos parentales de l'analysant. Mais, sous cette projection manifeste, se situe une autre projection, simultanée et latente, celle d'un Moi faible, dont l'impuissance infantile va se voir déniée par son contraire, *l'omnipotence infantile*. Or, cette omnipotence constitue un appel de séduction narcissique sur son homologue, l'omnipotence de l'Infantile de l'analyste. Sans une constante analyse de sa position contre-transférentielle au niveau de son propre Infantile, l'omnipotence peut infléchir ses choix interprétatifs, sous le couvert d'une position transférentielle parentale manifeste.

Ainsi, les éléments narcissiques du transfert jouent-ils silencieusement leur part au niveau des fantasmes originaires de l'analyste et, notamment, dans les identifications de celui-ci aux différents personnages de la scène originaire [30]. Il sera alors particulièrement délicat - et pourtant fort important - que l'analyste parvienne à distinguer ses propres représentations fantasmatiques de celles de son analysant, notamment dans le jeu subtil des pulsions sadiques avec les pulsions épistémophiliques [31]. L'Infantile du psychanalyste sera particulièrement sollicité dans le domaine des *identifications à l'objet primaire* dans sa double valence, *maternelle* d'une part, et *féminine sexuelle* d'autre part. Confronté à la découverte de l'altérité et, partant, à la solitude, il aura recours aux configurations défensives de la relation en miroir et à la problématique du double, dans lesquelles la pseudo identification mimétique cherche à épargner au Moi le douloureux travail de deuil lié à la perte de l'objet. L'analyste risque de projeter cette défense - toujours renaissante dans l'Infantile de tout être humain - sur son analysant, à moins que tous deux ne se retrouvent dans

une « communauté du déni » [32] de leurs identifications projectives mutuelles.

L'illusion d'une complémentarité fusionnelle idéalisée peut venir masquer, chez l'analyste, les limites de son savoir et de son pouvoir, face à l'omnipotence, à la destructivité ou à l'érotisation qu'il rencontre dans le transfert de son analysant.

L'Infantile du psychanalyste peut se sentir en état de résistance face à l'assomption d'une fonction parentale ou thérapeutique adoptée dans le transfert par un analysant *nourrisson savant* [33] ; lorsqu'un analysant étalera ses prérogatives d'enfant préféré de la mère ou du père, la jalousie fraternelle ne l'épargnera pas davantage que la rivalité œdipienne ; son polymorphisme - « l'enfant est un pervers polymorphe » écrivait Freud dans les *Trois Essais* - ne sera pas insensible aux fantasmes d'inceste, voire de meurtre de ses analysants.

Conclusion

Du fait de la qualité inconsciente de son contre-transfert, c'est essentiellement avec son Infantile que l'analyste investira la relation analytique. C'est dire que la projection du conflit névrotique infantile de l'analysant sur les structures adultes de l'analyste se double d'un risque permanent de collusion de l'Infantile de l'analyste avec l'Infantile du patient. Aux limites du polymorphisme et de la perversion, c'est l'espace caractérisé par Freud dès 1905 qui sera le théâtre de ces échanges inconscients subtils et complexes qui ne sont donc pas sans effets sur le développement et l'équilibre de la vie psychique des deux protagonistes de la cure analytique. La tache aveugle de ce point

d'impact excitateur refoulé peut resurgir, tant dans les agirs contre-transférentiels que, de façon déplacée hors du champ de la relation analytique, dans des agirs intéressant sa vie personnelle ou dans des somatisations.

Face à ce tableau qui peut apparaître quelque peu préoccupant, je rappellerai que, en revanche, c'est précisément l'attention portée par l'analyste sur son propre Infantile qui va, corollairement, pouvoir générer dans le champ de la relation analytique une préforme spécifiquement pare-excitante et contenant des éléments infantiles de l'ensemble de la relation transféro-contre-transférentielle. Ainsi, pour le psychanalyste, son propre Infantile doit-il demeurer un objet d'investissement particulièrement fort et permanent, faute de quoi il ne pourrait plus se tenir au point d'écoute de la névrose infantile de ses analysants.

Références

- [1] FREUD S. (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard Paris 1962.
- [2] GUIGNARD F. (1993), Différence des sexes et théories sexuelles. Désir et danger de connaître, *Rev. Franç. Psychanal.* LVII n° spécial Congrès.
- [3] FREUD S. (1916-1917), *Introduction à la Psychanalyse*, P.B.P. Payot Paris 1992.
- [4] FREUD S. (1912), La dynamique du transfert, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris, 4e édition, 1972.
- [5] FREUD S. (1914), Remémoration, répétition et élaboration, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris, 4e éd., 1972.
- [6] FREUD S. (1895), Esquisse pour une psychologie scientifique, *La Naissance de la psychanalyse, lettres à W. Fliess, notes et plans 1887-1902*, Puf, Paris, 1956.
- [7] GUIGNARD F. (1996), *Au Vif de l'Infantile*, Coll. Champs psychanalytiques, Delachaux & Niestlé, Lausanne & Paris.
- [8] Quatre textes *princeps* sur la question ; trois de Freud, un de Bion : a) FREUD S. (1912-1913), *Totem et Tabou*, Payot Paris 1947, b) FREUD S. (1921), *Psychologie des*

masses et analyse du moi, *O.C.F.* XVI, p. 5-85, Puf, Paris, 1991, c) FREUD S. (1930), Un malaise dans la culture, *O.C.F.* XVIII, Puf, 1994, d) BION W.R. (1961), *Recherches sur les petits groupes*, Puf, Paris, 1965.

[9] LÉBOVICI S. (1980), Névrose infantile, névrose de transfert. *Rev. franç. Psychan.* XLIV 5-6, Paris, PUF.

[10] FREUD S. & BREUER J. (1895), *Études sur l'hystérie*, Puf, Paris, 3e édition, 1971.

[11] FREUD S. (1896), L'étiologie de l'hystérie, *OCF*, Puf, Paris, 1989.

[12] FREUD S. (1909), Le Petit Hans : une phobie, *Cinq psychanalyses*, Puf, Paris, 1966.

[13] FREUD S. (1908-1910), Les premiers psychanalystes, Minutes (II) de la Société Psychanalytique de Vienne, Gallimard, Paris 1978.

[14] KLEIN M. (1946), Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, *Développements de la Psychanalyse*, Paris, Puf, 1966, p. 274-300.

[15] BION W.R. (1962), Une théorie de la pensée, *Rev. franç. Psychanal.* XXVIII 1, Puf, Paris, 1964. Repris dans : BION W.R., *Aux sources de l'expérience*, Paris, Payot, 1974.

[16] GUIGNARD F. 1994, Les pièges de la représentation dans l'interprétation psychanalytique, *Journ. Psychanal. de l'Enfant* 15, Paris, Bayard.

[17] FREUD S. 1914 Remémoration, répétition et élaboration, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris, 4e éd., 1972.

[18] GRINBERG L. a) 1962 On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification, *Int. J. Psycho-Anal.* 43. p.436-440, The institute of Psycho-Analysis, London.

b) 1985, Projective counter-identification, The goals of psychoanalysis, Londres, Karnac Books 1990.

[19] Je remercie Madame Valérie Grégoire, à l'obligeance de qui je dois cette vignette clinique.

[20] DAVID C. (199), *La bisexualité psychique*, Payot, Paris.

[21] FREUD S. (1912), La dynamique du transfert, *La technique psychanalytique*, Puf, Paris 1972, 4e éd.

[22] GUIGNARD F. (1997), Le Moi et l'objet dans tous leurs états, *Épître à l'objet*, Chap. III, p. 33-45, Coll. Épîtres, Puf, Paris.

[23] FREUD S. (1912-1913), *Totem et Tabou*, Gallimard, Paris 1993.

- [24] BION W. R. (1948-1961), *Recherches sur les petits groupes*, Puf Paris 1965.
- [25] BÉGOIN J. & BÉGOIN GUIGNARD F. (1981), Réaction thérapeutique négative. Envie et angoisse catastrophique, *Bulletin de la Fédération Européenne de Psychanalyse*, 16, p. 4-16.
- [26] BION W.R. (1965), *Transformations*, Puf, Paris, 1982.
- [27] BOKANOWSKI T. (1997), *Sandor Ferenczi*, Coll. Psychanalystes d'aujourd'hui, Puf, Paris.
- [28] FERENCZI S. (1932), Confusion de langues entre les adultes et les enfants. Le langage de la tendresse et de la passion, *Psychanalyse IV*, Payot, Paris, 1982, p. 125-135.
- [29] KLEIN M. (1957), *Envie et gratitude et autres essais*, Gallimard, Paris 1968.[/ref]
- [30] FREUD S. (1914-1918), À partir de l'histoire d'une névrose infantile, *O.C.F.* XIII Puf Paris 1988.
- [31] GUIGNARD F. (1997), Pulsions sadiques et pulsions épistémophiliques, *Épître à l'objet*, Coll. Épîtres, Puf, Paris, p. 75-86.
- [32] BRAUNSCHWEIG D., FAIN M. (1975), *La nuit, le jour*. Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental, Puf, Paris.
- [33] FERENCZI S. (1923), Le rêve du nourrisson savant, *Psychanalyse III*, Payot Paris 1974, p. 203.

Melanie Klein ou le matricide comme douleur et comme créativité

Auteur(s) : Julia Kristeva

Mots clés : connaissance - crime (kleinien) - fantasme matricide

- féminin - matricide - proto-fantasme - sadisme - symbolisation

Je me propose de vous présenter quelques-uns des aspects de la pensée clinique de Mélanie Klein, et je vous remercie de m'en donner l'occasion. J'avoue que mon premier mouvement a été de décliner cette invitation. Parce que je viens de terminer un livre sur Klein, j'ai vécu avec elle ! Dans tous les sens du terme ! Pendant plus de deux ans, sans compter la connaissance, quoique moins précise, que j'en avais auparavant ; et, comme il se doit dans toute vie de couple, il me paraissait impossible de vous parler de « ma partenaire » dans un « résumé » d'une heure. J'ai franchi mon hésitation pour deux raisons : • • D'abord, parce que l'invitation venait de Jean-François Rabain, et que j'ai une immense estime pour lui : pour son travail clinique, que je connais bien, et pour ses talents pédagogiques, qu'il a manifesté notamment dans le séminaire de post-DEA que je dirigeais avec les professeurs Widlöcher et Fedida à la Salpêtrière. • • Ensuite, parce que je sais que parmi les nombreuses questions que vous vous posez sur la psychanalyse, celle-ci les résume toutes : existe-t-il une psychanalyse moderne ? Qu'y a-t-il de nouveau en psychanalyse ? Au risque de vous paraître paradoxale, je dirai que non seulement je suis persuadée de l'existence d'une innovation constante dans la recherche psychanalytique moderne, mais je pense en outre que celle-ci, pour n'être pas bruyante, n'en est pas moins subtile ; et qu'elle opère en particulier par la réévaluation des œuvres des fondateurs ! Et des fondatrices. En découvrant dans leurs œuvres des problèmes théoriques et cliniques issus de cures parfaitement actuelles, esquissés par ces fondateurs/fondatrices, mais reproblématisés par notre écoute actuelle, redécouverts en somme, et pensables autrement que chez nos prédécesseurs. La psychanalyse moderne est l'héritière

d'une mémoire prestigieuse que nous n'avons pas vraiment encore interprétée ; il est important d'adosser nos interrogations modernes à cet héritage ! Non seulement pour revaloriser nos fondations, mais pour mieux cerner les nouvelles interrogations. C'est vous dire que je vous présenterai une Mélanie telle que je la vois moi-même, aujourd'hui : elle répondra ainsi à des préoccupations issues de ma propre personne et de ma propre pratique. Ce ne sera donc pas nécessairement Mélanie Klein - « géniale tripière » ou « aruspice », selon la vision de Lacan (pour ceux qui ignoreraient le sens « d'aruspice », il s'agit d'un devin ou d'une voyante qui examine les entrailles des victimes pour en tirer des présages). Je ne vous parlerai pas non plus de ce que la plupart d'entre vous connaissent par cœur : la position schizo-paranoïde à l'origine de la vie du bébé, la protoprésence de la relation d'objet et de l'Œdipe, l'objet interne et le fantasme « incarné » avec ses identifications projectives ; puis la position dépressive, la réparation, la naissance du « véritable symbole » après les « équations symboliques », etc. Je me limiterai au rôle central de la mère dans cette aventure du psychisme selon Klein, non sans reprendre dans mon optique les différentes notions que je viens de mentionner. Je vous renvoie, pour une étude plus patiente des étapes de l'élaboration théorique chez Klein, aux deux volumes de Jean-Michel Petot (Dunod) et à *l'Introduction à l'œuvre kleinienne* par Hanna Segal (PUF), ainsi qu'à la biographie par Phyllis Grosskurth (PUF). Si le « génie féminin » est une des découvertes du XXe siècle, quelle est l'imgo de la femme, et plus particulièrement de la femme-mère selon Klein ? Klein (1882-1960) a proposé - on le lui reconnaît depuis Bion et Winnicott, lesquels, élèves dissidents, ont innové dans ce domaine - une conception originale du symbolisme : c'est bien le moins qu'on pouvait attendre d'un aruspice. Il y aurait donc chez l'enfant

la protoprésence d'une symbolisation première, pulsionnelle ; cependant destinée à se modifier avant d'accéder à une pensée stricto sensu, parfois uniquement grâce à l'aide de la psychanalyse. Je vous propose de suivre ce mouvement tel que Klein l'expose dans le cas de Dick, après la lecture qu'en a faite Jacques Lacan.

I.

Dick est un garçon de quatre ans, « en retard », comme on dit familièrement : il parle à peine, se montre indifférent à la présence de sa mère et de sa nurse, insensible quand il se fait mal, très maladroit dans le maniement des couteaux et des ciseaux, et son acquisition intellectuelle est celle d'un enfant de quinze-dix-huit mois (pour autant qu'on puisse se fier à ce genre d'évaluations). Son « attitude parfaitement négative », comme le perçoivent la mère et Melanie Klein, sera qualifiée par l'analyste d'attitude négativiste alternant avec des manifestations d'obéissance automatique. Sans comparaison avec un enfant névrosé qui aurait une certaine inhibition au jeu mais serait capable néanmoins de symboliser des relations avec les objets (c'est le cas de Fritz), Dick ne manifeste aucune relation affective avec les objets environnants, il « n'appelle » pas et ne fait montre d'aucune « coloration fantasmatique ». Le diagnostic de l'analyste est celui d'une schizophrénie, plus fréquente, pense-t-elle, chez les jeunes enfants qu'on ne le dit, et dont le trait essentiel, chez Dick, serait « une inhibition du développement » plutôt qu'une « régression ». La clinique moderne y verrait probablement des traits autistiques, mais, comme le précise Klein, il n'y a pas lieu de s'engager dans une discussion de diagnostic. L'essentiel est en

effet de suivre les fulgurances de l'observation kleinienne, les constats qu'elle en tire sur l'état et le développement de Dick, mais aussi les conceptions plus générales sur la genèse du symbolisme qui en découlent. Analysante et élève de Ferenczi, Klein rappelle avec lui qu'au fondement du symbolisme se trouve l'identification, c'est-à-dire l'effort du petit enfant à découvrir dans chaque objet extérieur ses propres organes et leur fonction. Ernest Jones avait affirmé que c'est le principe de plaisir qui rend possible cette identification qui est elle-même un précurseur du symbolisme : la similitude entre le dedans et le dehors identifiés l'un avec l'autre se bâtit sur la base d'un plaisir similaire qu'ils procurent. Mais Klein diverge ici de Jones : ce n'est pas le plaisir, dit-elle en substance, c'est l'angoisse qui met en marche le mécanisme d'identification. « Comme l'enfant souhaite détruire les organes (pénis, vagin, sein) qui représentent les objets, il se met à craindre ceux-ci. Cette angoisse le pousse à assimiler ces organes à d'autres choses ; à cause d'une telle équivalence ces choses deviennent à leur tour des objets d'angoisse, et l'enfant est ainsi contraint à établir sans cesse des équations nouvelles qui constituent le fondement de son intérêt pour les objets nouveaux et du symbolisme lui-même. » Retenons les termes « d'équation » et « d'équivalence » : Hanna Segal va les reprendre pour les différencier en leur donnant une signification précise dans le processus de symbolisation en deux étapes qu'elle va clarifier. Il y aurait donc, avec le sadisme originaire et fortement accentué chez certains sujets (comme Dick), une proto-symbolisation cependant ineffable et qui, si elle était défensivement inhibée, pourrait entraver l'accès à l'activité imaginaire : en effet, Dick « n'appelle pas » et « ne joue pas ». L'analyste seule lui présuppose des proto-fantasmes sadiques ; Winnicott parlera d' « agonie primitive », et Bion de « peur sans nom ». Mélanie est plus biblique : l'état de

guerre et la loi du talion dominant cet univers de violence primaire que la pulsion de mort impose, selon elle, de toutes façons, et plus cruellement encore si elle est excessive. Le lecteur méfiant ne peut que s'interroger : se trompe-t-elle, rêve-t-elle à propos d'elle-même ? Ou bien, au contraire, Dick confirmera-t-il ses hypothèses ? Et si oui, quel pourrait être le sens d'une telle « confirmation » ? D'autant que, et c'est le deuxième constat de Mélanie Klein : « Les fantasmes sadiques qui concernent l'intérieur du corps maternel constituent la relation première et fondamentale avec le monde extérieur et la réalité. » Entendons : si ces fantasmes parvenaient à se manifester dans le jeu et le langage, ils établiraient d'abord une réalité fantasmatique avec le monde extérieur, une « réalité irréaliste », à partir de laquelle pourrait « progressivement » s'établir, dans un second temps seulement, une « relation authentique à la réalité ». Ainsi donc, il est possible de distinguer, selon Klein, deux degrés du symbolisme mis en lumière par l'analyse de Dick. D'abord, un symbolisme primaire pulsionnel, rudimentaire mais obéissant déjà à la logique des « équations », que spécifiera en 1946 le mécanisme de l'identification projective. Ensuite, un symbolisme du fantasme nommé qui établira, par l'intermédiaire de la verbalisation fournie par un tiers (l'analyste), une première mise à l'écart de l'angoisse (sa *Verneinung*, son retranchement, le début de son refoulement), ainsi que la constitution concomitante d'une « réalité authentique » en remplacement de cette « réalité irréaliste » jusque-là écrasante pour l'enfant. Patiemment élaborée, cette logique sera rapportée à la position dépressive en 1934 et, plus particulièrement, à l'évolution que celle-ci opère des « équations » en « véritables symboles ». Comment Klein s'y prend-elle en 1930 pour établir ces constats ? Dick ne joue pas, indifférent à ce qui l'entoure. L'analyste conclut qu'il importe de changer de

technique et, dans un premier temps, de franchir « cet obstacle fondamental pour établir un contact avec l'enfant ». Forte de son expérience antérieure, notamment avec Fritz, Mélanie s'implique comme si elle était lui : le fantasme présupposé mais muet de Dick, elle va le lui « greffer » (selon l'expression Lacan) en le formulant à sa place. « Je pris un grand train que je plaçai à côté d'un train plus petit et je les désignai sous le nom de « train papa » et de « train Dick ». Il prit là-dessus le train que j'avais appelé « Dick », le fit rouler jusqu'à la fenêtre et dit : « Gare ». Je lui expliquai que « la gare, c'est maman ; Dick entre dans maman. » Il lâcha le train, courut se mettre entre la porte intérieure et la porte extérieure de la pièce, s'enferma en disant « noir » et ressortit aussitôt en courant. Il répéta plusieurs fois ce manège. Je lui expliquai « qu'il fait noir dans maman ; Dick est dans le noir de maman. » Entre-temps, il avait repris le train, mais très vite, il courut de nouveau se mettre entre les deux portes. Pendant que je lui disais qu'il entrait dans le noir de maman, il répéta deux fois, le ton interrogateur : « nurse ? » Durant la troisième séance, Dick regarde les objets avec intérêt. L'analyste y décèle une attitude agressive, lui donne des ciseaux, mais Dick ne sait pas s'en servir, et Mélanie d'arracher les bouts de bois fixés à la voiture, « sur un coup d'œil qu'il me lança ». Dick jette alors la voiture abîmée et dit : « Parti ». « Ceci signifiait, lui dis-je, que Dick enlevait les fèces de l'intérieur de maman. ». Avec une extraordinaire pertinence clinique, Klein relie le sens privatif ou négatif de « parti » à l'érotisme anal et à la destruction des fœtus imaginés dans le corps maternel comme étant identiques aux excréments. Très vite, l'enfant sort de sa cachette et montre une curiosité naissante : pour d'autres jouets, pour le lavabo, tout s'enchaîne, cela n'en finit pas, équations pour équations et équivalences pour équivalences - il faudra attendre la fidèle Segal

pour faire le tri... Que se passe-t-il dans l'esprit de l'analyste, et par conséquent dans celui de l'enfant tel qu'elle l'observe ? Face à l'apathie de Dick, Klein a fait le pari qu'il comprend le langage bien qu'il ne s'exprime pas. Elle choisit donc d'assumer le rôle du sujet qui parle, ce qui implique que Dick possède deux compétences : à la fois une connaissance passive de la langue, et un pré-symbolisme fantasmatique, autrement dit une capacité de fantasmer infra-linguistique qui entre en résonance avec les fantasmes communiqués par la parole de Mélanie. Ces fantasmes préverbaux, présumés par Klein, ne sont nullement innocents : il s'agit de fantasmes œdipiens (ceux-là mêmes qu'elle a constatés chez les enfants névrosés qui parlent et jouent, et en accord avec le postulat freudien), renforcés cependant dans le cas de Dick d'un sadisme violent. En se fondant sur ce qu'elle connaît de l'histoire de son jeune patient, Mélanie émet l'hypothèse (on dira plus tard : contre-transférentielle) que le corps de la mère inspire à Dick une crainte immense, puisqu'il désire l'attaquer pour le vider du pénis paternel et des fèces représentant les autres enfants. Le sadisme oral (auquel se joignent les sadismes urétral, musculaire et anal) aurait pris chez Dick une intensité exagérée, et été relayé très tôt par la génitalité. Cet accolement sadique-et-génital à l'objet maternel (Dick a mal tété, a souffert de problèmes digestifs précoces, d'un prolapsus anal et d'hémorroïdes, l'apprentissage du contrôle sphinctérien se révèle chez lui difficile) a été aggravé par la dépression de sa mère et, plus généralement, par le manque d'amour ressenti dans sa famille, faiblement compensé par l'attention bienveillante de la nurse. Mais voici que celle-ci découvre que l'enfant se masturbe : elle le réprimande, faisant naître chez le garçonnet un sentiment de culpabilité. Klein conclut à une inhibition du sadisme : Dick est incapable d'exprimer quelque agressivité que ce soit - il refuse même de mâcher sa

nourriture. « Le développement ultérieur de Dick avait mal tourné parce que l'enfant n'avait pu exprimer dans des fantasmes sa relation sadique au corps maternel. » Le désir oral de Dick pour le pénis du père apparaît très tôt, dans l'écoute de Mélanie, comme la source majeure de l'angoisse : « Nous en vîmes à observer en pleine lumière ce pénis fantasmatique et le désir d'agression croissant qu'il faisait naître sous de multiples formes, celui de le manger et de le détruire dominant les autres. Une fois, par exemple, Dick porta une petite poupée à sa bouche et dit en grinçant des dents "Thé papa", voulant dire "manger papa" [*Thé papa* traduit *Tea Daddy* ; par la translation de la lettre T, on obtient *eat daddy*, manger papa (ndt)]. Il demanda ensuite à boire un peu d'eau. L'introjection du pénis paternel éveillait, apparut-il, une double crainte : celle du pénis comme d'un surmoi primitif et malfaisant, et celle de la mère le punissant de l'avoir dépouillé. Il avait peur, autrement dit, de l'objet externe comme de l'objet intériorisé. A ce moment-là, je pus clairement observer un fait que j'ai déjà mentionné et qui était un facteur déterminant du développement de cet enfant : la phase génitale, chez lui, était entrée trop tôt en activité. Ceci se manifestait dans le fait que les représentations comme celles dont je viens de parler étaient suivies non d'angoisse seulement, mais de remords, de pitié et du sentiment qu'il fallait restituer ce qu'il avait dérobé [...]. A côté de son incapacité à surmonter l'angoisse, cette empathie prématurée avait été le facteur décisif de son rejet de toute tendance destructrice. Dick se retrancha de la réalité et mit sa vie fantasmatique à l'arrêt en se réfugiant dans le fantasme du corps maternel, vide et noir. » Mélanie Klein repère d'abord le désir de l'enfant pour le père en y déchiffrant un mélange entre la position féminine du petit garçon assimilant par sa bouche l'organe sexuel de l'homme et l'envie œdipienne de tuer le rival qu'est ce père.

Elle induit dès lors que, pour s'en défendre, Dick réduit maman à un « entre deux portes » où il fait « noir » : « Il avait réussi de cette manière à retirer son attention des divers objets du monde extérieur qui représentaient les contenus du corps maternel - le pénis du père, les fèces, les enfants. Il devait se débarrasser de son propre pénis, organe de son sadisme, et de ses excréments (ou il devait les nier) parce qu'ils étaient dangereux et agressifs. » L'analyste formule tout d'abord pour elle-même le fantasme de cette agressivité cannibalique envers la-mère-et-le-père, et le restitue ensuite à l'enfant selon les moyens verbaux et ludiques qu'elle lui suppose. Il s'agit de lui faire comprendre que le noir entre les portes n'est pas maman, mais lui ressemble seulement - que c'est « un signifiant », dira le docteur Lacan. Chez Dick, la capacité de signifier peut alors démarrer, et un monde fait de ressemblances, de signifiances et non d'identités, un monde de jeux et de paroles peut enfin se construire. « Il me fut possible, dans l'analyse de Dick, d'accéder à son inconscient en établissant un contact avec les rudiments de vie fantasmatique et de formation symbolique dont il faisait preuve. Il s'ensuivit une réduction de son angoisse latente, de telle sorte qu'une certaine quantité d'angoisse put devenir manifeste. » Les « proto-fantasmes » sadiques seraient donc là, mais non exprimés en tant que fantasmes ? C'est Mélanie qui les exprime : les trains ce sont papa et Dick, la gare n'est autre que maman à pénétrer, détruire la voiture, c'est abîmer maman en enlevant les objets sales de son ventre - elle récite les pages roses du Petit Larousse psychanalytique que l'opinion s'est fabriquées à partir de Freud et de Klein elle-même ! Pourtant, ce sont bien ces verbalisations, et pas d'autres, qui sortent Dick de sa cachette (« entre deux portes » que Mélanie n'a pas omis d'interpréter comme un « ventre noir »). Et il se met à appeler (la nurse pour commencer),

et il cherche des jouets, et il va se mouiller au lavabo, qui est encore le corps de maman et son propre corps. Le monde se met à exister, comme créé par la série d'équivalences qui s'est déclenchée dans l'échange entre l'enfant et la thérapeute. Dick peut enfin en jouer : le réel innommable est devenu un imaginaire qui soulage. Par la parole de l'analyste. N'importe quelle parole ? Certainement pas. D'abord, il fallait une personne en position de tiers - au sens de différent, d'étranger à la dyade osmotique, trop fermée, ou « empathique » (dit Klein), que l'enfant entretient avec sa mère déçue ou déprimée. Ni la nurse ni le père, ni une autre personne n'auraient pu proférer de telles paroles. Mais ce n'est pas tout. Cette altérité maximale d'un « sujet supposé savoir » qu'est l'analyste se réalise à travers une parole au contenu très spécifique : il s'agit de dire et redire un mythe œdipien à fortes connotations agressives, d'énoncer un sadisme œdipien ayant pour cible « papa dans le corps de maman ». Dick désire manger papa dans maman d'un Œdipe qui convoite le sexe paternel lui-même, davantage que le noble « signifiant » du « Nom-du-Père » : voilà ce que repère Mélanie avec son « instinct de brute ». Pourtant, c'est grâce à la violence de sa parole d'analyste qui, elle, se tient dans le signifiant sans le savoir - mais sans pour autant oublier la pulsion cannibalique - que le sadisme oral et génital de Dick pourra être désenclavé : nié en tant que tel, modulé enfin en curiosité psychique, en pensée. On peut toujours supposer que n'importe quel discours aurait fait l'affaire, puisque le discours, quel qu'il soit, ponctue par les pleins et les vides du signifiant (l'alternance présence/absence structurant la batterie même du signe) les battements des deux portes entre lesquelles se réfugie l'enfant. Avancée imprudente s'il en est, car ce n'est pas un signifiant quelconque, encore moins vide, qu'entend Mélanie, mais bien la sexualisation œdipienne et la forte charge de la pulsion de

mort cannibalique : *“Eat daddy”* pour *“Tea daddy”*. En les reconnaissant dans le transfert et en les imprimant sur le jeu de Dick, l’analyste amène l’enfant à reconnaître l’angoisse et à se la représenter dans l’espace ouvert du transfert lui-même, qui n’est rien d’autre que l’espace de cette parole interprétative spécifique. Dick est dès lors décollé de l’angoisse œdipienne mortifère, puisqu’elle lui est renvoyée par l’autre. Il peut se la représenter, l’halluciner, si l’on veut, non pas d’une hallucination de la satisfaction (c’est la valeur freudienne originaire du terme « hallucination »), mais au sens d’une hallucination – disons plutôt d’un phantasme – de frustration. « Je ne peux pas pénétrer maman et tuer papa en elle, j’en suis frustré, c’est un jeu, ce n’est qu’un jeu avec Mme Klein, je joue, donc je pense, donc je suis » – tels seraient les méandres du syllogisme kleinien agi dans l’enchaînement jeu/interprétation. La prise en compte verbale de l’angoisse œdipienne introduit la « différence » dans l’appareil psychique. Une sorte de coupure désintriée l’osmose qui figeait l’enfant dans sa fascination apeurée vis-à-vis de la mère. C’est la verbalisation de l’angoisse-en-plus-du-plaisir qui sanctionne l’état d’entropie constamment menacé entre mère et enfant. L’interprétation crée une brèche dans l’identification consécutive à une identification précoce, faite de plaisir/déplaisir entre la mère et l’enfant. Le risque de désintégration du moi comme de l’organisme est écarté. La parole de l’analyste est une scansion qui ponctue la continuité hallucinatoire ineffable dans laquelle Dick était emprisonné. Dire avec Mme Klein ce que Dick hallucine qu’il fait avec papa-maman n’est pas la même chose que de le faire en phantasme privé de tout public. Solitaire et innommable, ce fantasme muet procurait à l’enfant une satisfaction handicapante. La parole de l’analyste soulage l’angoisse et l’agressivité du jeune patient en lui offrant la possibilité de s’en

distancier par la parole et le jeu. Le dire de l'autre est en train d'extraire le binarisme bon/mauvais, identification/projection, qui sous-tendait le phantasme ineffable, la proto-symbolisation, de sa « réalité irréaliste » retranchée du monde, pour lui conférer le statut d'un vécu... psychique. En effet, le vécu est désormais psychique en ce qu'il est communicable entre deux personnes entières et séparées, deux sujets (Dick et Mme Klein) extérieurs à la scène du phantasme lui-même bien que capables (et parce que capables) de transférer cette scène entre eux. Voilà ce qui permet à Dick une certaine autonomie, et la mise en place de la « réalité authentique » dans laquelle prendra place l'imaginaire du jeu. Avant son analyse, ces transpositions étaient bloquées par des équations : Dick n'en jouait pas, n'exprimait pas de fantasmes. Désormais, elles prolifèrent parce qu'elles sont portées par les symboles de la parole de l'analyste dans lesquels l'enfant prend place. Ces identités se sont transformées en similitudes, et elles se développent en une curiosité ludique, puis intellectuelle, vis-à-vis de la réalité. En intervenant sur deux plans, la parole d'un tiers et la prise en compte de l'angoisse sadique œdipienne, l'interprétation assouplit les défenses et le clivage qui constituaient jusqu'alors le psychisme de l'enfant. Au fur et à mesure que les pulsions destructrices sont reconnues par la verbalisation, les défenses inhibantes que Dick avait construites contre elles ne sont plus aussi fortes ni aussi nécessaires. L'enfant s'était constitué auparavant sur le modèle non pas du refoulement, mais du clivage. La double action de la reconnaissance de son œdipe agressif et la verbalisation de celui-ci modifie le statut de ses fantasmes. Autrement dit, le degré de la symbolisation à laquelle Dick accède lui accorde une place de sujet de désir, qui se substitue peu à peu au moi coincé dans sa passion schizo-paranoïde pour maman. L'accompagnement

kleinien semble se situer sur la trajectoire d'une négativité : notion que l'analyste emploie à deux reprises dans son texte pour désigner la destructivité de Dick, mais qu'elle fait travailler dans un sens plus large, et de manière empirique plutôt que théorique, à l'intérieur de ses propres interventions pour débusquer la destructivité négative du patient. En effet, sa démarche consiste à relever le négativisme de Dick et, en le redoublant par la parole, à le hisser à un niveau supérieur où il se nie comme négativisme et devient connaissance de soi. Une véritable genèse de la possibilité de penser s'opère dans cette analyse, une inversion dans le positif de la spirale de la négativité : à partir de la destruction inhérente au proto-phantasme mutique, elle atteindra l'espace de jeu (« espace transitionnel », dira plus tard Winnicott) des phantasmes verbalisés par l'analyste, reçus comme tels par le patient, et dont l'effet sera celui d'une désinhibition ouvrant vers une créativité ludique et cognitive. Diverses contributions, apportées par des amies et disciples de Klein, développent de manière plus théorique que ne l'avait fait son propre génie clinique les composantes logiques de ce « travail du négatif » - que la psychanalyste avait cependant repéré et favorisé dans l'analyse de Dick en particulier. Devrait-on dire : un travail du négatif, c'est-à-dire du processus de symbolisation, dont elle a accouché avec Dick ? Puisqu'elle a fait de l'enfant un créateur de symboles, plutôt qu'un simple utilisateur de symboles ?

II.

1. Le sein toujours recommencé

L'univers kleinien, on ne l'a que trop dit, est dominé par la mère. Cette figure archaïque menace et terrifie par sa toute-puissance. Pourtant, les choses semblent plus complexes que cela dans la pensée de la psychanalyste. Le célèbre sein n'est jamais tout seul : le pénis lui est toujours fantasmatiquement associé. Martelée dès les premiers textes de « La Psychanalyse des enfants », cette conviction sera formulée très nettement dans « Envie et gratitude » : si l'envie surgit dès qu'il y a le sein, elle s'attaque aussi au pénis qui lui est associé. En d'autres termes, dès le début de son expérience clinique fondée sur l'analyse d'Erich/Fritz et de Hans/Félix, Klein pose l'existence d'un Œdipe archaïque qui se manifeste avec les premières frayeurs nocturnes. Celles-ci témoignent d'un refoulement : or, il n'y a de refoulement que du conflit œdipien ! Pourtant, c'est avec la position dépressive, lorsqu'amour et haine sont progressivement intégrés, lorsque le moi peut perdre maman et la retrouver dans ses fantasmes comme un objet total que se profile ce que Klein appelle « la relation au second objet - le père ». Et de mettre en parallèle avec lui « les autres personnes de l'entourage » (frères ou sœurs). Cette secondarité étant peu flatteuse mais néanmoins effective, le conflit œdipien, dès ses stades initiaux, amène Klein à poser l'existence des deux parents dans le fantasme enfantin, en tant qu'imgo des « parents combinés ». En revanche, un excès de cette angoisse conduit à une incapacité à dissocier la relation au père et la relation à la mère, ce qui pourrait être à la source de la confusion mentale. Quand ils se font jour, les sentiments de jalousie se portent moins sur l'objet originel (le sein-la mère) que sur ses rivaux. Le garçon dévie sa haine vers le père, envié comme

possédant la mère : jalousie œdipienne classique. Pour la fille, au contraire, « la mère devient le rival principal ». L'envie féminine du pénis paternel, évoquée déjà par Freud, paraît à Mélanie Klein secondaire. Elle en retient la forme susceptible de renforcer l'homosexualité de la fille : « Il s'agit essentiellement d'un mécanisme de fuite, qui ne saurait instaurer des relations stables avec le second objet. » Dans le cas où l'envie et la haine envers la mère ont été fortes et stables, elles se transfèrent dans le lien au père. Quant à la rivalité avec la mère, Klein soutient - contre Freud - que ce n'est pas l'amour pour le père qui est à sa base, mais toujours l'envie à l'endroit de la mère pour autant qu'elle « possède à la fois le père et le pénis ». Le père, ou plutôt ce à quoi il est réduit, n'est que, on le voit jusque dans ce texte conclusif d'Envie et gratitude, une possession de la mère : Klein utilise le terme d' « *appendage* », traduit en français par « dépendance » - et pourquoi pas par « appendice » ? « Le père (ou son pénis) est devenu une dépendance de la mère et c'est pour cette raison que la fille entend le lui ravir. Dès lors tout succès qu'elle remporte dans ses relations masculines prendra le sens d'une victoire sur une autre femme. Cette rivalité existe même à défaut d'une vraie rivale, car la rivalité s'adresse alors à la mère de l'homme aimé, comme le cas par exemple dans les relations souvent difficiles entre belle-fille et belle-mère. » « Lorsque la haine et l'envie à l'égard de la mère ne sont pas aussi intenses, [...] l'idéalisation du second objet, à savoir du pénis paternel et du père, devient alors possible. » Malgré cette dernière hypothèse, d'une possible idéalisation du père, c'est la haine de la femme envers la mère qui se révèle perdurer, y compris sous le couvert de l'amour du père. Sur ce fond, les amitiés féminines ainsi que l'homosexualité apparaissent comme la quête d'un bon objet qui remplacerait l'objet primordial envié. C'est toujours l'envie du

sein qui sous-tend fondamentalement d'autres pathologies féminines : « Une frigidité plus ou moins marquée apparaît souvent comme une conséquence d'une attitude instable à l'égard du pénis, car elle est surtout fondée sur une fuite devant l'objet originel. » Traduisons : si la femme fuit le pénis, c'est qu'elle a fui le sein : elle ne pourra pas jouir, elle sera frigide, puisque jouir c'est d'abord jouir du sein comportant le pénis. Parallèlement, pour l'homme, la culpabilité homosexuelle s'enracine dans le sentiment d'avoir délaissé trop tôt la mère avec haine, « de l'avoir trahie en s'alliant au pénis du père et au père lui-même. » Cette « trahison de la femme aimée » peut perturber alors les amitiés masculines, et la culpabilité susciter des réactions de fuite de la femme pouvant mener jusqu'à l'homosexualité.

2. Un stade féminin primaire

Tout en accordant un rôle central au sein, le fantasme précoce selon Klein inclut donc, dans le sein, le pénis. Plus encore, en reconnaissant que les pulsions orales sont entremêlées aux génitales, la dynamique du fantasme induit le moi à désirer le coït comme un acte oral de succion du sein incluant le pénis, puis du pénis lui-même à l'image du sein. Commune aux deux sexes, cette attitude commande un stade féminin primaire pour l'homme et la femme - ce qui n'est pas la moindre des innovations kleinienne. L'idée kleinienne d'une phase féminine primaire trouve un développement original chez les psychanalystes contemporaines. Attentives aux conceptions ultérieures de Bion et de Winnicott, Florence Guignard distingue deux espaces d'intimité qui se succèdent rapidement au cours du premier semestre de la vie de *l'infans* : le « maternel primaire », qui serait le théâtre des

fantasmes originaires de vie intra-utérine et de castration, et le « féminin primaire », constitué des fantasmes de séduction et de scène primitive. Je le dirai autrement. Le développement moderne de la pensée kleinienne tente de pallier la mise à l'écart du père, en définissant la coexcitation précoce comme une « articulation du désir-d'être-connu avec l'identification au pénis-qui-connaît ». Il s'agirait en somme d'une double identification : très tôt, le jeune moi s'identifie au désir de se faire connaître que manifeste la femme dans la mère, et à la pénétration connaissante qu'effectue le pénis paternel. Si pour Freud il n'existe qu'une seule libido, d'essence mâle, en contrepoint le désir de connaissance serait du côté du féminin. Grâce à ces récentes avancées sur la sexualité féminine proposées par des analystes femme, l'acharnement de Melanie Klein à développer la pensée et à favoriser le processus de connaissance de ses jeunes patients s'éclaire d'un sens nouveau. Définie comme désir de connaissance et comme favorisant la constitution d'une intériorité psychique où se rencontrent l'homme et la femme, ce serait la féminité qui stimulerait, chez Melanie Klein en particulier et chez les analystes en général, le désir et la capacité de lever les inhibitions de la pensée. Et de développer la créativité des patients par le déroulement du processus analytique lui-même. Le sens de l'écoute que l'analyste femme et le féminin de l'analyste offrent au patient qui vient confier son mal-être serait non pas : « Suis ton désir » ! Mais : « Crée et recrée ta pensée en restant en contact avec le féminin en toi ! »

3. Sexualité féminine...

Très tôt, Klein elle-même s'était intéressée à la sexualité féminine,

à la suite des travaux de Helen Deutsch vis-à-vis de laquelle elle reconnaît sa dette tout en affirmant aller « plus loin », de Karen Horney discutant la conception freudienne d'une castration féminine, en complicité avec Ernest Jones, mais aussi de ceux de sa propre fille Melitta Schmideberg, une fois n'est pas coutume. Le point de départ de son étude est faussement freudien : Freud n'écrit-il pas lui-même, dans *Inhibition, symptôme, angoisse*, que la femme possède bien un complexe de castration, mais qu'on ne peut « vraiment parler d'une angoisse de castration dans un cas où la castration est déjà accomplie » ? Non sans perfidie, Melanie s'autorise de Freud pour mieux le contrer. L'Œdipe de la fille selon elle s'ébauche dans ses convoitises orales fortement accompagnées de pulsions génitales : il s'agit du désir de prendre à la mère le pénis paternel. Bref, l'Œdipe féminin ne succède pas au complexe de castration comme le veut Freud, bien que la fille veuille le pénis et hâisse la mère qui le lui refuse, comme papa Freud l'a bien vu. « Mais ce que la fille me paraît souhaiter avant tout, c'est l'incorporation du pénis paternel sur un mode de satisfaction orale, plutôt que la possession d'un pénis ayant la valeur d'un attribut viril. » Comme Helen Deutsch l'avait avancé, le pénis est alors assimilé au sein de la mère et le vagin assume le rôle passif de la bouche qui suce ; à ceci près que ces fantasmes selon Klein n'adviennent pas à la maturité sexuelle de la fille, mais sont dus à la frustration du sein dès la première enfance ! Cette précocité, qui se déroule sous l'égide du sadisme oral puis anal, explique la prédominance du sadisme dans l'Œdipe de la fille - ses « fantasmes [sont] saturés de haine » à l'égard du pénis-appendice de la mère. La petite fille redoute les représailles de la mère, et en même temps elle l'imagine, dans ses fantasmes, complètement anéantie dans un coït sadique avec le père. Le masochisme féminin s'éclaire dans cette perspective : il proviendrait de la

crainte des objets dangereux introjectés, surtout du pénis paternel, et ne traduirait que « l'infléchissement vers ces objets des pulsions sadiques de la femme. » En raison de l'intensité de ses pulsions destructrices contre la mère, la petite fille investit plus fortement que le garçon ses fonctions urinaires et excrémentielles - mobilisées comme attaques intérieures contre l'intérieur énigmatique de la mère et de la fille elle-même. L'investissement de l'analité chez la femme « répond à la nature secrète et cachée du monde qu'elle et sa mère renferment en elles. » Il s'ensuit aussi que « la fille ou la femme reste ici soumise aux rapports qu'elle entretient avec un monde intérieur et caché, avec l'inconscient ». Mais cette position féminine est d'un piètre soutien contre l'angoisse. Et bien que le vagin soit perçu très tôt, l'investissement phallique du clitoris relègue ce savoir précoce vaginal en arrière-plan. La fréquente frigidity féminine prouve selon Klein que le vagin, éprouvé comme une cavité menacée par des fantasmes sadiques, est investi défensivement et bien plus tôt que le clitoris. Il n'est pas vrai, comme on a pu l'alléguer, que Klein dénie la phase phallique chez la fille. L'identification avec le père grâce au pénis introjecté est pensée par elle comme un « processus graduel » qui renforce le narcissisme et la toute-puissance de la pensée chez la fille : l'érotisation des fonctions urinaires exprime sa position virile ; mais le sadisme sous-tend de fond en comble le complexe de virilité féminine, tandis que la scopophilie et l'érotisme urétral servent à refouler les désirs féminins à proprement parler. La relation mère-enfant et le désir de maternité ne seraient donc pas seulement, dans ce contexte, l'expression de l'envie du pénis, comme le pense Freud ; mais aussi l'expression d'une relation narcissique, « moins dépendante de l'homme et subordonnée à son propre corps [de la femme] et à la toute-puissance des excréments ». Pour Klein le fœtus peut

devenir l'expression du surmoi paternel : la haine ou la crainte que la femme ressent plus tard pour l'enfant prend le relais des fantasmes qui assimilent le pénis à un excrément mauvais et toxique. Dans cette perspective, la réparation - très prononcée chez la femme - prend la forme d'un d'embellissement du pénis excrémental : faire un bel enfant, se faire belle, embellir la maison, etc. - ces sublimations typiquement féminines sont des formations réactionnelles aux fantasmes sadiques élaborées autour des selles dangereuses. On comprend que le surmoi féminin, formé en réaction à cette toute-puissance sadique, est d'une plus grande sévérité encore que celui du garçon. Ne pouvant pas édifier son surmoi à l'image du parent du même sexe, puisque la féminité de la mère est invisible et que son intérieur est menaçant, la fille construit son surmoi de manière exclusivement réactionnelle. Dès lors, « la formation du moi féminin est caractérisée par une hypertrophie du surmoi. » Tirillée entre un surmoi puissant et le monde intérieur de l'inconscient, la femme, comparable en ceci à l'enfant, possède un moi bien instable, eu égard à celui de l'homme. Heureusement, « le moi de la femme arrive à maturité grâce à la puissance du surmoi dont il suit l'exemple tout en cherchant à le contrôler et à le supplanter. » Enfin, Freud, qui avait suivi les travaux de ses disciples plus ou moins dissident(e)s sur la sexualité féminine, avance - après la mort de sa mère en 1931 ! - une nouvelle conception de la féminité dans « Sur la sexualité féminine » (1932). Ce texte donnera lieu à un « Post-scriptum » que Klein ajoutera à son étude « Le retentissement des premières situations anxieuses sur le développement sexuel de la fille », repris ensuite dans le recueil de 1932. Elle se dit en désaccord avec la nouvelle idée de Freud selon laquelle il existerait un long attachement archaïque fille-mère. Et Melanie de réfuter catégoriquement cette hypothèse

d'une idylle entre femmes : « Il [Freud] n'admet pas l'influence du surmoi et de la culpabilité sur cette relation filiale particulière. Une telle position me paraît insoutenable » [...]. Cette mise en perspective du maternel archaïque, qui sature l'objet primaire de désir autant que d'angoisse, éclaire l'homosexualité endogène de la femme d'une manière tout dramatique. Mélanie y insiste non seulement avant Freud, mais avec beaucoup plus de force qu'il ne le fait dans ses articles sur la sexualité féminine. En fait, Klein pose d'emblée le conflit plutôt que l'osmose entre les deux protagonistes. Nous le savions : l'angoisse et la culpabilité sont très tôt présentes, mais elles le sont plus encore entre fille et mère. S'il est vrai que la fille se détache de la mère pour désirer le père dans le deuxième semestre de la vie, l'amour du père est néanmoins fondé sur le lien initial et toujours conflictuel à la mère. La fille s'en retourne au père pour finir. Mais l'envie primaire sous-tend secrètement son Œdipe, car elle ne pardonne à sa mère ni la frustration orale que celle-ci lui inflige, ni la satisfaction orale que les parents retirent l'un et l'autre du coït selon les théories sexuelles primitives. Le ressentiment infiltre donc, de façon subreptice ou manifeste, les relations ultérieures de la femme avec l'autre sexe. Mélanie insinue pour conclure que Freud lui aurait emprunté cette idée, en suggérant qu'« un grand nombre de femmes répètent avec les hommes leur relation avec leur mère. » L'objet de désir d'une femme reste, tout compte fait, l'autre femme, y compris sous le voile de l'hétérosexualité - voilà ce qu'affirme Mélanie Klein avec plus de force et de conviction que ne le font d'autres disciples ou détracteurs de Freud. En leur mari cherchez la mère ! En même temps, là où Freud reconnaissait que la « préhistoire du complexe d'Œdipe » chez le garçon est « à peu près ignorée », Mélanie avance une passivité féminine, étayée sur l'oralité, chez l'homme. Elle ouvre les

recherches sur le féminin de l'homme, à entendre soit comme composante obligée de l'hétérosexualité masculine, soit comme incitation à l'homosexualité. Il s'agit, en somme, de la reconnaissance d'un maternel archaïque qui commanderait deux types de féminité différents : féminité de la femme et féminité de l'homme.

4. ... et sexualité masculine

Alors que l'intérieur de la mère demeure l'objet des pulsions destructrices de la fille, et que l'épreuve de la réalité à l'égard de ses mauvais objets se situe pour la femme à l'intérieur d'elle-même - le garçon, dont la toute-puissance excrémentielle est moins développée, investit tôt le pénis : « Son pénis, organe actif, peut à la fois dominer son objet et être soumis à l'épreuve de la réalité. » « Cette concentration phallique de la toute-puissance sadique est d'ordre capital pour une prise de position masculine. » Organe de la pénétration, le pénis devient pour le garçon organe de la perception - assimilé à l'œil ou à l'oreille, il pénètre pour connaître, et favorise le moi dans la voie de la connaissance et de la pulsion épistémophiliques. Mais puisque le sadisme s'accompagne de fantasmes de réparation, après avoir abîmé l'objet dans l'acte sexuel, le garçon dans ses fantasmes et l'homme dans son expérience sexuelle tendent à le réparer dans l'amour. Le choix de l'homosexualité masculine, en revanche, s'enracine dans la tentative de situer tout ce qui est étrange et terrifiant dans la femme, ainsi abandonnée pour de bon - le prix en étant que l'inconscient de l'homosexuel s'en trouve par là même certes délesté mais au risque d'être liquidé : « Grâce à un choix objectal de nature narcissique, l'homosexuel attribue cette valeur

symbolique au pénis [qui représente le moi et le conscient] à un autre individu du même sexe, et dément de la sorte les craintes que lui inspirent le pénis intériorisé par lui et le contenu de son propre intérieur. Aussi un des moyens typiquement homosexuels qu'utilise le moi contre l'angoisse consiste à nier l'inconscient, à le contrôler ou à le soumettre en accentuant l'importance du monde extérieur et de la réalité tangible, de tout ce qui relève de la conscience. » La thèse freudienne d'un lien social qui serait fondé sur l'homosexualité des frères trouve chez Klein un développement radical : il s'agit d'une confédération secrète des frères contre les « parents réunis », notamment contre le père abusant de la mère, qui trouverait son origine dans les fantasmes masturbatoires de caractère sadique partagés par le garçon avec un complice. Ainsi, la relation entre les frères prend un caractère paranoïde : d'abord protectrice contre le couple parental, cette relation s'inverse. Le pénis surinvesti s'avère un objet persécuteur, à l'image du pénis du père et des fèces du patient lui-même, et c'est la précarité d'une bonne et secourable imago maternelle qui serait à la base de cette instabilité. Le mauvais objet introjecté dans le moi masculin étaye aussi bien l'impuissance sexuelle que l'alcoolisme : chez l'alcoolique (notons que Klein fait ici encore référence aux travaux de sa fille Melitta Schmideberg), la boisson commence par détruire le mauvais objet intériorisé et apaise l'angoisse persécutrice ; mais en raison de l'ambivalence de toute intériorisation, l'alcool, pour un temps apaisant, prend vite la signification du mauvais objet lui-même. Pour compléter le tableau de la sexualité masculine selon Mélanie Klein, rappelons cependant qu'elle n'ignore nullement la compétition du garçon avec son père pendant la phase phallique, et insiste sur la nécessité pour le garçon de supporter l'agressivité et de s'identifier à une bonne image phallique paternelle : « S'il

éprouve fondamentalement une ferme confiance dans sa propre toute-puissance phallique, le garçon peut l'opposer à celle du père et engager le combat avec son organe à la fois redouté et admiré (...). Si le moi est à même de tolérer et de modifier suffisamment les sentiments destructeurs à l'égard du père et si le « bon » pénis paternel lui inspire assez de confiance, le garçon pourra concilier son identification paternelle et sa rivalité avec le père sans laquelle une prise de position hétérosexuelle serait irréalisable ... »

5. Les parents « combinés » ou couplés

Paradoxalement, il faut remarquer que la relégation du pénis à la place de « second » et, qui plus est, à la fonction d' « appendice » de la mère, n'a pas empêché Klein d'élaborer sa théorie du clivage à partir de la présence du pénis dans l'objet (sein), et de proposer le premier modèle psychanalytique de la sexualité fondé sur le couple. Ni le père seul, fût-il père de la horde primitive (Freud) ou Nom-du-Père (Lacan). Ni la mère seule, quelle que soit la puissance du sein comme source, mais aussi comme captation de l'angoisse et, de ce fait, comme noyau du moi et du surmoi. Mais les deux parents. L'un et l'autre sont d'abord « combinés » dans un coït sadique. L'indistinction des deux partenaires occasionne un sadisme exacerbé, voire la confusion mentale chez le jeune moi - c'est l'image des « parents combinés ». Après la position dépressive, le jeune moi fait cependant la distinction entre les deux partenaires, en séparant les deux objets distincts, puis totaux (la mère/le père, la femme/l'homme.) Cette séparation apaise son envie et favorise la perlaboration des clivages. Les éléments clivés

peuvent s'intégrer dans la sexualité génitale. Dès lors, le moi (ou le self) est capable de choisir une dominante d'identification sexuelle avec le parent du même sexe. Tout se passe comme si, malgré le culte maternel, l'univers kleinien fonctionnait - et surtout avec l'Œdipe selon la position dépressive - comme un système à double foyer : femme et homme, mère et père. Cette intuition, il est vrai, n'est pas suffisamment étayée ni élaborée par une théorie conséquente du langage et de l'originaire qui, en effet, manque chez Klein - lacune qui devait cependant stimuler ses successeurs et ses critiques. Il n'en reste pas moins que ce dédoublement initial se révèle riche de possibilités inexplorées, tant sur le plan de la bisexualité psychique que sur celui de ses conséquences éthiques et politiques. Fondée sur la dyade des parents combinés, la théorie de Mélanie Klein n'est pas le fruit d'observations empiriques d'une mère anxieuse sur ses propres enfants, ni la redite respectueuse des concepts du patriarcat juif que fut Sigmund Freud. En fait, et en amont de l'Œdipe, Klein innove en proposant une conception originale du symbolisme. D'emblée, l'apologie de la mère introduit à la reconnaissance des deux parents et fait du couple le foyer hétérogène de l'autonomie bisexuelle du self, puisque Mélanie fait (un peu de) place au père dans sa conception du proto-Œdipe, et plus nettement dans la position dépressive. Mais le culte de la mère - et c'est l'essentiel - s'inverse chez Klein en... matricide. C'est de la perte de la mère - qui revient pour l'imaginaire à une mort de la mère - que s'organise la capacité symbolique du sujet. Rappelons-le, le sein, bon ou mauvais, ne se présente comme premier objet structurant qu'à la condition d'être dévoré/détruit. La mère comme objet total n'apaise le sadisme exacerbé de la position schizo-paranoïde que si elle est « perdue » lors de la position dépressive. Lorsqu'il est sevré, l'enfant se sépare effectivement du sein, il s'en détourne et

le « perd ». Or dans la vie fantasmatique, la séparation ou la perte équivaut à la mort. Paradoxalement, on le voit, le culte de la mère est, pour Klein, un prétexte au matricide imaginaire. Mais l'acceptation de perdre dans l'amour permet l'élaboration de la position dépressive. Tous deux, le culte de la mère comme le matricide, sont salvateurs. Cependant, de toute évidence, le matricide l'est plus que le culte maternel : car sans matricide, l'objet interne ne se constitue pas, le fantasme ne se construit pas, et la réparation est impossible, tout comme le dépassement des hostilités dans l'introjection du self. La négativité kleinienne, qui conduit la pulsion à l'intelligence en passant par le fantasme, se donne la mère pour cible : il faut se déprendre de la mère pour penser. Les voies de cette déprise divergent : le clivage est une fausse piste ; la dépression succédant à séparation/mort convient beaucoup mieux. Enfin, il existerait une pure positivité, innée elle aussi, qui serait la capacité d'amour d'elle-même. Mais cette grâce dépend beaucoup des aléas de l'envie, ou plutôt de la capacité à se débarrasser de l'envie envers la mère, ou dit plus brutalement encore, de la capacité à se débarrasser de la mère. Dans l'histoire de l'art, notamment occidental, la décapitation de Méduse - image non seulement de la castration féminine, comme le veut à juste titre Freud, mais aussi de la perte de la mère archaïque que l'enfant réalise durant la position dépressive -, émerge au moment même où l'Occident découvre l'intériorité psychique et l'expressivité individuelle du visage. A cette décollation primaire qu'est la tête perdue, la tête coupée de Méduse, ont succédé des figures plus érotisées. Certaines visent le pouvoir phallique-symbolique de l'homme (ainsi la décollation de Saint Jean-Baptiste annonçant le Christ) : d'autres manifestent la lutte de pouvoir entre hommes (David et Goliath), entre femme et homme (Judith et Holopherne), etc. La « décollation » de la mère - à entendre

tout à la fois au sens de sa « mise à mort » et d'un « envol » à prendre à partir d'elle, contre elle - serait une condition indispensable pour qu'advienne la liberté psychique du sujet : voilà ce que Klein eut le courage d'annoncer à sa façon, sans précautions. Dans ses textes de maturité, notamment dans « Envie et gratitude », Klein souligne l'existence chez l'enfant d'une aptitude innée à l'amour ou à la gratitude, que renforce le bon maternage. Ajouté à la capacité de réparation qui fait partie intégrante de la position dépressive, cet amour pour la mère n'effacerait-il pas les tendances matricides propres aux positions archaïques chez ce même enfant, et qui semblaient dominantes dans les écrits antérieurs de notre auteur ? D'aucuns ont fait leur cette interprétation. D'autres voient dans cet infléchissement de la pensée kleinienne vers l'amour une variante de la *caritas*, voire même les prémices d'un nouveau socialisme. Pourtant, cette tonalité oblatrice ne saurait recouvrir la négativité qui prédomine dans l'écoute et l'interprétation kleinienne de l'inconscient. Réparation et gratitude ne sont que des cristallisations provisoires de la négativité, ses accalmies dialectiques, car la pulsion de mort ne cesse d'œuvrer. L'aptitude à la gratitude est à soigner et à protéger sans cesse, et ce soin vigilant, dont seule la psychanalyse paraît capable dans la culture moderne, exige qu'une attention constante soit accordée à l'angoisse destructrice qui travaille inlassablement en risquant de faire basculer l'amour et la gratitude dans l'envie, si ce n'est de les anéantir par la fragmentation de la psyché. Quant à la réparation elle-même, c'est en se séparant de la mère, à laquelle le liait l'identification projective initiale, que le « self » acquiert une chance de l'élaborer. Il peut alors re-trouver la mère, mais jamais telle quelle : au contraire, il la recrée sans cesse par sa liberté à lui, le « self », d'être séparé d'elle. Une mère toujours recommencée en

images et en mots, dont « je » suis désormais le créateur à force d'en être le réparateur. La pitié et le remords, qui accompagnent la réparation de l'objet perdu, portent la trace du matricide imaginaire et symbolique auquel cette réparation continue de renvoyer. En effet, à la peur et à la colère propres à l'état de guerre, qui me lie à maman-sein dans la position schizo-paranoïde, succède une compassion pour cet autre qu'elle devient dans la position dépressive. Pourtant, cette compassion n'est autre que la cicatrice du matricide, le témoin ultime, s'il en fallait un, que la réconciliation imaginaire avec elle, dont « j' » ai besoin pour être et pour penser, se paie d'une mise à mort désormais dépassée, d'un matricide maintenant inutile, mais dont le souvenir « me » hante. Il habite « mes » rêves et « mon » inconscient, et affleure à la surface des mots pour peu que « je » m'aventure à la recherche du temps perdu...

6. Une Orestie

Comme le mythe d'Œdipe avait éclairé la théorie de Freud, Mélanie Klein s'appuie sur le mythe d'Oreste, une fois qu'elle a diagnostiqué dans sa clinique le fantasme matricide, pour en déplier la logique spécifique. En effet, avec ses réflexions sur L'Orestie, la psychanalyse fait valoir – sans pour autant dénier l'Œdipe de Freud une autre logique de l'autonomisation subjective. Dans la pièce antique, le meurtre de la mère est source de liberté pour Oreste, mais au prix du remords dépressif que symbolisent les Érinyes ? Passablement hétéroclite, inachevé, ce texte de Klein a été publié de façon posthume, malgré ses lacunes. □ L'étude sur L'Orestie évoque, à la lumière des thèses kleiniennes, les trois volets de l'œuvre d'Eschyle. Tout d'abord est

présenté le sort d'Oreste : il est le fils d'Agamemnon, lequel avait sacrifié aux dieux sa fille Iphigénie pour que les Grecs puissent embarquer sur leurs vaisseaux de guerre, immobilisés par la colère de Neptune. Oreste tue sa mère Clytemnestre pour venger son père dont celle-ci avait fomenté le meurtre afin de venger elle-même la mort de leur fille Iphigénie. Enfin, il est le frère d'Électre qui nourrit des passions non moins matricides, quoique plus prudentes : c'est elle qui exige la mort de Clytemnestre du bras d'Oreste. Dans cet imbroglio implicitement incestueux et explicitement meurtrier, Klein ne pouvait que reconnaître son propre univers clinique, où la libido se laisse résorber par la pulsion de mort. Ce sont les conséquences de la mise à mort de Clytemnestre qui retiennent avant tout son attention : le matricide entraîne certes la culpabilité d'Oreste, mais le fils acquiert par ce geste une liberté extrême, ainsi que la plus haute capacité symbolique. Le moi cherche tous les moyens pour créer des symboles qui deviendront les véritables exutoires de ses émotions, constate Klein dans la dernière page de son Orestie tout en se demandant : pourquoi les symboles ? La réponse est simple : parce que la mère ne suffit pas, la mère est incapable de satisfaire les besoins affectifs de l'enfant. Que dit un symbole ? Laissez tomber la mère, vous n'en avez plus besoin : tel serait le message ultime des symboles, s'ils pouvaient dire leur raison d'être. Et la psychanalyste de rappeler dans ce texte sur Oreste un de ses premiers travaux, sur le petit Dick et ses difficultés à acquérir les symboles, son mal à accéder à la pensée. Le drame d'Oreste lui servirait-il d'introduction à sa réflexion sur la naissance des symboles, à l'apologie des symboles ? Ou bien s'agirait-il, par ce détour mythologique, de dire que le symbole est le meurtre de la mère ? Ou encore qu'il n'y a pas meilleur meurtre de la mère que le symbole. Évidemment ce meurtre, tel que la psychanalyse le

constate et le favorise, est d'ordre imaginaire ; il ne s'agit pas de tuer sa mère, ni qui que ce soit d'autre, dans la réalité : « aucune situation de réalité ne saurait combler les besoins et les désirs impérieux, souvent contradictoires, de la vie fantasmatique de l'enfant ». Les crimes et autres passages à l'acte plus ou moins agressifs ne sont que des ratages du symbole, ils signent un échec du matricide imaginaire qui, seul, ouvre la voie à la pensée. A l'inverse, la création de la pensée, puis l'exercice d'une liberté souveraine, qui donnera peut-être naissance à une œuvre de génie témoignent d'un fantasme réussi de matricide. L'anti-héros Oreste, matricide s'il en est, est aussi un déicide hors pair. Contrairement à Œdipe, homme du désir, de son refoulement, et complice des dieux, Oreste est le crépuscule de Jupiter. Œdipe, créateur et déchiffreur d'énigmes, présente le profil du croyant. Croire au père, aux dieux, au savoir - la différence n'est pas si radicale qu'on a pu le dire : toute forme de croyance métabolise le désir de jouir et le désir de mort. Oreste, lui, est l'anti-fils et l'anti-héros, parce qu'il est antinature. Klein remarque à juste titre que tuer la mère-nature équivaut à se dresser contre Dieu : le meurtre de la mère inflige la culpabilité, écrit-elle en repensant à la « position dépressive », génératrice de remords ; mais ici, l'analyste fait un pas de plus et extrapole en suggérant que, redouté parce qu'infligeant le châtement, la mère est « le prototype de Dieu ». Cette interprétation n'est pas trop éloignée de la lecture sartrienne de L'Orestie dans Les Mouches : le fils meurtrier de sa mère est le déicide radical. Mais si Klein affiche ici son incroyance - tout comme la mère de Fritz-Erich se disait « athée » - elle précise aussitôt que sa version du matricide n'a rien de nihiliste, au contraire. Se débarrasser de la mère devient la condition sine qua non pour accéder au symbole. Car lorsque cet accès à la symbolisation fait défaut apparaît alors le versant

lugubre d'Oreste : là où il est, c'est l'échec d'Œdipe ? De ses désirs et de leur refoulement. Le sujet s'en retourne au clivage, à cette destruction de l'âme où la psychose entrave le psychodrame névrotique et réduit en fragments l'espace psychique. Les patients kleinien qui témoignent de cette Orestie ne sont-ils pas les précurseurs des tueurs gratuits, automates sans états d'âme, d'Orange mécanique ? Aujourd'hui, certaines de ses personnalités morcelées s'abritent dans les expositions d'art et les maisons d'éditions dites « d'avant-garde » accueillent leurs obscénités minimalistes. Les analystes, quant à eux, déchiffrent l'échec d'Oreste et de la symbolisation dans les nouvelles maladies de l'âme dont sont porteurs les casseurs et autres dealers des nouvelles mégapoles. Il existe pourtant un visage lucide d'Oreste. L'ambition philosophique qui accompagne le génie de Klein consiste à le réhabiliter pour y chercher les conditions ultimes de la pensée, aux sources du refoulement originaire : là où se joue l'avènement de l'espace psychique et de l'intelligence, mais où s'amoncellent aussi les risques de son étouffement. Quand les dieux sont fatigués ou compromis, il ne nous reste qu'à contempler ces sources fécondes, à les soigner, à les préserver, à les développer. Avec et à côté de ses interprétations décapantes, l'éloge kleinien du matricide est un plaidoyer pour le sauvetage de l'aptitude symbolique des humains. Le symbolisme, qui serait le propre de l'homme, se présente à cette mère de la psychanalyse comme un miracle incertain, toujours déjà menacé, et dont le sort dépend bien de la mère, mais à condition que « je » puisse « m'en passer ». Elle est toute-puissante, cette mère, dit en substance Mélanie-fille-de-Libussa, mais nous pouvons, nous devons faire sans elle, et mieux. Tel est le message, qu'il faut bien dire symbolique, du « crime » kleinien. On comprend dès lors que certaines féministes aient loué en Klein la créatrice moderne du

mythe de la déesse-mère. D'autres l'ont honnie pour la même raison : n'est-ce pas insoutenable d'envier sa mère ? D'autres, enfin, l'ont rejetée pour avoir encouragé le matricide. Seules, peut-être, les femmes auteurs de romans policiers l'ont comprise, sans l'avoir lu et sans avoir à la lire d'ailleurs. Car elles partagent avec Mélanie ce savoir inconscient qui veut que « je » parle du meurtre non pas parce que « j'en veux » aux hommes, porteurs du phallus, et que « je » souhaite m'en délivrer : pas seulement. Mais parce que, fille et mère, fille ou mère, « je » sais de quelle envie « je » dois me débarrasser - quel désir forcément sadique traverser, perdre, en un sens tuer - pour acquérir la liberté minimale de penser. Le roman policier nous paraît vrai dans la mesure où il dépasse la littérature courante qui exhibe les petits drames du désir et les charmes plus ou moins mièvres du refoulement enfin transgressé. Les reines du polar plongent dans une psyché catastrophique qui n'est plus une âme digne de ce nom. Clivages et dépeçages à la Klein, retournements, envies et ingrattitudes, fantômes incarnés, tels les objets concrets et les surmoi tyranniques de la mère Mélanie, hantent ces espaces éclatés, enfin visités et révélés dans la douceur d'un deuil plus ou moins apaisé. Les reines du polar - soulignons le féminin de cette expression toute faite, comme allant de soi, banale ? - sont des déprimées réconciliées avec la mise à mort, et qui se souviennent qu'au commencement était le sadisme envieux, et qui ne cessent de s'en guérir en le racontant. Je les imagine ayant la violence feutrée de la vieille Mme Klein, qui aurait pu écrire elle aussi des polars, si elle avait eu la chance de posséder une langue maternelle, et si elle n'était pas devenue le détective principal, autrement dit une analyste. Ce qu'elle est, de toute façon, sans conteste. Même quand elle semble oublier qu'il reste encore des énigmes et se hâte d'appliquer un savoir ready-made, élaboré par

ses enquêtes antérieures. Cependant, même lorsqu'elle plaque les schémas de son système, elle débusque l'angoisse à vif, et, Comme avec Richard, tombe juste et fait mouche afin de dégager les chemins de la pensée.

III.

D'avoir centré son enquête sur la mère - d'abord sur son emprise, puis sur la mise à mort de celle-ci pour que vive le symbolisme -, Mélanie Klein l'orestienne s'est placée au cœur de la crise des valeurs modernes. Réparer le père et restaurer la connaissance de la réalité, dit-elle en substance, sont des objectifs secondaires, peu intéressants parce que potentiellement tyranniques, et d'ailleurs irréalisables sans la création d'une vie psychique. Personne mieux que Mélanie n'a refusé ce que Jean Gillibert appelle « cet abandon vil au chef ». Sans chef, car la mère n'en est pas un, mais un objet de pouvoir phantasmatique détenteur d'angoisse, l'univers kleinien est en effet un univers détotalisé. A cette condition seulement, en perdant l'objet de l'angoisse et en perlaborant cette perte, le soi pourrait accéder à la vie de l'esprit que Winnicott formule comme une « transitionnalité ». Pour qu'il y ait transitionnalité, le lien à la mère - non pas une mère phallique mais une mère habitée par le désir du père sous l'aspect du pénis - est fondamental. Chez Klein, il s'agit d'un lien terrifiant, dont l'enfant toujours déjà phobique apprend à se défaire (le petit Hans de Freud en était le prototype discret), et il y réussit grâce à la symbolisation. Pour y parvenir le bébé sadique-phobique s'appuie à la fois sur ses propres capacités à éprouver du plaisir, à jouir, et sur la réponse maternelle à ses angoisses, pourvu que celle-ci soit suffisamment bienveillante et distante. Klein ne dévalorise pas le

désir : elle le démystifie au fur et à mesure qu'elle démystifie la pulsion de mort, en montrant qu'elle est pensable, qu'elle est même la source de la pensée. Les difficultés théoriques que la psychanalyste accumule dans ce trajet sont des apories métaphysiques auxquelles n'échappent aucune des connaissances de l'humain et de ses thérapies. Elles ont le redoutable privilège de nous situer au lieu le plus reculé où, lorsque se déchire la promesse de protection paternelle qui va de pair avec la protection transcendantale, le « roseau pensant » que nous sommes supposés être se confronte à une alternative qui est la version moderne de la tragédie. Nous en sommes réduits à osciller entre dispersion de soi et crispation identitaire, entre schizophrénie et paranoïa. Avec pour seul voisinage certain, des mères paranoïaques, cruelles et fragiles. L'analyste qui se propose de nous conduire au symbolisme est alors obligé(e) d'en être, de partager cette paranoïa cruelle et fragile. Pour mieux s'en déprendre et, dans cette possession/dépossession, revivre continûment la dépression comme condition de la créativité. La sienne propre, et celle de ses patients. Après avoir fait, avec Freud et Lacan, de l'érotisme notre Dieu, et du phallus le garant de l'identité, nous sommes invités, avec Klein à ressourcer nos ambitions de liberté dans des régions plus frustes, plus archaïques du psychisme, là où l'un (l'identité) ne parvient pas à être. Nous nous apercevons alors que Mélanie, sous ses airs de matrone heureuse de s'établir pour faire école à Londres, est notre contemporaine. Regardez les objets de l'imaginaire moderne, les expositions ou autres installations sorties des fabriques du « post-coïtum animal triste » : n'est-ce pas le bazar des « objets internes », faits de seins, de lait, de fèces et d'urines sur lesquels flottent les mots et les images de quelques phantasmes bien méchants et bien défensifs, schizo-parano-maniaques quand ils ne

sont pas simplement dépressifs ? Une inversion du processus de symbolisation. Sans parler des jeux vidéo, dont la violence affole les associations de parents d'élèves - puisque leurs enfants s'y « projettent » (eh oui !) au point de ne plus distinguer l'image de la réalité -, où le monde moderne semble s'engloutir dans un phantasme au sens kleinien du terme, talionique et réaliste. A cette différence près que, chez Mélanie Klein, l'analyste accompagne ce phantasme, le formule et l'interprète pour le rendre pensable et ainsi seulement le traverser : ni l'interdire ni le refouler. Au contraire, les tueurs inconscients des écoles américaines n'ont eu que l'écran télévisuel pour baby-sitter et, sans aucune parole pour les déposséder de l'emprise imaginaire, ils sont les naufragés de la position dépressive jamais accomplie, des victimes toutes désignées de la régression schizo-paranoïde. En les annonçant avant la Seconde Guerre mondiale, Mélanie ne ricane ni ne triomphe : elle les accueille avec la compassion d'une complice qui nous fait croire que ce n'est déjà pas si mal de jouer pour dire le désir de mort, mais que l'on pourra mieux faire, ensemble. C'est bien cela, la véritable « politique » du kleinisme, qui n'en laisse pas moins en suspens une question interne à la psychanalyse : s'il est certain que l'implicite idéologique des percées kleinienne alimente la philosophie sociale contemporaine, qu'en est-il de la poursuite de sa clinique ? Le post-kleinisme n'a-t-il pas produit tous ses fruits ? La recherche en psychanalyse se situe aujourd'hui dans un œcuménisme qui emprunte aux propositions des diverses écoles (freudienne, kleinienne, bionienne, winnicottienne, lacanienne...) et affine l'écoute spécifique de chaque patient, dans le souci d'une interprétation attentive aux nouvelles maladies de l'âme, sans viser à construire des systèmes inédits pour des batailles à venir. Ce recul du militantisme n'est pas nécessairement un temps mort,

pas plus qu'il ne signale un épuisement de la psychanalyse. Celle-ci est animée, au contraire, d'un double mouvement. D'une part, elle s'ouvre à d'autres champs d'activités humaines (la société, l'art, la littérature, la philosophie) qu'elle éclaire d'une intelligibilité renouvelée et ainsi étoffe et déploie le sens de ses propres concepts hors de la stricte clinique. D'autre part, en se focalisant en profondeur sur des symptômes spécifiques, elle s'aiguise et se diversifie pour mieux saisir et soigner la singularité de chaque patient, en évitant la généralité des structures. Ce qui pousse ses interventions jusqu'aux frontières de la signification et de la biologie. Comme en bien d'autres domaines, au temps des "génies" et des grands systèmes succèdent aujourd'hui l'aventure et les risques personnels. Avec et malgré son goût du pouvoir accentué par l'époque et les circonstances, Mélanie Klein reste, au fond, une annonciatrice de ces deux tendances simultanées. Elle pensait que l'intérieur de la mère (invisible mais imaginé peuplé d'objets menaçants, à commencer par le pénis du père) offre aux deux sexes les plus anciennes situations d'angoisse : l'angoisse de castration n'étant qu'une partie, certes capitale, de cette angoisse plus générale qui concerne le dedans du corps même. Elle suggérait aussi que de « bons » objets contrebalancent les « mauvais ». Et qu'enfin, par la pensée, se constitue une intériorité psychique, une « profondeur » (*depth*), d'abord chagrine, puis soulageante et joyeuse, qui est seule capable de dépasser la peur de cet intérieur maternel. D'un intérieur l'autre, de l'angoisse à la pensée : la topographie kleinienne est une sublimation de la cavité, une métamorphose utérine, une variation sur la réceptivité féminine. De sa proximité avec la profondeur innommable elle a fait une connaissance de soi ? Avant de nous convaincre que cette connaissance imaginaire est valable pour tous : femmes et hommes. Le phantasme incarné de l'intérieur

devient, par le biais de l'interprétation analytique, un moyen de connaissance de soi : ce n'est plus la foi, c'est la psychanalyse qui en est le domaine privilégié. Avec Mélanie Klein, le phantasme relatif à la mère se place au cœur du destin humain. Dans notre culture judéo-chrétienne, cette revalorisation signifiante de la mère n'est pas sans importance. La fertilité de la mère juive était bénie de Jahvé, mais retranchée du lieu sacré où se déploie le sens de la parole. La Vierge mère devint ensuite le centre vide de la Trinité chrétienne. Depuis deux mille ans, l'Homme de douleur, le Christ, a fondé une nouvelle religion en appelant au père, sans vouloir savoir ce qu'il y avait de commun entre lui et sa mère. L'enfant kleinien, phobique et sadique, est le double intérieur de cet homme visible et crucifié, son dedans douloureux qu'habite le phantasme paranoïde d'une mère toute-puissante. Il s'agit du phantasme de la mère tuante et à tuer, d'une représentation incarnée de la paranoïa féminine dans laquelle se projette la schizo-paranoïa de notre moi primitif et débile. De cette profondeur mortifère le sujet parvient cependant à se délivrer, à condition de la perlaborer indéfiniment en l'unique valeur qui nous reste : la profondeur de la pensée. Comme l'analyste, mais sans le savoir, la mère accompagne son enfant dans cette perlaboration où il la perd, puis la répare en paroles et en pensées. La fonction maternelle réside dans cette alchimie qui passe par la perte de soi et de l'autre, pour atteindre et développer le sens du désir mortifère, mais uniquement dans l'amour et par la gratitude où s'accomplit le sujet. Le lien d'amour pour cet objet perdu qu'est la mère, dont « je » me sépare, prend alors le relais du matricide, et s'auréole de pensées. Ce n'est pas le moindre éclat du génie de Mélanie Klein que d'avoir ainsi lié, par le négatif, le sort du féminin à la survie de l'esprit.

Histoire de la Psychanalyse et de la psychothérapie en France après la seconde guerre mondiale

Auteur(s) : Roger Perron

Mots clés : analyse profane (analystes non-médecins) - auxiliaires de psychanalyse - Berge (André) - Centre Claude Bernard - Clark-Williams (Margaret) - Dolto (Françoise) - Institut de psychanalyse - Lebovici (Serge) - Mannoni (Maud) - Ordre des médecins - psychothérapeutes d'enfants - Revue française de Psychanalyse - Sauguet (Henri) - section de psychanalystes d'enfants - Société psychanalytique de Paris - Syndicat National des Psychologues Psychanalystes

**Conférence donnée à la Société Psychanalytique de Paris,
15 mai 2001**

Au lendemain d'une guerre terrible, dans un monde traumatisé et bouleversé, les psychanalystes vont se poser dans des termes nouveaux la question des rapports entre psychanalyse et psychothérapie ; ils vont beaucoup flotter à cet égard, car Freud n'est plus là pour leur dire ce qu'il convient d'en penser. Leurs tâtonnements procèdent pour une part d'incertitudes théoriques, techniques, et même sémantiques. Sémantiques : le terme « psychothérapie » est tantôt pris dans un sens très large,

couvrant toute action visant à soigner des troubles ou difficultés psychiques, tantôt dans un sens beaucoup plus restreint, où il ne s'agit plus que d'une modalité particulière du travail du psychanalyste avec son patient. Théoriques : la psychanalyse est-elle une psychothérapie ? Freud, pour l'essentiel, répondait oui en prenant le terme « psychothérapie » au sens large (c'est une démarche psychothérapique parmi d'autres) mais elle est bien plus qu'une thérapeutique. Techniques : des entretiens en face à face peuvent-ils donner naissance à un véritable processus psychanalytique, et dès lors peut-on considérer qu'il s'agit encore d'analyse ?

Deux facteurs vont contribuer, en France comme dans d'autres pays, à modifier la donne, à faire sortir la question d'un débat académique ou technique réservé aux analystes. Le premier est l'ampleur et l'urgence des besoins : la guerre a laissé en très grand nombre des adultes et des enfants traumatisés pour lesquels est nécessaire une prise en charge que la psychiatrie ne peut assez assurer ; la psychanalyse semble à bien des égards mieux armée pour y faire face. Second facteur, l'apparition d'une nouvelle catégorie de professionnels qui pourraient fournir les personnels nécessaires : les psychologues, qui vont constituer une sorte de prolétariat de la psychothérapie dont la masse croissante et les revendications de dignité professionnelle vont peser lourd dans ce débat.

Il serait intéressant de comparer sur ces bases la façon dont la question des psychothérapies a évolué dans quelques grands pays, au premier chef la France, la Grande Bretagne et les Etats-Unis. Ce serait un travail considérable, dont je ne dirai rien ici, sauf à en suggérer l'intérêt. Je me bornerai donc, dans ce qui suit, à offrir

quelques points de repère, en me limitant de plus à ce qui s'en est joué dans l'orbite de la Société Psychanalytique de Paris, et dans la période 1945-1965. J'espère cependant que, en dépit de cette limitation, cela permettra de jeter les bases d'une réflexion plus étayée.

D'une première approche, même cursive, il se dégage deux évidences :

- Vers 1950, le terme « psychothérapie » désigne en général, aux yeux des analystes eux-mêmes une forme de pratique psychanalytique mineure, utilisable dans des cas supposés faciles, et qu'on pense pouvoir confier à des gens peu formés à la pratique psychanalytique. On en reste pour l'essentiel à l'opinion émise par Adrien Borel lors d'une réunion de la Société Psychanalytique de Paris le 18 juin 1935 : c'est « une forme régressive de la psychanalyse... ». C'est donc une technique qu'on conseille d'utiliser avec les enfants, supposés constituer des cas plus faciles, parce que moins « complexes » que les adultes, et que d'ailleurs on ne peut allonger sur un divan....
- Comme c'est tenu pour plus facile, on peut envisager que ces actions soient concédées à des thérapeutes non-médecins, mais sous surveillance d'un médecin qui prescrit la cure et en suit le déroulement. Avec l'émergence d'une nouvelle profession, celle des psychologues, le débat va devenir aigu : certains pensent que, s'il s'agit de psychanalyse, même « dégradée », seuls les médecins doivent pouvoir conduire ces traitements ; d'autres admettent sa pratique par des non-médecins,

mais mettent alors l'accent sur une visée plus éducative que thérapeutique.

Il est clair que, ce qui sous-tend ces prises de position, ce sont les conceptions sur les visées de la cure analytique elle-même, et ce qui peut en être conservé dans ses formes supposées mineures. Ces conceptions s'ordonnent, me semble-t-il, sur trois axes. Sur un premier axe, la visée essentielle de l'analyse -et par extension de la psychothérapie- est d'ordre cathartique : ceci n'est guère préconisé dans la psychothérapie avec les enfants, sauf peut-être en cas de traumatisme majeur, mais alors il est fermement soutenu que cela doit être aux mains d'un médecin. Sur un second axe, la visée est réparatrice, supposant une phase préalable plus ou moins longue d'une régression plus ou moins profonde ; dans le cas de la psychothérapie avec les enfants, cette visée réparatrice se fait volontiers maternelle, maternante, au point que le -ou plutôt la- psychothérapeute apparaît cousine de l'éducatrice du jardin d'enfants... Sur un troisième axe, l'accent est mis sur l'explication, voire même l'éducation, dans une position qui apparente le/la psychothérapeute à une institutrice ès choses sexuelles. Bien évidemment, ce sont les positions qui sous-tendent alors la cure psychanalytique elle-même, dans un contexte fortement marqué au cours de toute cette période par Anna Freud et « l'ego psychology » américaine.

Telles sont les grandes lignes d'une histoire dont je vais tenter de situer quelques jalons, certainement très incomplets.

1. *Les psychothérapeutes*

d'enfants

C'est dans cette optique générale que la SPP crée en son sein, le 13 décembre 1949, une « section de psychanalystes d'enfants », H. Sauguet assurant « la liaison avec le bureau de la SPP ». Cette Section se réunira ensuite tous les premiers Mardi du mois ; la *Revue Française de Psychanalyse* mentionne des exposés de cas de psychothérapies d'enfants par Berge, Lebovici, Mme Dreyfus-Moreau, Maud Mannoni, Françoise Dolto, Juliette Boutonier, etc. (*RFP*, 1951, vol. 15, 1, p. 130-135) ; mais, soit que cette Section ait cessé de se réunir, soit que d'autres sujets aient paru plus importants, la *Revue Française de Psychanalyse* n'en fait plus mention après 1950.

Les documents sont plus explicites sur un projet de formation de psychothérapeutes d'enfants, bien significativement rebaptisés dans ce projet « conseillers d'enfants agréés par la SPP », une formation qui déboucherait sur un diplôme

Ce projet est exposé de façon détaillée dans la *Revue Française de Psychanalyse* en 1949 (*RFP*, 1949, vol. 13, p. 436-441)

L'exposé des motifs déclare en préalable : « *Si la psychanalyse n'est ni la seule psychothérapie, ni applicable à tous les cas, elle seule a apporté une théorie générale des psychothérapies et assure au psychothérapeute une formation satisfaisante dont l'analyse didactique est la base* ». Mais, ajoute-t-on, les besoins sont tels que « *tous les psychothérapeutes d'enfants ne peuvent actuellement subir la nécessaire analyse didactique* ». Il faut donc faire appel à un appoint extérieur. On sélectionnera pour cette formation des psychologues : la licence de psychologie est, dit-

on, « *souhaitable* ». Je rappelle qu'à ce moment, 1949, elle vient juste d'être créée (en 1947), le seul diplôme dans ce domaine étant jusque-là un diplôme de psychopathologie délivré par l'Institut de Psychologie de Paris, qui était alors un Institut inter-universitaire placé sous le triple patronage des Facultés de Médecine, des Sciences et des Lettres.

Le candidat à cette formation de « conseiller d'enfants », qu'il ait ou non la licence de psychologie, doit avoir au moins un an d'expérience professionnelle avec des enfants. Il faut qu'il soit « *travailleur, patient et persévérant, qu'il ait de l'ordre et de la méthode, qu'il soit sympathique* »... En fait, quand on lit ce qui est attendu de lui (et qui est supposé être le reflet de ce qu'est l'analyste), on est pris de vertige : « *aptitudes intellectuelles à la fois élevées et variées, aptitude à penser l'abstrait et le concret, compréhension, esprit critique, imagination, souplesse d'esprit, maturité affective, tolérance, absence de prétention et de dogmatisme, tact, discrétion, patience, bonté, simplicité, réserve, défiance envers les schémas tout faits, intuition et pénétration psychologique, minimum de souffrance psychique, capacité d'être heureux, efficacité, réussite, stabilité affective, tolérance à la tension, aptitude à se détendre et à jouer, connaissance de soi et autocritique, humour...* », etc. Toutes qualités dont évidemment Sacha Nacht et Jacques Lacan, personnages clés de cette époque, étaient évidemment les modèles ! On est tenté de leur demander, comme Figaro au Comte : « *Aux vertus qu'on exige dans un domestique, Votre Excellence connaît-elle beaucoup de maîtres qui fussent dignes d'être valets ?* »

C'est cependant sur ces critères que le projet prévoit la sélection des candidats, par une commission de trois membres de la Société

Psychanalytique de Paris, sur la base d'entretiens et de tests d'aptitude et de personnalité... Au programme de l'enseignement : biologie, maladies des enfants, psychopathologie infantile, techniques de psychothérapie (36 heures en tout), et stages. Un diplôme est délivré après deux années d'études. Quant à l'exercice professionnel ainsi ouvert, il s'agira de travailler avec des enfants « *dans les cas où une psychanalyse n'est pas nécessaire ou indiquée, ou impossible* ». Le rôle du « conseiller d'enfants » sera de « *seconder le médecin dans l'examen et le traitement psychologique des enfants inadaptés (...) il ne fait donc pas double emploi avec le psychanalyste d'enfants, ni ne se confond avec lui* ». Ceci n'est pas si clair, puisque « le psychanalyste d'enfants » n'est par ailleurs pas défini ; la différence réside donc essentiellement en ceci que le « conseiller d'enfants » occupe une position secondaire où il « seconde le médecin », psychanalyste ou non.

Qu'en est-il advenu ? Pas grand-chose semble-t-il si l'on considère le manque de références ensuite dans la *Revue Française de Psychanalyse*.

[retour en haut de la page](#)

2. Les « auxiliaires de psychanalyse »

On en trouve cependant une résurgence deux ans plus tard, en 1951 donc, avec un projet que Sacha Nacht, alors président de la SPP, adresse aux titulaires en novembre 1951.

C'est le « projet d'un statut des auxiliaires de psychanalyse », qui

visé en fait à donner un statut de psychanalyste à des psychologues. Selon ce projet, les candidats au diplôme qui donnerait accès à cette nouvelle profession devaient posséder, soit la licence de psychologie (créée quatre ans auparavant), soit le diplôme de psychopathologie de l'Institut de Psychologie de Paris.

Cette formation supposait : faire une analyse didactique personnelle, puis conduire deux analyses sous supervision, suivre un enseignement théorique et faire un stage d'un an dans un service de neuro-psychiatrie. L'examen final prévoyait un travail clinique écrit et un oral. Le diplôme, selon ce projet de Nacht, devait être préparé et soutenu dans le cadre de la Faculté de Médecine de Paris, le corps professoral étant constitué de professeurs de cette Faculté et de titulaires de la *SPP*. Il est évident que Nacht voyait là un moment important de son action en faveur de la création d'une chaire de psychanalyse à la Faculté de Médecine, chaire dont il espérait bien être le premier titulaire... Cela ne se fit pas, du fait du manque évident d'enthousiasme des professeurs de cette Faculté... mais aussi de la rivalité latente avec Lagache qui, lui, espérait bien qu'une telle création se ferait dans le cadre de la Faculté des Lettres, où il enseignait lui-même...

Ce projet ne mentionne pas explicitement le terme « psychothérapie », et dit bien qu'il s'agit de former des psychanalystes. Mais le contexte, et le choix même du terme « auxiliaire de psychanalyse », montrent bien, ici encore, qu'il s'agit de psychanalystes de second rang, un peu sur le mode de ce qu'étaient autrefois les « officiers de santé » subordonnés aux docteurs en médecine (je rappelle que c'est à dessein que Flaubert fit de Charles Bovary un officier de santé, et non un

médecin...). Il semble bien que, en dépit du prestige de Nacht, ce projet n'ait pas, lui non plus, abouti.

[retour en haut de la page](#)

3. Un procès pour exercice illégal de la médecine intenté à une psychothérapeute

En tout ceci, il apparaît donc bien qu'aient été étroitement intriquées deux questions. Première question : la psychothérapie est-elle ou non une forme mineure de la cure psychanalytique, essentiellement applicable aux enfants ? Seconde question : si oui, peut-on ou non admettre à sa pratique des gens qui, supposés moins formés que les médecins à la pratique des soins, seraient cependant utilisables sous surveillance médicale, à savoir les psychologues ?

La question va prendre un grand retentissement médiatique à l'occasion du procès intenté par l'Ordre des Médecins à Margaret Clark-Williams, une psychologue accusée d'exercice illégal de la médecine (Schopp, 1990).

Margaret Clark-Williams est une psychanalyste américaine analysée par Leuba ; elle est membre de la *SPP* et travaille au *Centre Claude Bernard* dirigé par André Berge. Elle n'est pas médecin. Elle suit cependant en pratique privée quelques-uns des enfants qui lui sont adressés. En mars 1950, l'Ordre des médecins porte plainte contre elle, pour exercice illégal de la médecine, puisqu'elle exerce une pratique médicale sans être médecin. Mais témoignent en sa faveur Leuba, Berge, Lagache, Juliette Favez-

Boutonier, Cenac, qui tous témoignent de sa bonne formation, du sérieux de son travail et de son appartenance à la SPP. Le sens général de ces témoignages est qu'elle travaille sous contrôle médical strict, et qu'au demeurant son action est bien plus d'ordre pédagogique que thérapeutique. L'avocate qui la défend reprend ces arguments en disant qu'il s'agit en fait d'une « rééducation psychique », et que cela ne dépasse guère l'action d'une mère attentive, ou d'une institutrice intelligente... Bref, cette ligne de défense consiste à désigner les psychothérapies pratiquées par Mme Clark-Williams de termes non médicaux. Il est clair en fait qu'il s'agit bien de psychothérapie, mais déguisée sous des termes d'apparence pédagogique... Sensible à cette argumentation, le tribunal prononce l'acquittement et condamne l'Ordre des médecins aux dépens. Cependant, celui-ci fait appel. En seconde instance, il y aura au contraire, en juillet 1953, condamnation pour exercice illégal de la médecine. Car lors de cet appel, le nouveau tribunal voit les choses autrement : il cite dans ses attendus... le Règlement de la SPP, qui précise que « *la psychanalyse est essentiellement une technique médicale dont les névroses ne présentent que le domaine d'éclosion* », et qui préconise pour le psychanalyste « *des qualifications médicales et parmi elles la spécialisation psychiatrique* »... Margaret Clark-Williams est en conséquence condamnée à une amende symbolique (qui sera d'ailleurs amnistiée un peu plus tard).

Ce procès illustre bien les ambiguïtés de la SPP en ce qui concerne le problème posé par les pratiques thérapeutiques autres que la cure de divan mais inspirées de la psychanalyse, et la question, qui lui est intimement liée, de l'analyse par les non-médecins. Ces tensions aboutiront à la scission de juin 1953.

[retour en haut de la page](#)

4. Positions de l'Ordre des Médecins en ce qui concerne la psychanalyse et les psychothérapies

Ce procès Clark-Williams agite les esprits, et nourrit les controverses entre médecins et non médecins, psychiatres et non psychiatres, et parmi les psychanalystes eux-mêmes. La Société médico-psychologique va en débattre chaudement. Le 25 novembre 1951, on y entend une communication de Serge Lebovici et Georges Heuyer ; je rappelle qu'alors Lebovici, jeune psychiatre et analyste de fraîche date, a 36 ans.

Lors de cette réunion, on s'accorde à penser qu'il est préférable que les psychothérapies soient faites par des médecins, mais vu l'importance des besoins on peut admettre une pratique de non-médecins ; cet argument est souligné dans cette séance par Lacan, selon qui « *il est difficile de se passer du concours des meilleurs parmi les psychologues en mesure d'aider les médecins* », et cette position est soutenue par Daumezon (Schopp, 1990, doc 8)

Quant à l'Ordre des Médecins, il s'en préoccupe d'autant plus qu'il est alors engagé dans le procès que je viens d'évoquer. Il crée une Commission pour définir le rôle des psychologues, commission qui se réunit les 8 janvier et 27 mai 1952.

Tout le monde s'accorde lors de cette réunion pour leur consentir d'appliquer des tests... Mais peut-on leur accorder aussi de conduire des psychanalyses et des psychothérapies ? Et peut-on

suivre Nacht lorsqu'il envisage des « auxiliaires de psychanalyse » non médecins ? Nacht évidemment soutient son projet devant cette Commission de l'Ordre des Médecins, spécifiant qu'il s'agirait d' « auxiliaires » formés par la SPP. Lagache le suit, mais met en valeur la formation des psychologues à l'Institut de Psychologie de Paris, où il se trouve qu'il enseigne... D'autres, notamment Lhermitte et Delay, se prononcent contre la pratique de l'analyse et des psychothérapies par des non-médecins.

Conclusion du débat : « *la psychothérapie est uniquement du ressort du médecin* ». L'ambiguïté est ici patente, dans la mesure où le terme « psychothérapie » désigne alors semble-t-il plutôt la cure psychanalytique elle-même. Mais s'il s'agit seulement de « rééducations psychiques », ou de « rééducations affectives », de l'ordre de la pédagogie et non de la médecine comme plusieurs l'ont soutenu lors du procès Clark-Williams ? Il s'agissait bien sûr alors d'arguments d'opportunité pour éviter une condamnation ; mais leur reprise par les psychanalystes eux-mêmes, dans ce débat au sein de l'Ordre des Médecins, montre bien que ces termes sont significatifs d'une option qui voit la psychothérapie, et en fait la psychanalyse, comme une entreprise de « correction » de développements et fonctionnements psychiques fâcheux ; et que le processus psychanalytique y est considéré comme régression cathartique, déblocage d' « affects coincés » et résolution de fixations, puis reconstruction.

Sur ces bases assez confuses, les psychologues, ainsi rebaptisés « rééducateurs psychiques », sont plus volontiers admis. Heuyer en dit l'utilité dans son service : mais la commission est unanime (y compris donc Lagache, Nacht, Lacan, Cenac...) à dire que cela ne doit concerner que les enfants, pas les adultes (Schopp, 1990).

Il est utile de signaler que, beaucoup plus tard, l'idée d'une action thérapeutique qui ne dit pas son nom ressurgira avec la création, à l'Institut de Psychologie, d'un Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées baptisé « Conseil psychologique »...

[retour en haut de la page](#)

5. La renaissance de l'Institut de Psychanalyse et le triomphe de la médecine

De tout ceci ressort la sensation que, dans cette période, c'est à dire vers 1950, le discours est souvent brouillé par l'ambiguïté du langage. En effet, le terme « psychothérapie » est tantôt pris dans un sens très général de « méthode de soin psychique », où la psychanalyse est une des psychothérapies possibles ; tantôt au contraire il est pris dans un sens restrictif, où la psychothérapie est une variété de pratique psychanalytique. En ce second sens, la psychothérapie est souvent vue comme une pratique psychanalytique dégradée, qui peut être confiée à des personnages secondaires (psychologues ou pas) à condition qu'ils soient contrôlés de près par un médecin. On peut d'ailleurs remarquer que les textes disent en général « médecin », sans préciser s'il doit être psychanalyste. Ce n'est pas simple négligence de langage. D'une part, en cette période les médecins spécialistes sont encore en France peu nombreux : on en reste au credo traditionnel selon lequel un médecin peut tout soigner. D'autre part tout ceci se développe en fait sous la pression des psychiatres ; il est souhaitable que le médecin contrôleur soit psychiatre, mais il n'est pas nécessairement psychanalyste : c'est

le cas dans certains grands services comme celui de Heuyer, et un peu plus tard de Delay.

Ce problème des psychothérapies est pris dans le cadre de discussions très vives qui concernent la pratique psychanalytique elle-même : s'agit-il ou non d'une thérapeutique, à réserver aux médecins ? La question se pose avec acuité, au sein même de la Société Psychanalytique de Paris, en ce qui concerne les procédures de formation. Il s'agit alors en effet de faire renaître de ses cendres l'Institut de Psychanalyse, un Institut fondé le 10 janvier 1934 sous la direction de Marie Bonaparte, mais qui au lendemain de la guerre était tombé en sommeil. Nacht et Lacan, encore amis et alliés, élaborent un « Règlement et doctrine de la Commission d'Enseignement déléguée par la Société Psychanalytique de Paris », publié dans la *Revue française de Psychanalyse* en 1949 (RFP, 1949, vol. 13, 426-435).

L'écart de leurs positions, quant à la pratique et à la technique analytiques, mais aussi quant à la sélection et la formation des élèves, apparaît déjà dans les discussions qui préparent la rédaction de ce document ; elles vont s'accroître ensuite, débouchant sur deux projets distincts de statuts de l'Institut, et finalement sur la scission de 1953 et la création de la *Société Française de Psychanalyse*. Débarrassée de Lacan et de ceux qui sont partis avec lui, la SPP, dès lors fermement tenue en main par Nacht, crée -ou plutôt recrée- officiellement l'Institut de Psychanalyse lors d'une séance solennelle, le 1^{er} juin 1954, où Nacht affirme que la psychanalyse est une discipline médicale, et où le directeur de cabinet du ministre de l'Éducation nationale lui apporte son appui. On aurait pu croire alors que cela devait sceller le sort des psychothérapies comme formes mineures

d'analyse étroitement contrôlées par des médecins, de préférence psychiatres ; en fait, il n'en sera rien. Ceci parce que, sous-jacent à ces discours officiels, se développe tout un mouvement qui va dans un sens bien différent et prépare les positions d'aujourd'hui.

[retour en haut de la page](#)

6. Tentations syndicales

Le 19 décembre 1950 est créé un « *Syndicat National des médecins psychanalystes* », exclusivement composé de membres de la SPP médecins, dont on désigne aussitôt les administrateurs : Benassy, Berge, Bouvet, Cenac, Lacan, Lagache, Nacht, Parcheminey, Pasche, Schlumberger ; et ce conseil d'administration élit aussitôt son Bureau. L'existence de ce Syndicat sera « officialisée » le 9 mai 1951, ce qui, peut-on supposer, signifie que les statuts légaux en ont été déposés à cette date. Il semble n'avoir eu ensuite aucune existence ni activité réelles, car la Revue française de Psychanalyse n'en fait plus jamais mention.

Plus sérieuse et plus durable est la création d'un « *Syndicat National des psychologues psychanalystes* » (Bourgeron, 1990), due à un travail soutenu de Mauco et Anzieu (lequel Anzieu, agira ensuite de même pour obtenir un statut professionnel des psychologues qui n'aura d'existence officielle qu'en 1985). Avec le soutien de Marie Bonaparte et de Daniel Lagache, ils élaborent un avant-projet qui indique que le psychologue (psychanalyste) « conseille » et « aide à la réadaptation des consultants dont la relation avec autrui est perturbée ». Les termes « conseil », « aide », « réadaptation », vont bien dans le sens d'une prise en charge qui serait plus de l'ordre d'une action

psychologique, voire rééducative, que d'une entreprise thérapeutique. Celle-ci est cependant affirmée par ailleurs : « *le psychologue psychanalyste peut traiter des malades souffrant d'affections médicales et psychiatriques caractérisées : psychoses, psychonévroses, perversions, délinquances graves, affections psychosomatiques, etc.* » Le texte ajoute prudemment : « *Mais s'il intervient dans ce domaine, ce ne peut être qu'à la demande d'un médecin psychiatre* ». Il s'agit donc, semble-t-il, et au risque d'un certain manque de cohérence, d'un texte qui tente un compromis, où la notion de « thérapeutique » s'avance à l'abri de considérations d'une toute autre nature.

Ce Syndicat est fondé lors d'une réunion qui se tient le 15 décembre 1953 au domicile d'Anzieu, qui rédige les statuts ; Mauco est élu Président et Anzieu Secrétaire général. Un Règlement intérieur détaillé sera adopté en février 1954 ; il est stipulé que seuls les membres d'une société de psychanalyse peuvent faire partie de ce syndicat. Ce Syndicat sera actif pendant une bonne dizaine d'années, jusqu'à ce qu'une certaine usure, aggravée de dissensions intestines, conduise à sa disparition de fait vers 1970. Le terme « psychothérapie » n'est mentionné qu'occasionnellement dans les documents d'archives disponibles ; il est clair cependant que le champ d'activité des analystes non-médecins regroupés professionnellement par ce syndicat était conçu comme allant bien au-delà de l'analyse de divan, et que, sous couvert des termes « conseil », « aide », « rééducation », etc., il s'agissait bien de ce que nous désignons aujourd'hui comme le champ des psychothérapies.

Dans l'ensemble, un certain irréalisme semble présider à beaucoup de ces initiatives, produisant des créations souvent

mort-nées, comme les « conseillers d'enfants » et les « auxiliaires de psychanalyse ». Ainsi, le 2 février 1954, lors d'une séance administrative de la SPP, est décidé la création d'une « Société Française de Psychothérapie »... dont sont aussitôt désignés les membres fondateurs : Francis Pasche, René Diatkine, Pierre Mâle, Pierre Marty. Mais en ce cas encore il semble bien que cet organisme soit resté virtuel.

[retour en haut de la page](#)

7. L'institution de nouveaux cadres thérapeutiques

Ce n'est d'ailleurs pas dans ces cadres institutionnels que va évoluer le problème des psychothérapies ; c'est, d'une part au niveau d'une réflexion de fond, d'autre part dans la formation des psychanalystes et dans leur pratique.

La question est bien présente dans la réflexion : ainsi, au Congrès des Langues Romanes de 1955 on annonce que R de Saussure présentera un rapport sur « Psychanalyse et psychothérapie » ; cependant, il faudra attendre 1963 pour qu'un Congrès soit consacré à cette question, avec deux rapports de Michel Gressot (« Psychanalyse et psychothérapie : leur commensalisme ») et de René Held (Rapport clinique sur les psychothérapies d'inspiration psychanalytique freudienne) (*Revue française de Psychanalyse*, 1963, numéro spécial Congrès). On peut remarquer en passant que ce terme, « psychothérapies d'inspiration psychanalytique », qui restera assez longtemps ensuite en faveur, n'est plus guère utilisé aujourd'hui, en partie sans doute parce que ce terme « d'inspiration psychanalytique », est lourd d'ambiguïtés, en

partie peut-être aussi parce qu'on a pu sourire de ceux qui, utilisant son abréviation, déclaraient « faire des PIP »...

En ce qui concerne la formation et la pratique, il est intéressant de parcourir au fil des années, dans la période 1950-1965, les programmes d'enseignement de l'Institut de Psychanalyse. On constate alors en effet qu'une place croissante y est accordée à des pratiques de plus en plus diversifiées, jugées utilisables dans des cas où la cure classique, divan-fauteuil, paraît difficile ou inapplicable. Comme je l'ai signalé, il s'agissait d'abord des enfants ; mais ensuite on voit apparaître des formations à la psychothérapie avec les adolescents, avec les psychotiques, dans les affections psychosomatiques, etc. Par exemple, le programme d'enseignement de l'Institut de Psychanalyse pour 1962 mentionne : médecine psychosomatique, psychanalyse d'enfants, psychothérapies psychanalytiques, psychothérapies des psychoses, mais ajoute : psychothérapie analytique de groupe. Il ne s'agit plus seulement en effet d'entretiens en face à face avec un patient, mais aussi de psychodrame analytique, de techniques de groupe, de thérapies familiales, de thérapies mère-bébé, etc. Comme nous le savons, ces dispositifs nouveaux se sont d'ailleurs en général développés sur le terrain, dans le cadre d'institutions où cela répondait à des besoins réels, plus que dans notre Institut de Psychanalyse, au point qu'on s'y préoccupe actuellement d'en tenir plus compte dans la formation de base des analystes.

[retour en haut de la page](#)

8. Et maintenant ?

Je terminerai par quelques brèves remarques d'actualité, au risque de sortir de l'histoire ; mais l'histoire ne sert-elle pas à

éclairer le présent ?

Il est bien évident que nous avons beaucoup évolué sur ces problèmes. Personne bien sûr ne soutiendrait plus aujourd'hui que la prise en charge psychanalytique des enfants est « plus facile » que celle des adultes, ni que c'est plus facile parce que les enfants seraient « moins complexes »... Mais les enfants ne sont plus seuls en cause. Depuis ces années 50-60 sur lesquels j'ai centré mon propos, notre champ d'action s'est considérablement élargi, notamment par la prise en charge des psychoses, des cas limite, des psychopathies, des affections psychosomatiques, des autismes et psychoses infantiles, etc., c'est à dire de structures pour lesquels la cure classique, divan-fauteuil, paraissait contre-indiquée. La pratique du traitement en face à face s'en est trouvée considérablement enrichie et complexifiée : c'est devenu un champ de réflexion théorico-clinique majeur, et dont on peut prévoir qu'il va continuer à retenir encore plus notre attention dans les années à venir. Beaucoup en tous cas ne considèrent plus comme autrefois que le face à face est plus facile que la cure classique, bien au contraire, car on entend parfois dire que le face à face est par principe « plus difficile » que la cure divan-fauteuil ; ce renversement radical de position ne va pas sans inconvénients, dans la mesure où il pourrait porter à croire que celle dernière est « facile » : toute généralisation de ce genre est évidemment dangereuse.

...Mais au-delà de ce dispositif en face-à-face, il nous a fallu inventer, développer, de nouvelles techniques, de nouvelles pratiques, comme celles du psychodrame analytique, individuel ou en groupe, des prises en charge de la famille dans son ensemble, des thérapies mère-bébé, etc., et ici encore le champ de la

réflexion théorico-clinique est vaste, et c'est sans doute un facteur puissant de renouvellement de la théorie psychanalytique elle-même. Il en résulte que, pour clarifier notre langage, nous devrions nous habituer à désigner du terme de « psychothérapie » tous ces dispositifs, et non plus seulement le face à face.

Nous connaissons les dangers qui nous guettent, dans une situation où, hors de la psychanalyse ou sur ses marges, prolifèrent les techniques psychothérapeutiques et les psychothérapeutes de tout poil, des plus admissibles aux plus charlatanesques, dans des entreprises où, aux yeux du public, l'image même de la psychanalyse est parfois gravement compromise. Nous-mêmes ne sommes pas à l'abri de compromissions, d'affadissements de la pensée et de la pratique où nous perdrons l'or pur au profit du cuivre, voire du plomb... Et, si se met en place un statut de la psychothérapie, serons-nous ou non psychothérapeutes ? la question est d'une brûlante actualité. C'est pourquoi, face aux décisions à prendre, ce rappel historique était certainement utile.

[retour en haut de la page](#)

Références

ANZIEU D. (1979) La psychanalyse au service de la psychologie, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n ° 20, p.59-75.

BOURGERON J.P. (1990) Le Syndicat des psychologues-psychanalystes, d'après les archives de son Président Georges Mauco, France, *Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse*, Paris, P.U.F., p.239-250 .

CARROY J. (2000) L'invention du mot de psychothérapie et ses

enjeux, *Psychologie clinique*, nouvelle série, n° 9.

CARROY J., dir. (2000) Les psychothérapies dans leurs histoires, *Psychologie clinique*, nouvelle série, n° 9.

GAUCHET M, SWAIN G. (1986) Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie, in : SWAIN G. *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie*, précédé de : GAUCHET M., *A la recherche d'une autre histoire de la folie*, Paris, Gallimard, 1994.

MIJOLLA A. de (1984) Quelques avatars de la psychanalyse en France. Lecture du *Disque vert*, *Évolution Psychiatrique*, 49, 3, p.774-795.

PERRON R. (1990) Médecins et non-médecins dans l'histoire de la Société psychanalytique de Paris, *Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse*, Paris, P.U.F. n° 3, p.167-198

SCHOPP G. (1986) Psychologie, médecine, psychanalyse, *Evolution Psychiatrique*, 51, 3.

SCHOPP G. (1990) L'affaire Clarke-Williams ou la question de l'analyse laïque en France, *Revue Internationale d'Histoire de la Psychanalyse*, n° 3, p.199-238.

André Green - La pensée clinique

Auteur(s) : André Green

Mots clés : a-scientifique - Bollas (Christopher) - méthode psychanalytique - pathologie limite - pensée (clinique) - psychothérapie - Winnicott (D.W.)

C'est à partir d'une analyse critique des difficultés inhérentes à la Psychanalyse comme discipline « a-scientifique » et des limites d'une méthode analytique conçue pour le traitement des névroses, qu'André Green pose la nécessité d'un envisagement plus large du champ des pathologies concernées par la Psychanalyse et des remaniements méthodologiques et conceptuels qu'exige la prise en charge d'une demande de plus en plus nombreuse émanant de patients non névrotiques.

Ces pathologies non-névrotiques, incluant la diversité des cas limites, relèvent le plus souvent, d'un traitement psychanalytique en face à face.

À l'instar de Winnicott, de C. Bolas et bien d'autres, André Green considère la psychothérapie comme une pratique psychanalytique à part entière, qui exige une écoute et une présence plus active de l'analyste, mais aussi des « outils conceptuels » spécifiques, indispensables pour comprendre et analyser des fonctionnements psychiques différents du fonctionnement névrotique, devenu, de fait, la référence en terme de normalité.

Après avoir étayé sa position par des exemples cliniques et affirmé

la nécessité d'inclure la formation à la psychothérapie dans le cursus analytique, André Green, au terme de l'entretien, en vient à préciser et tenter de définir le concept de « pensée clinique ».

Contrairement à la démarche médicale, la pensée clinique en psychanalyse, dit-il, implique un renvoi à l'expérience qui ne peut pas être abordé sur un mode descriptif et abstrait. La pensée clinique en psychanalyse est le dégagement de ce que l'activité psychique permet de déduire à distance des faits, elle est « analyse de l'analyse » mais aussi, procédant de l'association libre, elle comprend son impossibilité...

La passion adolescente

Auteur(s) :

Mots clés :

Dans cette collection « Adolescence et psychanalyse » - qui nous avait donné en 1999 le livre de Dominique Arnoux sur La dépression à l'adolescence, qui décrivait l'adolescent comme un plongeur de hauts fonds qu'il faut parfois aider à rapporter ce qu'il y trouve sans le connaître -, Elsa Schmid-Kitsikis nous propose une étude sur La passion adolescente. Le titre est significatif et Jean Cournut, qui préface le livre, y voit plus qu'une étude sur l'adolescence, ou sur la passion. Ce qui est en jeu ici, c'est l'excès de l'excès », un extrême de la passion qui a un caractère « adolescent » et permet de ce fait de mieux

appréhender et la passion, et l'adolescence. L'auteur insiste sur l'intensité pulsionnelle et la relation à l'objet, qui naissent dans la matrice passionnelle originaire de la relation primaire, fête sauvage et tendre d'une enfance à jamais inaccessible que Winnicott désignait comme « orgie de la tétée ».

Ce qui caractérise la passion, c'est le trop ; ce qui est le propre de l'adolescence, c'est de vivre en prise directe avec ces « trop » qui déferlent. L'avidité objectale s'éprouve au risque de la découverte narcissique, d'un narcissisme qui se découvre aux deux sens du terme : il s'éprouve et se reconnaît, mais il s'expose aussi. Si la passion dans son excès est par définition risquée, « la passion adolescente représente surtout un mode de fonctionnement psychique qui contribue à rendre l'individu apte au désir, au renouvellement et à la création ».

Cette thèse est soutenue en trois temps. La première partie spécifie la passion par rapport à l'amour, montre les caractères de son exclusivité et l'étudie dans un regard sur son histoire, et telle que la voient Freud et Piaget. Engageant toujours la sensorialité du sujet, le vécu passionnel correspond au conflit entre éprouvés du besoin et éprouvés du désir. Dans le meilleur cas, il concerne l'objet partiel, dans le pire, celui de l'éprouvé lui-même en tant qu'objet de plaisir ou de déplaisir, investissant l'excitation pour elle-même. La passion pour l'autre ou pour le travail de création peut se révéler destructrice lorsqu'elle agit sans limites, mais elle peut aussi déboucher sur une œuvre de génie si elle a pu utiliser des mécanismes pare-excitants de bon aloi (suffisamment protecteurs sans entraver la dynamique pulsionnelle) capables de faciliter le travail d'introjection. Ces mécanismes pare-excitants sont plus difficiles à mettre en place lorsque la passion s'adresse à

la personne de l'autre. Parmi les visages de la passion, on peut distinguer la passion chaude sur son versant hystérique, prisonnière de l'excitation, du débordement ou de la sidération, de la passion froide du versant pervers, soumise au désir d'emprise, de domination et de pouvoir.

La deuxième partie s'attache à la temporalité et à la conflictualité adolescentes, dans la reviviscence de l'infantile qui caractérise cet âge, et selon les deux enchaînements possibles entre le corps et la pensée, par le rêve ou par l'agir. L'examen des paradoxes de la sexualité adolescente permet de s'interroger sur les passions fertiles dans leur distinction d'avec les passions mortifères. On notera particulièrement les études cliniques et littéraires portant sur les objets et substituts passionnels, du point de vue du corps (y compris la toxicomanie comme histoire d'amour mortifère), de l'autre et de la pensée (y compris comme érotisation de la pensée). Une dernière partie s'attache à la clinique de la passion, considérée comme douleur de la mémoire, à partir de deux exemples cliniques consacré l'un à l'état amoureux passionnel, l'autre à la passion de la mélancolie.