

Jean BEGOIN

VIVRE LE MANQUE,
SOUFFRIR L'ABSENCE.

“On peut se laisser dépérir dans le manque. On peut aussi y trouver un surcroît de vie.” Christian BOBIN, “La plus que vive”, Gallimard 1996, Collection “L’un et l’autre” dirigée par J.B.Pontalis.

Dans son dernier livre, Christian BOBIN célèbre la mémoire d’une amie disparue brutalement et dont l’absence pourtant très cruelle la lui rend paradoxalement encore plus vivante : plus que vive ! S’adressant à elle, il écrit : “ On peut donner bien des choses à ceux que l’on aime. Des paroles, un repos, du plaisir. Tu m’as donné le plus précieux de tout : le manque. Il m’était impossible de me passer de toi, même quand je te voyais tu me manquais encore...C’est le trésor que tu me laisses : manque, faille, déchirure et joie. Un tel trésor est inépuisable. Il devrait me suffire pour aller de “maintenant” en “maintenant” jusqu’à l’heure de ma mort”.

De telles déclarations ne sont pas pour surprendre une certaine théorisation psychanalytique, assez classiquement mais peut-être trop unilatéralement fondée sur une théorie du “manque”. Le “manque” qui contraint à se développer, à quitter le cocon maternel, à affronter l’inconnu, à s’identifier au père, à moins que ce ne soit à le défier, que sais-je encore...Encore faut-il être capable de tous ces exploits, ou plutôt en devenir capable, mais ...comment et à quel prix ? Il me semble qu’on est encore assez loin de le savoir avec suffisamment de précision, malgré certains des plus brillants développements de la théorie analytique, comme la description par M.KLEIN de la position dépressive, qui aurait pu aux yeux de certains et à une certaine époque sembler suffisante pour résoudre le paradoxe des sentiments de deuil d’un Christian BOBIN pour qui la perte de son amie la lui rend encore plus vive.

Cependant, juste avant les phrases que j’ai citées, l’auteur nous confie quelque chose qui révèle une dimension inattendue, en se remémorant une conversation avec son

amie dans laquelle il lui disait "...tu veux savoir qui tu es pour moi, eh bien voilà : tu es celle qui m'empêche de me suffire. J'ai une grande puissance de solitude. Je peux rester seul des jours, des semaines, des mois entiers. Somnolant, tranquille. Repu de moi-même comme un nouveau-né. C'est cette somnolence que tu es venue interrompre. C'est cette puissance que tu as renversée. Comment pourrai-je jamais t'en remercier ? On peut donner bien des choses à ceux qu'on aime. Des paroles, un repos, du plaisir. Tu m'as donné le plus précieux de tout : le manque".

Sans chercher à interpréter abusivement ce texte, en l'écoutant seulement, on voit que l'auteur se déclare très reconnaissant à son amie de l'avoir en quelque sorte "guéri" d'une puissante mais sans doute redoutable capacité de solitude qu'il possédait mais qu'il vivait en même temps comme un état de somnolence qu'il compare au "narcissisme" d'un nourrisson repu ! Tiens ! Que vient faire ici ce nourrisson ? D'autant que, sans connaître personnellement l'auteur, nous l'imaginerions plus volontiers comme Socrate mécontent que comme nourrisson satisfait ! Mais non, il n'est pas mécontent, car il reste infiniment reconnaissant à son amie de l'avoir réveillé, révélé à lui-même en l'ayant fait sortir d'une léthargie sans doute très défensive dans laquelle il était capable de s'enfermer très longtemps. Nul doute que ce soit cette gratitude, dans le plein sens que M.KLEIN lui a donné, qui lui permet de supporter la douleur du deuil de l'absence définitive et de "trouver dans le manque un surcroît de vie". Supporter l'absence, c'est être capable de la souffrir sans se sentir détruit, ce qui constitue un extraordinaire accomplissement que seuls les bébés sont capables de faire car ils "*donnent l'amour qu'on leur a donné, mais ils le donnent au centuple*" (C.BOBIN, *ibid.*). C'est ce qui fait que le monde peut grandir, le reste n'est que du bruit. Le reste, c'est-à-dire ce qui se passe quand le bébé n'a pas pu réaliser cet accomplissement et qu'il souffre d'un intolérable manque à être.

I - LE PROBLEME DE LA FIN DE L'ANALYSE : DEPENDANCE OU AUTONOMIE. L'ABSENCE DU CONCEPT D'ABSENCE.

Des points de vue nouveaux pour moi se sont fait jour peu à peu en réfléchissant aux problèmes de la souffrance psychique sur lesquels je travaille depuis une dizaine d'années, à partir des difficultés de terminaison de certaines analyses, où l'absence des séances reste envers et contre tout intolérable.

FREUD confie dans son article de 1913 sur "Le début du traitement" qu'au début de sa pratique il se demandait comment faire pour conserver ses patients; mais, dit-il, "cette difficulté a depuis longtemps cessé d'exister et maintenant je m'efforce anxieusement de les obliger à cesser le traitement" (S.FREUD, La technique analytique, PUF, p. 88). Il s'avère en effet - et l'on devrait davantage s'en étonner - que le processus analytique tout entier peut être vu comme visant essentiellement à établir les conditions psychiques "nécessaires et suffisantes", comme on le dit en mathématiques, pour que la séparation définitive de la fin de l'analyse devienne tolérable. La fin de l'analyse peut en constituer à vrai dire l'épreuve décisive, elle est susceptible de confronter plus ou moins directement aux problèmes de la vie et de la mort, psychique et somatique. L'expérience montre que le prix d'une autonomie réelle reste étonnamment élevé, toujours plus élevé que ce à quoi l'on s'attendait : plus le lien analytique est devenu investi et puissant, plus la séparation finale apparaîtra difficile ou même dangereuse. Comme si elle faisait surgir la menace d'un traumatisme qui réveillerait et contiendrait tous les traumatismes antérieurement vécus. Elle peut même, comme j'y ai insisté dans plusieurs communications, apporter la révélation de traumatismes précoces restés plus ou moins clivés, qui ont pu échapper, grâce à des défenses très puissantes contre la reconnaissance de la souffrance psychique, à l'élaboration du processus analytique, pour ne se dévoiler que face à la menace que constitue sa terminaison définitive lorsque le processus analytique a provoqué un état de profonde et trop réelle dépendance du patient envers l'analyste. C'est un point de la technique analytique qui, curieusement, a été en général très négligé malgré la constatation "anxieuse" que FREUD lui-même avait faite de ce problème. Il n'y est revenu que vers la fin de sa vie, en 1937, dans le fameux article "Analyse terminée et analyse interminable" (in S.FREUD, "Résultats, idées, problèmes", PUF, Tome II, p. 231). Je préfère l'ancienne traduction du titre à la nouvelle.), article qui a lui-même fait l'objet de commentaires interminables.

FREUD soulève de nombreux aspects litigieux de la théorie et de la pratique analytiques dans cet article très complexe, qui constitue, davantage encore que l'"Abrégé", une sorte de testament spirituel. L'un de ces points porte sur l'importance du facteur économique dont l'inventeur de la métapsychologie pense qu'il a été trop négligé dans les travaux psychanalytiques. Je pense que l'une des raisons de ce manque, théorique et pratique, est l'accent mis de façon trop exclusive par la psychanalyse sur la théorie des pulsions : sous la forme d'une part du concept

énergétique d'une trop grande "force" pulsionnelle constitutionnelle qui entraverait les possibilités de son intégration; d'autre part sous la forme du concept philosophique de bipolarité des pulsions, de vie et de mort, responsable de l'existence innée de pulsions destructrices s'opposant également à l'intégration et facteur de la réaction thérapeutique négative. L'expérience m'a amené à penser qu'en fait le véritable facteur économique dans la vie psychique est le degré et la nature de la souffrance psychique, et moins de la souffrance manifeste que de la souffrance latente. C'est la manière dont s'exprime concrètement, dans la vie psychique, le principe abstrait de plaisir-déplaisir. C'est ainsi que j'ai constaté que, chez certains patients, la terminaison de l'analyse se heurte essentiellement à une souffrance psychique qui résiste, envers et contre tout, à l'évolution plus habituellement décrite de la fin de l'analyse sur le modèle du sevrage (M.KLEIN, D.MELTZER), comme deuil de la relation analytique. On a parfois et abusivement évoqué l'analyse comme "une histoire d'amour qui finit mal" : le problème est mal posé, la séparation de la fin de l'analyse ne doit-elle pas plutôt être conçue comme une fin "naturelle", à la manière dont D.MELTZER a tenu, à juste titre, à décrire "l'histoire naturelle" du Processus Analytique sur le modèle, reconstruit par lui et par la métapsychologie kleinienne et bionienne, du fonctionnement de l'appareil psychique. En ce sens, la fin de l'analyse serait de la même nature que la séparation entre parents et enfants lorsque ceux-ci sont devenus suffisamment adultes...et que les choses se passent suffisamment bien ! Ce qui, évidemment, est, là aussi, loin d'être toujours le cas : les problèmes de manque d'autonomie réelle et de formes diverses de dépendance pathologique, qui avaient pu jusqu'alors être plus ou moins masqués ou déniés, se révèlent soudain plus clairement et toujours plus ou moins dramatiquement, comme c'est typiquement le cas à l'adolescence.

J'en donnerai un court et très dramatique exemple, que je ne pourrai jamais oublier. J'ai reçu en consultation, il y a plusieurs années, un monsieur qui venait de perdre son fils, âgé d'une vingtaine d'années. Le jeune homme s'était tué par défenestration, après une dispute avec sa soeur, un peu plus jeune. Le motif de la dispute était apparemment très anodin : la possession de la salle de bains familiale. Le jeune homme trouvait que sa soeur occupait celle-ci depuis trop longtemps et il tambourinait à la porte en réclamant la place pour lui. Devant le bruit de la dispute, le père était intervenu en demandant à son fils de se taire. Exaspéré, ce dernier se mit à

crier : “Je ne vous dérangerai plus!” et il sauta par la fenêtre pour s’écraser et se tuer au sol, quelques étages plus bas ! Il ne semblait pas, à première vue, qu’il y ait eu une pathologie très grave dans cette famille. Le consultant était un homme honorable, parfaitement représentatif de la classe moyenne française, et apparemment plein de bonne volonté. Il avait été totalement pris par surprise par le drame. Certes, le jeune homme avait quelques difficultés à se détacher de sa famille pour devenir plus autonome. Mais c’était un bon garçon et il venait de réussir à se faire admettre dans une école professionnelle ; comme l’exprima son père, avec un humour noir involontaire mais terrifiant, “il allait sauter dans la vie!” Mais il sauta dans le vide !

Certes, nous connaissons bien l’intolérance à la frustration des patients dits narcissiques et le suicide des adolescents est, à cet égard, exemplaire. Dans le cas précédent, on peut évidemment imaginer une pathologie mentale plus grave qu’il n’y paraissait à première vue, aussi bien chez le jeune homme que dans son entourage. Mais ce n’est pas certain (je n’ai pas eu l’occasion de suivre le monsieur qui m’avait consulté et que j’avais dû adresser à un collègue), ou plutôt on peut penser que la pathologie est, tout comme la santé mentale, quelque chose qui peut ou non se révéler, selon les circonstances de la vie.

Cet exemple fait penser à l’importance cruciale de l’établissement, dans la vie psychique, d’un objet interne tel que D.MELTZER l’a décrit sous le nom un peu barbare de “sein-toilettes” (toilet-breast), c’est-à-dire d’un objet interne dans lequel le sujet (le self) puisse évacuer l’excès intolérable de la souffrance psychique manifeste et surtout latente, de façon à permettre la survie de l’être. Cet objet interne doit donc posséder des capacités d’absorber et de contenir l’excès de la souffrance essentiellement dépressive, dont l’impact brut serait mortel. Il est frappant, dans l’exemple cité plus haut, que ce soit la salle de bains, représentant si souvent dans les rêves un tel objet contenant et secourable, qui ait été, dans une “équation symbolique” au sens d’Hanna SEGAL, l’objet de la lutte pour la survie entre le frère et la soeur.

II -LES CONDITIONS DU DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE. BREF RAPPEL HISTORIQUE : 1 - LA PERIODE CLASSIQUE : LE TRAUMATISME.

Lorsque j'ai découvert l'intensité et la gravité de la souffrance latente, j'ai tout d'abord tenté de comprendre ce fait à la lumière de la notion de traumatisme, pour essayer de saisir quels étaient les aspects du premier développement et de la relation de l'enfant avec son entourage susceptibles d'avoir eu et d'avoir conservé un impact traumatique sur tout son développement. J'avais été frappé par une communication faite, il y a une quinzaine d'années, par Alice MILLER, à un Congrès de la Fédération Européenne de Psychanalyse : "Le drame de l'enfant doué". Elle y décrivait le destin des enfants qui, ayant eu une mère plus ou moins dépressive et manquant de sécurité intérieure, ont perçu cela intuitivement et y ont répondu en devenant "la mère de leur mère", aux dépens de leur propre développement et de leurs capacités d'autonomie. Cette communication avait reçu un très bon accueil; depuis, les nombreux écrits ultérieurs d'Alice MILLER et ses plaidoyers pour la défense des enfants maltraités ont été beaucoup moins appréciés par l'establishment analytique, en raison des critiques ouvertes qu'ils contenaient contre certains aspects de la théorie et de la pratique et même de la vocation analytiques.

J'avais été surpris, à l'époque, que mes collègues kleinien ne reprennent pas les observations d'Alice MILLER en les interprétant selon la théorie de l'identification projective de M.KLEIN, modifiée par W.R.BION, théorie qui me semblait répondre très exactement aux confusions d'identité dénoncées par notre collègue suisse. J'avais alors pensé qu'il fallait mettre, davantage que cela n'avait été fait jusqu'alors, l'accent sur le but d'évacuation de l'excès intolérable de souffrance psychique dans l'utilisation excessive de l'identification projective, mais pas seulement de la part de l'enfant vers l'adulte, aussi - et surtout, dans les cas évoqués par Alice MILLER - de la part de l'adulte en direction de l'enfant. En effet, tout investissement s'accompagne d'un degré plus ou moins grand d'identification à l'objet investi. L'enfant apparaît dès le début de sa vie, en raison des investissements extrêmement puissants dont il est l'objet de la part de ses géniteurs et tout particulièrement de la femme qui le porte en elle, comme idéalement apte à recevoir les identifications projectives de ses parents, et à devenir leur "sein-toilettes" préféré.

Le rôle déterminant que joue l'économie de la souffrance psychique dans les relations intersubjectives m'a enfin permis de comprendre l'accent étrangement insistant et resté longtemps pour moi énigmatique, que FREUD a fait jouer au

traumatisme dans l'histoire du développement psycho-sexuel de l'enfant. Si l'on se réfère à l'"Abrégé de Psychanalyse" (1938), l'évolution de l'enfant y est décrite essentiellement comme une succession de traumatismes subis dans la relation à l'environnement :

- le traumatisme de la séduction par la mère, "sa première séductrice"
- le traumatisme du sevrage : "si longtemps que l'enfant ait tété le sein de sa mère, il restera toujours convaincu, après le sevrage, d'avoir tété trop peu, pendant un temps trop court"
- le traumatisme de la menace de castration, "le plus fort traumatisme de sa jeune existence" et dont "les effets sont multiples, incalculables...la plupart du temps, la virilité de l'enfant cède sous ce premier choc... souvent, sa sexualité est à tout jamais compromise...à la puberté, elle se révèle entravée, morcelée, désagrégée en pulsions contradictoires." !

Voilà le cas du garçon ! et celui de la fille ? Freud le résume en énonçant que la fille a également subi le traumatisme de la séduction, et qu'elle ne peut échapper à un nouveau traumatisme au niveau sexuel qu'en se soumettant à l'autorité masculine !

Cette reconstruction est effectuée à partir d'une exploration psychanalytique de l'inconscient de l'adulte, inconscient qui ne serait que le réservoir des souvenirs les plus traumatiques. C'est donc en fait une perspective essentiellement psychopathologique : mais comment se fait-il que l'on ait pu si longtemps confondre des syndromes psychopathologiques avec des modèles de développement ? Une vision aussi radicalement pessimiste du destin de l'homme repose certainement sur l'intuition de l'intensité de la souffrance psychique réveillée à chaque étape du développement et accumulée au fond de soi sous la forme d'une énorme souffrance latente.

Sur le plan théorique, la théorie énergétique et topographique de la libido et de ses stades avait d'ailleurs montré ses limitations en ne permettant pas de résoudre certains problèmes comme l'existence des névroses traumatiques, et la "tendance démoniaque" à la répétition, comme la difficulté "à obtenir, à la fin du traitement, que le malade se détache complètement du médecin" (S.FREUD, "Au-delà du principe de plaisir", ch. 5. L'hypothèse freudienne d'une bipolarité instinctuelle et pulsionnelle (présence innée de pulsions de vie et de pulsions de mort dans le psychisme) permettait de resituer le conflit de base à l'intérieur de la psyché : le traumatisme

devient maintenant essentiellement interne, celui de la menace par un instinct ou une pulsion de mort qui serait à l'oeuvre au sein même de l'organisme et, par conséquent, peut-être aussi au sein du psychisme. Les relations avec l'environnement ne seraient traumatogènes que dans la mesure où elles renforceraient les fantasmes de "mauvais" objet, tandis que les expériences avec l'environnement ressenties comme bonnes renforceraient les fantasmes de "bon" objet. C'est du moins la manière modifiée dont M.KLEIN a adopté et utilisé l'idée freudienne d'une bipolarité instinctuelle, l'un de ses points de désaccord principal avec FREUD étant le trop peu de poids que celui-ci donnait aux investissements positifs que fait l'enfant de son environnement. Mais, même avec cette très importante correction apportée par M.KLEIN sur la base de son expérience directe du traitement des enfants, que FREUD ne possédait pas, peut-on vraiment concevoir une théorie aussi générale de l'homme qui ne donnerait à l'interaction humaine qu'un rôle secondaire dans la genèse et le développement psychique ?

2 - LA PERIODE MODERNE : DE LA PATHOLOGIE A LA NORMALITE.

J'ai, cette fois, parlé non seulement de "développement" mais aussi de "genèse" des fonctions psychiques. Je pense que ce point caractérise la période moderne du développement de la théorie analytique. Il a été inauguré par W.R.BION lorsque celui-ci, élève incomplètement soumis à l'influence de M.KLEIN, a le premier découvert l'existence et la nature des conditions permettant le développement de l'appareil psychique : l'utilisation "normale" du mécanisme d'identification projective dont M.KLEIN avait décrit seulement les aspects pathologiques. J'ai étudié et décrit dans plusieurs articles la valeur révolutionnaire de ce pas en avant : c'était d'une part réintroduire le rôle de l'objet et de l'environnement trop massivement mis de côté depuis l'abandon par FREUD de la théorie de la séduction ; d'autre part, et pour la première fois, tenter une approche de ce que seraient des mécanismes "normaux" de développement, et non plus se cantonner à la psychopathologie pour comprendre l'homme. Travers dans lequel était tombée M.KLEIN elle-même, du fait de sa trop grande soumission aux idées de FREUD, et en particulier à l'idée de la bipolarité instinctuelle, lorsqu'elle avait décrit l'évolution du bébé en termes de psychoses de l'adulte.

C'est la raison pour laquelle M.KLEIN n'a pas donné, à mon avis, une définition aujourd'hui satisfaisante de la "position dépressive". Là encore, le modèle était trop grossièrement pathologique, les enfants qu'elle décrivait étaient en fait très profondément perturbés dans leur développement et il montrait plutôt leur incapacité persistante à atteindre et encore moins à élaborer une position dépressive "normale" dont M.KLEIN faisait une si brillante reconstruction. Celle-ci correspondrait en réalité à la découverte de soi en tant qu'ayant des limites contenantes investies avec suffisamment de sécurité ; le soi pouvant dès lors être conçu comme ayant une existence clairement distincte de celle de l'objet, sans faire tomber le moi dans une angoisse d'abandon catastrophique. L'une des conditions pour cet accomplissement fondateur du sentiment d'identité, est de pouvoir conserver une relation suffisamment bonne et confiante avec l'objet externe, car le sujet doit en même temps lui reconnaître réciproquement son existence propre. Ce dont les petits patients de M.KLEIN se montraient tout à fait incapables, en raison de la puissance des liens d'identification projective pathologique qu'il conservaient avec leurs objets externes et davantage encore avec leurs objets internes.

M.KLEIN avait également été amenée à la conclusion surprenante que l'élaboration de la position dépressive n'était jamais terminée et se poursuivait la vie durant, car il semblait qu'elle devait être retravaillée et réélaborée à chaque nouvelle étape du développement. Cela revenait à évoquer, sans la nommer en tant que telle car ne faisant pas encore partie du vocabulaire psychanalytique, la CROISSANCE PSYCHIQUE comme un processus potentiellement ininterrompu pendant la vie toute entière. Mais pourquoi ce processus reste-t-il si souvent, pour ne pas dire toujours, si difficile et si douloureux ? C'est bien l'énigme par excellence, celle qu'a évoquée FREUD à propos des souffrances du deuil.

3 - LES INTERACTIONS PRÉCOCES ET LES RELATIONS NARCISSIQUES PRIMAIRES.

A côté de la théorie des pulsions, une autre manière de décrire la vie psychique a été la théorie de la relation d'objet, qui s'est révélée nécessaire lorsqu'il s'est agi de comprendre ce que l'on a appelé "les premières relations d'objet" et d'interroger la genèse de la vie psychique elle-même.

Nous sommes maintenant certains que, sans une relation “suffisamment bonne”, comme l’a énoncé WINNICOTT, avec son environnement, l’enfant nouveau-né ne peut que rester livré à l’impuissance et à la détresse originaires, liées à son immaturité biologique. C’est l’état que FREUD avait nommé “Hilflosigkeit”, état qui devient très vite un état traumatique - le prototype de tout état traumatique - s’il se prolonge trop longtemps ou s’il se répète trop souvent. Nous voyons donc d’emblée le lien de l’absence, celle de l’objet secourable nécessaire au développement, avec le temps ou mieux l’espace-temps, tellement ces deux notions restent liées dans les catégories de la vie psychique comme dans celles de l’univers. Lorsque l’absence de l’objet est trop prolongée ou trop fréquente, l’enfant nouveau-né vit ce que WINNICOTT a appelé des “angoisses inimaginables”, c’est-à-dire à proprement parler impossibles à supporter émotionnellement : “elles doivent être tenues à l’écart par la fonction maternelle, d’une importance vitale à ce stade” (D.WINNICOTT, Processus de maturation chez l’enfant, ch.1, Payot). Nous savons aujourd’hui avec davantage de précision, par les travaux de D.MELTZER et de F.TUSTIN sur l’autisme infantile, que ces angoisses sont bien des angoisses d’anéantissement du sentiment d’être et de sa continuité, comme WINNICOTT en avait eu l’intuition en les nommant “going on being”. Les travaux sur l’autisme ont montré que, contre ces angoisses, l’enfant qui y est exposé peut élever des “barrières” qui, lorsqu’elles deviennent permanentes, emprisonnent ses potentialités de développement dans la “forteresse vide” de l’autisme (B.BETTELHEIM).

Il est donc clair que le sentiment d’existence, d’ETRE, toute première pierre dans la construction du sentiment d’identité, est quelque chose qui n’est pas donné en soi, mais qui doit être créé, et qui ne peut être créé que dans et par une intersubjectivité humaine. Ce n’est sans doute pas une découverte philosophique, mais il est frappant de constater que cela avait besoin d’être démontré pour être véritablement admis par la pensée analytique. La théorie de la relation d’objet a été complétée et corrigée, ces dernières années, par la notion d’interactions précoces entre la mère et le bébé, sur lesquelles se sont penchés et se sont trouvés réunis des pédiatres comme l’avait été WINNICOTT, des psychologues développementalistes et des psychanalystes.

Ce sont des “interactions” précoces entre la mère et le bébé qui permettent à celui-ci d'établir la continuité de son sentiment d'être, car ce dernier se construit à travers l'investissement que fait le bébé des divers aspects sensoriels de sa relation avec le corps de sa mère, plus précisément avec son “corps animé” ou sa “corporalité”, en termes haptonomiques : ces modes auditifs, visuels, tactiles, olfactifs et gustatifs de la relation à la mère sont en même temps investis comme autant de points d'accrochage à l'objet et à son rôle psychique primaire de contenant (BION) pour la vie psychique naissante de l'enfant. FREUD avait déjà noté que l'identification était “la première manifestation d'un attachement affectif à une autre personne” (S.FREUD, Psychologie collective et analyse du moi, 1921, ch. 7). Ces tout premiers modes d'identification ont un caractère foncièrement “narcissique”, dans le sens où il exigent, de la part de l'objet de l'investissement, une attitude de -mutualité aussi totale que possible : l'enfant s'identifie en fait à l'investissement que sa mère fait de lui et c'est donc essentiellement un investissement mutuel en miroir qui unit le sujet à son “objet narcissique”. C'est l'essence de la relation dite symbiotique entre la mère et l'enfant, mais avec la nuance importante apportée avec certitude par les études développementalistes comme celles de D.STERN (“Le monde interpersonnel du nourrisson”, PUF) : le bébé est dès la naissance capable de reconnaître ce qui vient de l'objet et qu'il recherche d'ailleurs immédiatement, et il n'y a “jamais de période d'indifférenciation totale soi / autre” durant la première enfance. L'idée d'un “stade autistique normal”, émise par M.MAHLER, et contre laquelle F.TUSTIN s'est explicitement élevée dans la dernière période de ses travaux, est exemplaire de l'application abusive de la psychopathologie à la théorie du développement normal. De même, je soutiens que le concept de narcissisme primaire est une pure fiction, car il ne serait cliniquement constatable que dans les états autistiques, les plus pathologiques qui soient puisqu'ils ne sont faits que des défenses les plus sévères contre toute réalité intersubjective, immédiatement et violemment repoussée car appréhendée comme une menace d'anéantissement du sentiment d'être.

Il y a toujours eu beaucoup de confusions sur la question du narcissisme. Elles peuvent se dissiper si l'on veut bien considérer, comme je l'ai proposé, qu'il existe une **relation narcissique normale**, qui est celle qui permet la genèse et la croissance psychiques. L'un de ses rôles essentiels est celui de contenir l'excès de souffrance ou d'angoisse qui accompagne toujours le changement. C'est pourquoi

chaque nouveau développement de la vie psychique, pour n'être pas "catastrophique", nécessite le recours, normalement temporaire et réversible, à une relation de type narcissique, d'abord avec un objet externe réel, doublé ensuite par des objets imaginaires intériorisés avec des qualités très variables, dont la présence et les fonctions permises par leurs capacités aident le sujet à élaborer le changement. Ces caractères persistent la vie durant et caractérisent tous les processus de création. La relation narcissique primaire qui s'établit pendant les deux premiers mois de la vie extra-utérine est faite d'un investissement mutuel particulièrement intense entre la mère et son enfant qui correspond à ce que WINNICOTT avait appelé "la préoccupation maternelle primaire" , sorte de "maladie normale" de la mère. Cette relation joue un rôle contenant primordial, qui doit se substituer, au niveau de l'investissement émotionnel et psychique, au rôle physiologiquement contenant joué avant la naissance par l'utérus, pour qu'une "naissance psychique" puisse advenir. Puisque j'ai commencé en citant C.BOBIN, donnons-lui encore une fois la parole : *"Il nous faut naître deux fois pour vivre un peu, ne serait-ce qu'un peu. Il nous faut naître par la chair et ensuite par l'âme. Les deux naissances sont comme un arrachement. La première jette le corps dans le monde, la seconde balance l'âme jusqu'au ciel"* (ibid., p.15). Un tel évènement n'est en effet jamais banal, car c'est un accomplissement extraordinaire et il est toujours la source des plus profondes émotions que puisse vivre un être humain. Il peut donner à celui qui l'a vraiment vécu, et pour sa vie entière, un sentiment de sécurité de base. Mais il est clair que cette sécurité est souvent très imparfaite et, comme, de toute façon, elle sera remise en cause à chaque nouvelle étape du développement, son apparition et son établissement sont d'une importance absolument décisive.

Il faut ici insister sur le fait que la relation narcissique primaire, constitutive de la sécurité de base de l'être, ne comporte pas seulement un aspect défensif anti-trauma (le pare-excitation de FREUD), c'est-à-dire celui qui permet de surmonter les angoisses primaires d'anéantissement - mais aussi un aspect libidinal, celui de l'investissement de l'objet. Or, ces deux aspects avaient jusqu'à ces dernières années été décrits de façon unilatérale, c'est-à-dire dans une théorie clivée, soit du côté de la mère (préoccupation maternelle primaire de WINNICOTT) soit du côté de l'enfant (amour primaire de BALINT). Le concept d'interaction permet d'éviter ce clivage car le point crucial des interactions précoces entre la mère et le bébé est

précisément la réciprocité, qui est le contraire d'un clivage. L'existence de clivages permanents dans la personnalité signe d'ailleurs un manque fondamental de réciprocité dans les relations d'objet précoces.

Si l'aspect défensif de la relation narcissique primaire est constitutif de la sécurité de base, grâce à l'élaboration des angoisses primaires, son aspect libidinal est constitutif du plaisir de vivre, grâce à l'investissement esthétique de l'objet. C'est le mérite de D.MELTZER d'avoir ajouté cette dimension esthétique des investissements primaires, qui leur confère une toute autre dimension que celle de la simple projection du narcissisme naïf ou pervers des parents décrite ironiquement par FREUD comme "His Majesty the baby". A mon avis, le sentiment esthétique doit être compris comme le témoin de la réussite et donc de la beauté de la rencontre entre l'investissement de l'enfant et celui de la mère, ce dernier devant être suffisamment contenu par celui du père. Une telle "rencontre" est nécessaire pour assurer le sentiment d'existence et la sécurité de base du bébé, elle permet de tisser un substitut psychique intersubjectif post-natal à la fonction pré-natale contenante du corps de la mère, perdue avec la césure de la naissance. Simultanément, l'aspect esthétique de la rencontre et de l'"accordage affectif" ("attunement", de D.STERN) fonde le plaisir de vivre, basé sur la réciprocité de l'investissement : dans les mots de la vie, AIMER ET SE SENTIR AIME.

Le plus bel exemple de la possibilité de faire renaître l'aspect sensoriel et esthétique de l'objet primaire est, certainement, le souvenir célèbre de la madeleine retrouvé par Marcel PROUST : "Mais à l'instant même où la gorgée mêlée de miettes de gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi. Un plaisir délicieux m'avait envahi, isolé, sans la notion de sa cause. Il m'avait aussitôt rendu les vicissitudes de la vie indifférentes, ses désastres inoffensifs, sa brièveté illusoire, de la même façon dont opère l'amour, en me remplissant d'une essence précieuse : ou plutôt, cette essence n'était pas en moi, elle était moi." On ne saurait mieux dire.

III - LES ETATS DE DEPENDANCE PATHOLOGIQUE DU SELF ET LA TECHNIQUE PSYCHANALYTIQUE.

“Il y a une chose qu’on appelle la “psychanalyse classique”; l’analyste a une situation analytique dans laquelle il pratique l’analyse; il a les patients adéquats, auxquels il donne les interprétations adéquates et certifiées exactes. Pour ma part, je n’ai jamais connu cela. La situation analytique est celle-là même que tel praticien trouve adéquate pour lui”. W.R.BION, Entretiens psychanalytiques, Rio de Janeiro 1974, ch. 7, trad. fr. Gallimard, 1980, p. 139.

C’est ainsi que BION a répondu à une question sur sa technique, à Rio en 1974, après qu’il ait évoqué “une histoire vraie”, celle d’un cas dramatique qu’il avait eu à affronter pendant sa carrière à Londres. C’était l’histoire d’un jeune homme de vingt et un ans qu’on lui avait demandé de voir, un jeune homme “très intelligent, n’ayant pas trop de problèmes, bien que ne semblant pas tenir ses promesses depuis quelque temps, mais quelqu’un de fort amusant, d’intéressant, et, je le répète, le type même de la personne à pouvoir profiter d’une analyse”.

Sans entrer dans les détails de ce cas, puisqu’il est facile de le consulter et que BION le raconte d’une manière que je ne saurais restituer, il s’agissait apparemment d’une très bonne “indication” d’analyse pour un jeune homme bien sous tous rapports qui ne s’est révélé que progressivement un malade très grave qui s’est suicidé au bout d’un certain temps d’analyse, que BION n’a pas précisé, mais en tout cas plus d’un an. En effet, c’est vers la fin de la première année d’analyse, menée très “classiquement” à 5 séances par semaine et certainement de 50 minutes chacune, que l’analyste a réalisé que ce patient buvait parfois son urine, ce qu’il appelait « boire à la fontaine ». BION n’en dit rien de plus, mais on peut imaginer que cela faisait sans doute partie d’un rituel masturbatoire dont le patient ne parlait que de façon allusive, à la manière dont il avait auparavant déclaré, d’une façon qui aurait pu être qualifiée de provocante, qu’il aimait l’odeur des fèces, qu’il la trouvait agréable, bien que sa soeur lui soit hostile à cause de cela.

“A ce moment”, raconte BION, “je me demandai qui était ce patient que j’avais là, séduisant, spirituel, intelligent et coopérant; comment il se faisait qu’il n’avait aucune difficulté à utiliser ces motifs et ces modes de comportement inconscients (pensais-je alors); pourquoi il n’avait pas de difficulté à comprendre ce qui me paraissait incompréhensible si l’on ne connaissait pas bien les théories psychanalytiques. Bref,

les interprétations psychanalytiques ne présentaient aucune difficulté pour ce patient mais il ne pouvait pas comprendre ce que nous appelons habituellement le discours conscient...”

Au bout d'un certain temps, indéterminé, BION reçoit un coup de téléphone qui l'appelle d'urgence auprès de son patient qui venait d'avoir un grave accident de la voie publique. Il semble clair, bien que ce ne soit pas précisé, que le patient a donné le nom du Dr BION comme la personne à prévenir (et non pas ses parents, par exemple). Un peu plus tard, nouveau coup de téléphone, de la police cette fois, qui lui demande de venir chercher le patient qui est en cellule.

BION ne donne guère d'indications sur la façon dont se passait l'analyse, ce n'est pas son but. Il cite malgré tout deux ou trois exemples de ses interprétations. A l'époque où il apprend que “boire à la fontaine” signifie pour le patient boire son urine, il sait aussi que le patient vit retiré dans sa chambre, tous rideaux tirés et coupé de tout appel téléphonique. BION confie qu'il avait envie de dire à son patient que celui-ci vivait dans la terreur de ce qu'il pourrait apprendre et qu'il faisait tout pour se rendre aveugle et sourd. Mais il lui dit autre chose : « Je pense que vous pouvez entendre mes interprétations, mais je ne crois pas qu'elles aient un sens pour vous - Oui, c'est ça, c'est ça. Vous avez tout à fait raison. Elles n'en ont pas”. Après quoi, je lui dis, poursuit BION : “Je pense que vous n'aimez vraiment pas être en vie et que vous avez envie de sentir que vous êtes revenu à l'intérieur de votre mère, dans cet endroit obscur, dangereux, odorant où il n'y a pas de bon lait, pas de bonne nourriture; seulement des fèces, des odeurs, du poison - Oui, c'est vrai.” Et BION ajoute qu'il pensait : “Comme ce serait satisfaisant d'être un bon analyste et d'avoir raison; mais je ne crois pas que j'aie raison; je ne pense pas que ce patient ait besoin d'être nourri par la psychanalyse - d'être nourri par moi”. “Je découvris aussi”, dit-il encore, “ que le patient ne voulait pas que je me débarrasse de lui. Je l'avais pour le restant de mes jours; il ne cesserait jamais de venir me voir”.

Mais ce ne fut pas le cas, car voici la fin du récit : “Je reçus un jour un message : le patient avait quitté sa chambre et on l'avait trouvé mort dans un champ à trente kilomètres de Londres. Je ne peux pas dire que j'ai eu l'impression d'avoir fait ce qu'il fallait. D'un autre côté, je ne peux pas dire que je savais bien quelles erreurs j'avais

commises. En tout cas, je ne pouvais pas penser qu'on puisse considérer cela comme l'analyse satisfaisante d'un jeune homme spirituel, intelligent, astucieux, coopérant et amical".

Lorsque j'ai lu pour la première fois ce récit, j'ai été bouleversé et j'en ai beaucoup parlé autour de moi, mais sans recevoir les échos que j'en attendais. Je pensais alors - et c'était peut-être le cas - que BION avait voulu montrer à son auditoire le caractère imprévisible de l'existence d'un noyau psychotique caché chez une personne apparemment normale, et que ce noyau pouvait flamber d'une manière terrible et irrémédiable, même lorsque le patient se trouvait entre les mains de l'un des plus grands psychanalystes vivants. J'étais aussi très impressionné par le ton détaché et sceptique avec lequel BION en parlait, ainsi que de la psychanalyse en général.

J'ai aujourd'hui une réaction très différente. Je reste plutôt stupéfait et atterré devant l'excès, qui me semble maintenant évident, de l'idéalisation omnipotente que voue BION à la psychanalyse et à la technique analytique. Sa fidélité, envers et contre tout, à la méthode et aux règles analytiques strictes m'apparaît de l'ordre d'un aveuglement dogmatique, aussi terrifiant que celui de son patient, mais ici dans le sens d'un déni de la gravité de son état et de sa souffrance. Pour défendre son point de vue, BION met en avant le caractère unique et irremplaçable de la connaissance apportée par la psychanalyse : "Si l'analyste s'engage dans quelque chose qui n'est pas de la pratique psychanalytique, alors personne ne le remplacera comme praticien... La connaissance psychanalytique ne s'obtient que psychanalytiquement. Les autres renseignements, si importants soient-ils, ne peuvent remplacer la découverte psychanalytique. Rien ne peut remplacer ce que l'analysant et moi sommes capables de découvrir ensemble - si insuffisantes que soient nos découvertes. A l'analyste de trouver ce dont il a besoin au minimum pour travailler; ce dont les autres ont besoin n'a rien à voir ici... L'analyste a pour fonction de psychanalyser. En quelque sorte, il tend au patient un miroir qui l'aide à se voir en entier, à voir à quoi il ressemble... Jusqu'ici, le patient a passé sa vie à être "tout à fait comme" quelqu'un d'autre; nous lui suggérons maintenant d'être lui-même, quoiqu'il puisse être, parce qu'il a peut-être des qualités qui le sauveront."(ibid.).

Cette impitoyable idéalisation de la technique analytique la plus stricte (du moins concernant le cadre et la neutralité, mais peut-être pas tout à fait concernant l'interprétation du transfert, tant négatif que positif), est justifiée par la quête d'une "connaissance" de soi très intellectualisante et objectivante, et qui ne reculerait devant aucun moyen. Je dois dire que je n'aime pas du tout la façon trop proche du cynisme dont BION dit de son ex-patient : "Il a fini par trouver le remède : il est mort ; après cela, il ne pouvait plus rien entendre, pour autant qu'on sache. Mais c'est là un genre de traitement draconien et une manière bien spéciale d'arrêter la séance". Si les faits et les mots pour les dire sont exacts, les paroles sont plus difficiles à accepter. Comment comprendre qu'un analyste comme BION, qui a tellement travaillé sur l'expérience émotionnelle, puisse, en même temps, prôner une conception apparemment totalement insensible de la pratique analytique, reprenant même le schématisme objectivant de l'image du miroir, qui n'est vivant que dans la mutualité : c'est le regard qui est le miroir de l'âme, dont les yeux ne sont que les fenêtres. L'hypothèse la plus favorable serait que BION se défend de cette façon contre l'excès intolérable de sa propre douleur, face à ce que ce patient, dont on peut penser qu'il s'était en fait désespérément attaché à son analyste non comme à un substitut parental mais comme à un père et une mère véritables, lui a fait vivre, après de nombreux et vains appels au secours, comme une vengeance à mort contre la trop grande distance de l'analyste et sa non-reconnaissance de l'attachement vital de son patient. Celui-ci est peut-être ainsi parvenu malgré tout à infliger au grand homme sa blessure cachée et secrète : serait-ce elle qui l'aurait ensuite poussé à fuir Londres vers l'exil doré de la Californie ?

Le seul garde-fou relativement fiable que nous possédions pour éviter de réactiver dangereusement les traumatismes et la pathologie latente des personnes qui viennent nous consulter est notre empathie à leur souffrance, et surtout aux aspects latents de la souffrance. Je pense que les termes psychiatriques de "noyau psychotique" ou de "partie psychotique de la personnalité" ne sont acceptables que s'il est clair qu'ils signifient l'existence chez le sujet d'un manque d'investissement de soi, avec toutes les identifications pathologiques et les défenses contre le "noyau de désespoir" dont ils sont essentiellement faits - et que n'illustre que trop bien le patient de BION.

Ce cas malheureux confirme mon idée sur la manière dont l'environnement est capable de faire se révéler le meilleur ou le pire, la santé ou la pathologie. En effet, il ne faut oublier que lorsque les conditions d'environnement ne sont pas suffisamment favorables, l'aspect esthétique de l'amour primaire mutuel ne peut pas être créé. En lieu et place se développe le néгатif de l'admiration et de l'éblouissement primaire : l'HORREUR, figurée dans la mythologie par la figure de Méduse au pouvoir paralysant et mortel, qui a été évoquée par F.PASCHE et P.C.RACAMIER et où l'on peut aujourd'hui voir, avec E.ABOUT, l'image du trou noir de la dépression primaire et de la menace d'avortement de la naissance psychique. C'est certainement ce que vivait le jeune homme de BION, qui lui avait d'ailleurs interprété son horreur de la vie. Les rituels masturbatoires étranges et apparemment pervers de ce patient étaient sans doute, en fait, l'équivalent des auto-érotismes autistiques nécessaires à combattre la dérégulation d'un immense sentiment de solitude et d'un total désespoir.

Comme je l'ai dit ailleurs, la perspective que je propose débouche sur une façon radicalement nouvelle de concevoir la nature et l'action des pulsions destructrices dans la psyché. Non plus comme une violence tenant à la nature même de la pulsion, une sorte de violence ontologique de la matière (FREUD), ou de soi-disant "violence fondamentale" (J.BERGERET), mais comme une violence témoignant de l'existence d'un noyau de désespoir, la violence du désespoir de ne pouvoir être et se développer ni faire naître en soi la joie de vivre. C'est un renversement de la perspective généralement admise jusqu'ici et dans laquelle les "pouvoirs du négatif" étaient essentiellement attribués à l'instinct ou la pulsion de mort. Mon hypothèse est que ce que l'on décrit habituellement sous ce nom correspond non pas à une tendance négative ou destructrice innée, mais à un renversement en son contraire de la libido et de la pulsion de vie, lorsque celle-ci ne trouve pas le moyen de s'enraciner dans le milieu ambiant pour y croître et s'y épanouir.

Des auteurs aussi différents que J.LAPLANCHE et D.MELTZER ont tous les deux évoqué l'aspect énigmatique du premier objet pour l'enfant : on revient toujours aux anciens mythes. Mais les mythes, comme les rêves, doivent être non pas pris à la lettre mais interprétés. En outre, il ne faut pas confondre mystère et énigme, le mystère peut posséder une aura attirante, tandis que l'énigme, telle celle du Sphinx, est typiquement redoutable et terrifiante. Je pense que l'aspect trop énigmatique de

l'objet primaire, et en particulier de son intérieur, peut être considéré, surtout s'il survient trop précocement, comme l'un des aspects possibles d'une interaction insuffisamment harmonieuse, d'un manque de réciprocité dans l'investissement mutuel de la mère et de son bébé. C'est ainsi que des travaux comme ceux de Lynne MURRAY, chercheur à Cambridge depuis 1980 dans le domaine des interactions précoces, confirment, par exemple, que "les mères déprimées et leurs bébés s'enferment dans des cycles de réaction négative mutuelle qui entraînent une coupure de la part du bébé" (L.MURRAY, Influence de la communication mère-bébé sur le développement psychologique de l'enfant, in : "Troubles relationnels père-mère / bébé : quels soins ?" ouvr. coll. sous la direction de Michel Dugnat, Ed. Eres, 1996).

On entre alors dans l'interminable cercle vicieux des identifications projectives pathologiques. En effet, la survie psychique est alors recherchée par une forme particulièrement redoutable d'identification à l'agresseur : l'identification aux mauvais aspects de l'objet. C'est une forme très tenace d'identification, car y renoncer serait renoncer à une défense de survie et être confronté au retour des angoisses catastrophiques et de la dépression primaire contre lesquelles cette défense avait été installée.

Comme on le constate en clinique, les sentiments dépressifs peuvent être extrêmement précoces et puissants chez l'enfant. D'une façon générale, d'ailleurs, je pense que la souffrance est fondamentalement dépressive, car c'est essentiellement la souffrance de ne pas pouvoir se développer ni découvrir la joie de vivre, ce qui équivaut à une menace de mort psychique. L'objet narcissique primaire est attendu d'abord comme le sein qui doit, avec la nourriture, apporter le réconfort. Dans la dépression primaire, le peu d'espace psychique existant peut être totalement envahi par une culpabilité immense car elle infiltre immédiatement tout investissement naissant, comme l'exprimait le patient de M.KLEIN, le petit Dick, en voyant tomber les copeaux de son crayon, immédiatement assimilés à l'objet mordu et détruit : "Poor Mrs Klein!" (M.KLEIN, 1930, L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi, in : Essais de Psychanalyse, Payot).. La culpabilité est une manière de protéger l'objet en maintenant sur lui un investissement totalement et illusoirement idéalisé, qui empêche le sujet d'éprouver une éventuellement très légitime mais beaucoup trop dangereuse colère, comme s'il se disait «non, ce n'est

pas l'objet qui est mauvais et qui ne m'apporte pas ce dont j'ai besoin, c'est moi qui suis un mauvais bébé qui ne mérite pas que le sein idéalisé s'intéresse à moi ».

Mais lorsque la culpabilité est trop douloureuse pour être tolérée, ou lorsque l'objet ne peut pas être idéalisé, le concept de l'absence de l'objet attendu ne peut pas se développer : le sujet n'éprouve, en lieu et place, que la présence d'un objet persécuteur, comme BION - encore lui - l'a décrit : il n'y a pas un bon objet absent, il n'y a qu'un mauvais objet présent. Le concept même de croissance psychique peut alors ne pas se développer : c'est cela le désespoir.

Ce sont de tels points de fixation qui sont responsables des difficultés de terminaison de certaines analyses, car la fin de l'analyse se heurte alors à des états de dépendance pathologique interminable. Avec le recul, je pense aujourd'hui que j'ai eu ma part de responsabilité dans les difficultés de fin d'analyse que j'ai rencontrées. J'ai certainement trop idéalisé, moi aussi, la psychanalyse et sa méthode. J'ai adopté trop facilement la position de pouvoir qu'elle donne, avec les avantages qu'elle procure. Je n'ai pas été assez vigilant quant aux besoins d'autonomie des patients, masqués par leurs besoins d'une dépendance fructueuse pour leur développement. J'ai été victime de l'abus de la théorisation en termes de pulsions car, ayant longuement travaillé dans le cadre de la théorie kleinienne de la relation d'objet, tant à Genève qu'à Londres, je ne me suis aperçu que tardivement que celle-ci faisait trop de place aux pulsions destructrices comme expression d'un instinct ou d'une pulsion de mort, aux dépens des interactions subies par l'enfant de la part de son entourage. Je remercie ceux de mes patients qui m'ont aidé à ouvrir les yeux sur les événements de leur enfance et ont eu le courage de m'obliger à me confronter avec la réalité de leur souffrance et des conséquences qu'ils en ont subi dans leur développement.

J'ai pensé depuis longtemps, et je l'ai écrit, que prendre quelqu'un en analyse était un acte impliquant une énorme responsabilité. L'expérience permet de développer son intuition et ses connaissances, elle rend également plus modeste et plus prudent. FREUD se disait, au début, très exigeant pour le choix de ses patients. Dans sa conférence de 1904 sur "la psychothérapie analytique" (in : La technique psychanalytique, ch. 2), il écrit : « Il faut refuser les malades qui ne possèdent pas un degré suffisant d'éducation et dont le caractère n'est pas assez sûr », et il ajoute : « N'oublions pas que bien des normaux ne valent rien non plus. » Il précise que les « psychoses, les états confusionnels, les mélancolies profondes » sont des contre-

indications de la psychanalyse, « du moins telle qu'on la pratique jusqu'ici », mais il n'exclut pas que des modifications de la technique puissent permettre une psychothérapie des psychoses. Celle-ci a, en effet, été permise, en particulier par les continuateurs de l'oeuvre de M.KLEIN comme H.ROSENFELD, H.SEGAL, et W.R.BION, non par des modifications de la technique devenue au contraire d'autant plus rigoureuse que l'état psychique du patient était grave, mais par les progrès réalisés dans la psychanalyse des enfants et les connaissances nouvelles apportées sur les premiers stades du développement psychique. Comme je l'ai dit plus haut, ces connaissances restaient malgré tout basées sur la psychopathologie et il me semble clair aujourd'hui que l'optimisme certes courageux des pionniers de la thérapie des psychoses n'était pas dénué d'une certaine omnipotence, stimulée par de violentes rivalités d'école.

Le renforcement de la rigueur technique dans les états psychotiques - nous y ajouterions maintenant les états border-line - est justifié par l'extrême intolérance à la frustration de ces patients. Mais on a souvent confondu la rigueur avec la rigidité, et la neutralité avec le retrait. Je ne crois pas, par exemple, que l'analyse doive être conduite sous le seul règne de la "règle fondamentale", telle qu'elle est enseignée aux candidats, et que j'ai entendue prônée comme le "contrat léonin" sous lequel on devrait mener la psychanalyse. De très nombreuses formes d'abus de pouvoir peuvent se glisser plus ou moins insidieusement dans la pratique analytique. Je ne tenterai pas de les dénombrer, à la manière dont O.KERNBERG vient d'isoler trente méthodes pour détruire la créativité des candidats psychanalystes ! (O.KERNBERG, *Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates*, Int. Journal Psycho-Anal., vol. 77, 1996, Part 5, p. 1031). Il est vrai que la pratique est une interminable succession de pièges, dans lesquels il faut bien aussi que l'on tombe parfois, si l'on est homme. Les méthodes que j'utilise maintenant ne peuvent sans doute servir qu'à moi, je me risquerai à en citer malgré tout quelques unes.

Je n'utilise maintenant que rarement la position classique de l'analyste assis derrière le patient et pouvant voir sans être vu lui-même. De pair avec la soi-disant règle d'or du "silence de l'analyste", c'est une trop bonne méthode pour renforcer la tendance naturelle du patient à identifier l'analyste à la figure du Sphinx. J'ai souligné ailleurs la confusion entre le silence et l'écoute. La meilleure manière de faire sentir au patient

qu'il a été non seulement écouté mais entendu reste l'interprétation, surtout l'interprétation de la souffrance psychique dans le transfert . S'il existe des troubles narcissiques chez le patient - et quel patient n'en présente-t-il pas ? - la position et l'attitude "classiques" peuvent souvent être ressenties comme traumatiques, et ainsi réactiver les traumatismes infantiles et risquer d'induire ou de renforcer un état de dépendance pathologique chez le patient. Cet état peut avoir sa contre-partie chez l'analyste qui peut entrer en collusion inconsciente avec son patient pour à la fois l'entretenir et en être lui-même victime. C'est pourquoi, il m'arrive de plus en plus souvent de m'asseoir non pas derrière mais à côté du patient, suffisamment prêt de lui pour qu'il puisse, s'il le désire, me regarder et aussi pour que je puisse, si cela s'avère utile, poser ma main sur son bras. J'ai pu de cette façon, avec un patient dont c'était la troisième analyse, et qui présentait une hypersensibilité quasi paranoïaque aux moindres fluctuations de la relation analytique, surmonter une réaction catastrophique avec menace de rupture et de somatisation (une très grave somatisation était déjà survenue dans son analyse précédente) survenue à l'occasion d'une absence de ma part à une séance, dont j'avais oublié de le prévenir suffisamment à l'avance pour que mon absence puisse être élaborée dans les séances. Grâce aussi au remplacement de la séance perdue et à un travail ardu d'interprétation, la situation thérapeutique compromise a pu être rétablie, comme en ont témoigné des rêves d'élaboration : la séance manquée a été représentée par un espace clos entouré de barbelés, tandis que la séance de remplacement a été vécue dans un rêve où il retrouvait trois pièces (il avait trois séances par semaine) au fond d'une cour. Ce patient a été un enfant surdoué, mais il n'a jamais atteint une autonomie réelle. Il ne vit que des relations d'identifications narcissiques massives, qui sont évidemment toujours menacées de ruptures catastrophiquement douloureuses. Une atmosphère d'extrême et toujours fragile confiance a été nécessaire pour lui permettre de prendre conscience de ses angoisses de séparation à un niveau très inconscient et de la violence de ses fantasmes de vengeance, dont la découverte l'a beaucoup surpris. J'ai conservé, après la crise, la position que j'avais adoptée dans l'urgence et elle a joué un rôle contenant beaucoup plus efficace. J'ai aussi été amené, avec ce patient, comme avec d'autres, à adopter une attitude beaucoup plus souple que classiquement en ce qui concerne les séances manquées ou les changements de séance, ce qui n'a entraîné aucune détérioration de la situation analytique, au contraire une plus grande confiance en moi et en lui-

même et l'apparition de nouvelles capacités d'autonomie amenant un très grand soulagement dans ses relations. Mais au prix de l'irruption de très profonds sentiments dépressifs s'exprimant avec d'énormes sanglots, face à la possibilité complètement nouvelle de vivre des sentiments de perte : le prix à payer pour éprouver la joie. *“La grâce se paie toujours au prix fort. Une joie infinie ne va pas sans un courage également infini”* (C.BOBIN, ibid.).