

Réunions annuelles théorico-cliniques

Thème 2008 : « Les contre-transferts au psychodrame »

« Contre qui ? »

Le thème choisi pour cette après-midi de travail me paraît particulièrement heureux, car ce qui nous amène au psychodrame tient pour beaucoup au contre-transfert. En disant cela, j'entends bien sûr face à tel patient pour qui nous allons poser cette indication, mais aussi face à la psychanalyse elle-même. « Qu'est-ce qu'une journée d'analyste, c'est la succession de dix ou douze transferts », disait un jour Jean Laplanche, et il ajoutait : « C'est cette succession, cette adaptation continue qui nous fatigue tant. » J'avais aussitôt pensé que cela impliquait une succession de dix contre-transferts. Il ne nous est pas possible de vivre seul avec ce poids sans perturbation excessive. Notre capacité d'analyse, ou d'auto-analyse, est vite dépassée. Les manifestations d'un tel dépassement sont bien diverses, et notre premier travail est d'en repérer le caractère contre-transférentiel. Les surmonter est notre devoir suivant, et souvent il ne peut se faire qu'avec l'aide d'un autre analyste : supervision, groupe de travail clinique au sein des sociétés d'analystes, mais aussi, pour nous qui sommes ici, groupe de psychodrame.

Le psychodrame, qui réunit des analystes travaillant ensemble, synchroniquement, le même transfert, pourrait être vu, dans cette perspective, comme supervision *in vivo*, ce qui est bien différent d'un cas raconté en supervision, car la narration instaure une diachronie. Si le superviseur entend en résonance le transfert et le contre-transfert de l'analyse, le groupe de psychodrame les vit en diffraction : les analystes présents réagissent ou plutôt, pour paraphraser la première définition du contre transfert en 1910, se règlent différemment, au travers de l'influence du patient sur leurs sentiments inconscients. C'est avec ces différences, opposées ou complémentaires, qu'ils partent à la recherche de l'organisation sexuelle infantile du patient.

Entrelacer ce qui conduit l'analyste à pratiquer le psychodrame, avec ce qui l'amène à indiquer le psychodrame, déplace l'accent de la réflexion vers le fonctionnement psychique de l'analyste. Ce changement de point de vue est celui-là même que, depuis cinquante ans, l'intérêt pour le contre-transfert a promu. Il est source de violents conflits dans le monde analytique. Contre qui parle-t-on de contre transfert ? Contre qui n'en parle-t-on pas ?

Peu de termes freudiens ont donné lieu à de si violentes controverses que celui de contre-transfert. Pas tant du temps de Freud, d'ailleurs, que depuis l'après guerre. Au temps de Freud, le contre-transfert fut unanimement considéré comme un obstacle à la bonne marche de l'analyse. Le transfert avait lui aussi été

découvert comme résistance, mais rapidement il était devenu le principal levier de

l'action analytique : transfert du patient, interprétation de l'analyste formaient, forment toujours, le socle de la psychanalyse. Le contre-transfert n'a pas du temps de Freud connu pareille évolution, il est resté un obstacle dont le destin était d'être surmonté, maîtrisé disait Freud, par l'analyse de l'analyste. Cette évolution différente des deux concepts n'est pas due à une découverte en des temps différents de la pensée de Freud : la première occurrence du contre-transfert date de juin 1909 dans une lettre à Jung. Freud avait donc trente ans de travail devant lui pour faire évoluer le contre-transfert, à l'instar du transfert, du statut de résistance gênante vers celui de levier de l'analyse en tant que terrain privilégié de l'interprétation. Dès le départ donc, transfert et contre-transfert n'ont pas la même évolution. Cela ruine, à mon idée, toute idée de concept en miroir, ainsi que la funeste expression de « relation transféro-contre-transférentielle » aurait tendance à le faire croire. Qu'il y ait un lien entre transfert et contre-transfert, la dénomination et la définition princeps en attestent. Qu'il s'agisse d'une relation est en revanche plus que douteux. La dénomination d'abord. Jusqu'à ce travail je croyais que contre-transfert était une traduction fautive du terme allemand. Fort de cette croyance, je suis allé voir la terminologie allemande. *Übertragung* pour transfert, *Gegenübertragung* pour contre-transfert, *gegen* signifiant en allemand *contre*. Ainsi Marie Bonaparte et Anne Berman avaient été parfaitement fidèles à la terminologie freudienne, d'autant que *gegen* est, comme *contre*, un mot à double sens : celui de l'opposition et celui de la proximité. Elles furent un peu moins fidèles au texte en traduisant la définition originelle de 1910 dans « Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique » et qu'elles énoncent comme suit : « Notre attention s'est portée sur le contre-transfert qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. » Le lien entre transfert et contre transfert est donc net, si l'on considère que l'influence exercée par le patient sur l'analyste c'est le transfert. Le second naît chez l'analyste *par suite* du transfert du patient, traduisent-elles. Cependant le texte allemand ne dit pas *par suite*, qui induit une idée de réaction, il dit *durch*, adverbe qui signifie *au travers de*. Ainsi, faire du contre transfert une réaction au transfert est peut-être hâtif, voire fautif. Mais le mot principal de la définition freudienne reste *inconscient*, le contre transfert est, comme le transfert d'ailleurs, d'abord inconscient, c'est-à-dire inaccessible directement. Seuls le repérage des effets du contre-transfert et leur analyse, sont possibles. Comme toujours la formulation de Freud est d'une souplesse que n'auront pas ses élèves et ses commentateurs. Le contre-transfert s'établit au travers (*durch*) de l'influence qu'exerce le patient. Il ne dit donc pas que le contre-transfert est une réaction, et encore moins qu'il serait une *création* du patient, ainsi que Paula Heimann le propose en 1949. Je reviendrai cependant sur ce texte important, qui opère un renversement radical, en faisant du contre-transfert un outil d'investigation de l'inconscient du patient par l'analyste. La phrase suivante du texte de Freud est : « Nous sommes tout près d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert ». Elle annonce déjà ce qui sera reconnu plus tard : on ne peut éviter le contre-transfert. Les déformations qu'il entraîne dans l'écoute de

l'analyste, l'exigence faite à l'analyste de le reconnaître et de le maîtriser, mènent dès ce moment à l'indispensable analyse de l'analyste.

Mais pour autant, Freud est loin de la position radicale de Lacan et de ses disciples pour qui, je cite Lacan : « Les sentiments de l'analyste n'ont qu'une place dans ce jeu [le jeu de l'analyse], celle du mort ; et qu'à le ranimer [le mort] le jeu se poursuive sans qu'on sache qui le conduit », (1961, La direction de la cure et les principes de son pouvoir). Et Freud est aussi loin des courants actuels américains de l'intersubjectivité et de la *self disclosure*, qui reprennent la tentation de Ferenczi, en proposant une analyse « relationnelle », avec une technique d'intervention dans laquelle l'analyste fait part au patient des sentiments contre-transférentiels. Freud, lui, indique que reconnaissance et maîtrise du contre transfert par l'analyste se font *en lui-même*.

L'après-guerre, qui est aussi l'après Freud, voit une évolution radicale de la place du contre-transfert, dans la pratique analytique et dans la théorie. 1947 Winnicott prononce une conférence à la British Society : « la haine dans le contre-transfert » ; 1948 Heinrich Racker présente devant l'Association argentine un travail intitulé : « Une contribution au problème du contre-transfert » ; 1949 Paula Heimann propose, malgré les pressions de Mélanie Klein et du clan annafreudien, pour une fois d'accord, une communication au congrès de l'API à Zürich : « Sur le contretransfert » ; 1951, Margaret Little publie : « Le contre-transfert et la réponse qu'y apporte le patient ». Ces quatre textes révolutionnent le concept, dans des voies qui s'opposent souvent, convergent parfois. On y trouve les germes de toutes les conceptions modernes du contre-transfert, dans la pratique clinique et dans la théorie, sauf bien sûr celle adoptée par le courant lacanien qui, dans son retour à Freud, a balayé tous ces travaux et s'en tient à la toute première position freudienne de 1909. Ce foisonnement rend compte, entre autres, de l'évolution du champ de la recherche et de la pratique psychanalytique vers toute la psychopathologie. Le texte de Winnicott, pour ne citer que lui, est le fruit de sa pratique avec des psychotiques et des anti-sociaux.

Il faut noter aussi un radical changement de vertex : si en 1909 Freud écrit à Jung au sujet du contre-transfert, c'est que ce dernier vient de lui envoyer un télégramme pour lui avouer des relations sexuelles avec une de ses patientes, et pas n'importe laquelle : il s'agit de Sabina Spielrein. En 1947, Winnicott, loin du risque de dérapage sexuel, parle de la haine inconsciente pour le patient.

En quoi ces quatre textes modifient-ils radicalement le concept de contre transfert, et son usage pratique ?

Winnicott et Little, dont on sait le lien, restent dans la ligne freudienne pour voir le contre-transfert comme un obstacle s'il reste inconscient à l'analyste. Ils ne l'envisagent pas, tel le transfert, comme un instrument au service de l'analyse. Mais, contrairement à Freud, ils avancent que l'analyste, surtout s'il s'embarque dans l'analyse de psychotiques est envahi par un sentiment inconscient de haine qu'il n'a pas à combattre, mais dont il doit absolument être conscient et qu'il doit supporter. Et tous deux, s'écartant encore plus de la position de Freud, considèrent comme possible, voire nécessaire sous de grandes précautions, d'en faire part au patient.

Winnicott écrit : « Eventuellement, il [l'analyste] devra être capable de dire au malade ce qu'il a supporté de sa part, mais il se peut qu'une analyse n'en vienne jamais là », mais plus loin, parlant là spécifiquement de l'analyse des psychotiques, il ajoute : « Je crois une analyse [de psychotique] incomplète si il n'a pas été possible à l'analyste, même vers la fin, de raconter au malade ce que lui, analyste a fait sans le dire pour le malade, alors qu'il était malade, dans les premiers temps. Tant que cette interprétation n'est pas faite, le malade est tenu dans une certaine mesure dans la position du petit enfant, de celui qui ne peut pas comprendre ce qu'il doit à sa mère. » (Ce à sa mère est important, j'y reviendrai) Il y a donc deux temps : celui où l'analyste est conscient et accepte la haine contre le patient, et celui de l'interprétation de cette haine au patient lui-même, qui prend la forme d'un aveu. Margaret Little, ancienne analysante de Winnicott, et pas des plus faciles, va plus loin, considérant le contre transfert « comme un outil extrêmement précieux si ce n'est indispensable » pour la conduite de l'analyse. Tout comme la noninterprétation du transfert freine l'analyse, la non-interprétation du contre-transfert gêne l'évolution de l'analyse, dit-elle. La différence entre ces deux auteurs et Freud réside dans le lieu de cette interprétation : pour Freud ce lieu est l'analyse de l'analyste -ou son auto analyse-, pour Winnicott et Margaret Little, ce lieu est l'analyse du patient dont le transfert a suscité un tel contre-transfert. La parenté avec la pensée de Ferenczi est ici très nette.

Paula Heimann et Heinrich Racker constituent un couple plus étonnant, car ils ne se connaissaient pas, ou du moins ils ne connaissaient pas leurs travaux respectifs, qui pourtant sont très proches. Ils instituent le contre-transfert comme un outil précieux d'investigation de l'inconscient du patient. Les réactions contretransférentielles, ne sont plus seulement réactions de l'analyste au transfert de tel patient, mais sont de véritables créations du patient dans le psychisme de l'analyste. Ils postulent un certain degré d'isomorphie entre ce qui surgit dans l'inconscient de l'analyste du fait du transfert, et le fantasme inconscient du patient. Cette forme de communication « d'inconscient à inconscient » est ce qui sera raillé et rejeté par Lacan (critique du contre transfert), même si cette locution n'est pas utilisée par ces auteurs, qui parlent plutôt d'un travail d'auto-analyse de la part de l'analyste. Une telle conception, surtout celle de Paula Heimann, sera reprise et amplifiée par le courant kleinien et post kleinien pour voir dans ce qu'ils nomment « la dyade transfert/contre-transfert » l'effet de l'identification projective, ce qui est bien sûr une modification importante de la théorie, puisque le mécanisme du transfert pour Freud était le déplacement. Une modification d'autant plus importante que les kleiniens ne réservent pas cette identification projective aux psychotiques ou aux cas limites, mais l'étendent à toute la clinique analytique.

Cette conception ouvre la voie à un amoindrissement de la dissymétrie entre l'analysant et l'analyste, le second réagissant par une névrose de contre-transfert (c'est l'idée de Racker) à la névrose de transfert du patient, sans que son analyse « d'avance » soit bien nettement marquée. Par là aussi advient l'exagération d'une vue de l'analyse comme une communication, ou une relation.

A partir de ces travaux donc, l'objet de la recherche analytique se déplace. Après

s'être centrée sur l'inconscient du patient, elle se focalise sur le fonctionnement de l'analyste en séance. L'un étant le reflet déformé de l'autre pour certains, mais pour d'autres, qui abolissent toute dissymétrie, la relation transféro-contre-transférentielle devient une création du couple analyste analysant, et ce jusqu'aux travaux de Théodore Odgen, qui inspirent le courant intersubjectiviste américain, pour lequel l'analyse est exclusivement centrée sur l'ici et maintenant de la relation analytique, sans plus s'intéresser à la vie psychique infantile, aux fantasmes sexuels infantiles. En Europe aussi de nombreux travaux se sont centrés sur le fonctionnement psychique de l'analyste en séance, et sur les influences du transfert sur la pensée et les affects de l'analyste, ainsi les oeuvres de Videmann, Donnet, deM'Uzan, Widlöcher. Mais aucun de ces auteurs n'a jamais perdu de vue le but essentiel de l'analyse : la mise au jour des fantasmes sexuels infantiles inconscients.

Le dernier point de vue radicalement novateur au sujet du contre-transfert est sans conteste celui de Michel Nayraut, qui publie en 1974 son livre *Le Transfert*, dont les deux premiers chapitres sont consacrés au contre-transfert. Il avance que le contretransfert précède le transfert, en est sa matrice d'accueil. D'autres avant lui avaient déjà eu cette intuition, ainsi Heinrich Racker, voulant démontrer le caractère inéluctable du contre-transfert, écrit que l'analyste est prédisposé à des sentiments vis-à-vis du patient avant même de l'avoir rencontré. Mais personne n'était allé aussi loin que Michel Nayraut dans cette affirmation, ni dans les conclusions qu'il en tire. En faisant du contre-transfert une condition au transfert, Nayraut inverse leur rapport. Il faut cependant noter que pour effectuer cette révolution de la précession du contre-transfert, Nayraut doit en étendre l'acceptation de telle sorte qu'il en perd beaucoup de sa spécificité. Il ne s'agit plus tant de ce qui s'établit chez l'analyste au travers de l'influence qu'exerce le patient sur ses sentiments inconscients, définition de Freud, que d'une disposition de l'analyste face à la psychanalyse dans son ensemble : pratique, corpus théorique, vie des institutions analytiques, que l'analyste s'y inscrit ou non, et aussi toute sa pensée au cours de la séance et même hors séance. Par ailleurs il reste dans une ligne très classique lorsqu'il fait du contre transfert une résistance. Et ce à quoi le contre –transfert permet de résister et en même temps révèle, est d'une part une *demande* de l'analyste au patient, lequel y répond par le transfert, et d'autre part le *désir* inconscient de l'analyste. Freud soulignait précisément cela dans sa lettre à Jung du 31 décembre 1911. Il y écrit : « Mme C. m'a raconté toutes sortes de choses sur vous et sur Pfister, si l'on peut appeler raconter ses allusions continues, desquelles je conclus que vous deux n'avez pas encore acquis dans la pratique la froideur nécessaire, que vous vous engagez encore et que vous donnez beaucoup de votre propre personne, pour demander quelque chose en retour [au patient]. Puis-je, en digne vieux maître, vous avertir qu'avec cette technique on fait régulièrement un mauvais calcul, qu'il faut bien plutôt rester inaccessible et se borner à recevoir ? Ne nous laissons jamais rendre fous par les pauvres névrosés. L'essai sur le contre-transfert qui me semble nécessaire, ne devrait pas être imprimé, mais circuler parmi nous en copies »

Si le contre transfert est devenu un axe majeur de la recherche clinique des cinquante dernières années, sa place dans la théorie est cependant plus incertaine car, comme

le font remarquer Nayraud, et dans un ouvrage plus récent, Pierre Fédida dans *Crise et Contre-transfert*, la métapsychologie du contre-transfert est à écrire.

De plus en plus, les questions soulevées par le contre transfert sont source de divisions dans le monde analytique. Avec les élèves de Lacan qui dénie toute pertinence aux recherches sur le fonctionnement psychique de l'analyste en séance, et à l'hypothèse que le contre transfert pourrait être un instrument fiable d'investigation de l'inconscient du patient. Jacques Alain Miller va même jusqu'à déclarer que c'est là un temps précieux scandaleusement soustrait à l'attention qui est due au patient. Il fait de cette démarche une faute professionnelle, car une entorse à l'éthique. Venant de gens qui ont si considérablement réduit l'heure quotidienne d'analyse que préconisait Freud, cela ne manque pas de toupet !

Avec la psychanalyse anglo-saxonne les divergences ne sont pas moins grandes. Les Kleiniens et les post Kleiniens adoptent un modèle du contre transfert tel que la psychanalyse devient un rapport fictif mère/enfant (c'est pourquoi je soulignais *mère* dans la citation de Winnicott) où la mère/analyste se fait réceptrice de ce qui se passe chez son enfant. Fédida voit ici un radical changement de vertex, et se demande s'il reste alors quelque chose d'analytique dans ces psychothérapies, quand la fonction maternelle devient le coeur du travail. Le risque selon lui est le basculement vers une relation interpersonnelle, où le moi de l'analyste et sa capacité de penser sont mis au service du patient, ou même à sa place. Une forme de suggestion plus insidieuse que l'hypnose, et tout aussi anti-analytique. Il n'y aurait alors plus guère de place pour le transfert comme expérience d'inquiétante étrangeté, dont le traitement exclusivement par la voie interprétative impose à l'analyste qu'il se maintienne sur une scène radicalement distincte de celle du patient, une scène paternellement étrangère, et non familièrement maternelle.

Les objections de Fédida se placent résolument sur le terrain métapsychologique. En faire état ici serait un peu long, et un peu à l'écart de notre sujet d'aujourd'hui, car en pratiquant le psychodrame, il est clair que l'on n'y souscrit pas entièrement.

Cependant ce livre donne à réfléchir lorsqu'on choisit comme nous d'apporter des modifications au cadre de l'analyse, et à la technique en faisant jouer les patients adultes, sujet qu'il aborde avec beaucoup de finesse, même si il ne parle pas explicitement du psychodrame. Fédida place toutes ces modifications dans la filiation de l'élasticité de la technique et de la technique active de Ferenczi.

Les patients borderline et les psychotiques ont l'art de perturber notre boussole habituelle transfert/interprétation. Plus habitués à projeter qu'à déplacer, le mécanisme à la base de leur transfert leur permet de transporter de grandes charges libidinales, qui suscitent chez l'analyste des affects massifs, pas toujours faciles à supporter. La transformation de ces affects en angoisse rend difficile à l'analyste son maintien dans le site de l'étranger, comme dit Fédida. Le psychodrame tel que nous le pratiquons tente d'apporter à cela une solution pratique, en offrant une double scène : celle du jeu avec les acteurs, qui abandonnent pour cette occasion leur position étrangère d'analyste, et la scène avec le meneur de jeu qui, par le phénomène maintenant bien décrit de diffraction de la charge transférentielle, se trouve protégé de la paralysie angoissée, ou de la terreur, habituellement ressenties

par l'analyste de tels patients.

Haine dans le contre-transfert, contre transfert comme outil d'investigation de l'inconscient de patient et même dévoilement d'une partie des productions inconscientes de l'analyste, sont les événements psychiques auxquels tout analyste qui s'attelle à la tâche d'analyser les borderline et les psychotiques peut être confronté, tant ces patients produisent peu de rejets de l'inconscient, ou, si ils en produisent, se montrent réticents ou incapables de les utiliser par leurs associations comme voie royale vers l'inconscient.

Je vais tenter de montrer en quoi le travail du contre-transfert au psychodrame est de nature à en faciliter l'interprétation analytique, et aussi de nature à protéger analyste et patient de dérives vers la suggestion qui rendraient, à leur insu, le travail non analytique, voire anti-analytique.

En tant que lié au transfert, diffracté au psychodrame, le contre transfert a de bonnes chances d'y être lui aussi diffracté. En effet, il y a fort à parier que devant l'équipe du psychodrame, qui avant d'être groupe est addition d'individualités, le patient va fractionner ses déplacements sur chacun des participants, et si l'identification projective s'en mêle, gageons qu'elle se fractionne tout autant. Il peut arriver cependant que le patient, ou les patients s'il s'agit d'un psychodrame en groupe, résistent en traitant l'équipe comme un groupe compact, ou fractionnent de telle sorte que le seul meneur de jeu est concerné par le transfert, les autres individus présents étant ignorés. Le travail est alors plus difficile, même si on sait que ceux que le patient ignore sont porteurs de la négativité transférentielle. Mais cette négativité est alors quand même plus facilement interprétable que lorsqu'elle envahit tout le champ transférentiel dans le cadre analytique habituel. Du fait de la séparation des espaces, jeu et en dehors du jeu, et des fonctions, il existe presque toujours une zone, sinon protégée, du moins différenciable.

Ainsi dans le psychodrame, chacun se trouve animé par des sentiments inconscients au travers de l'influence qu'exerce sur lui le patient. Les traces indirectes de ces sentiments inconscients, nous avons appris au long de notre formation à les repérer : angoisse, confusion, distraction, excitation, ennui, frissons, chaleur, envie d'uriner, scie musicales, pensées incongrues, je vous les cite en vrac, car elles viennent en vrac ! Ces manifestations conscientes ne sont pas les plus difficiles à traiter, encore qu'il n'y ait pas lieu de s'y laisser aller sans réflexion. Rien n'est plus agaçant que d'interroger un collègue sur ce qui l'a amené à jouer dans tel sens qui a surpris, et de s'entendre répondre : « parce que je l'ai senti dans mon contre-transfert. » Certes on peut sentir dans le contre-transfert en toute conscience, mais encore faut-il alors par un moment d'auto-analyse relier à ce qui, du patient, a pu susciter pareille sensation, figuration, affect ou pensée. Même en considérant le contre transfert comme une réaction, il n'est pas seulement cela, il est surtout pour l'analyste, par son analyse, un pare excitations, qui le protège et protège le patient de décharges intempestives. Mais, j'y insiste, le principal du contre-transfert est inconscient, et en tant quel tel inaccessible directement. Seuls les effets sont perceptibles, et quand ils ne sont pas ces sensations, ces pensées que j'ai citées, alors le plus souvent ce sont des actes. Si dans la cure ou le face à face, de tels actes peuvent être gênants, parce que

transgressifs, le jeu au psychodrame offre un espace dans lequel ils ne le sont plus, et où leur accueil est plus aisé, pour trois raisons.

La première est que l'analyste acteur, incarnant un personnage, peut intégrer ce genre d'évènement dans la suite de son jeu, ou, s'il ne le fait pas, l'analyste meneur de jeu peut interrompre la scène ou l'arrêter, dans une scansion plus radicale, pour mettre en relief ce mouvement. La seconde tient à l'effet de diffraction du transfert, et du contre transfert qui offre une plus grande liberté parce que l'intensité de la charge libidinale est moins grande. La troisième tient aux différenciations multiples et plus aisées à éclairer : dans le cadre analytique, la seule différenciation est entre fonction analyste et personne de l'analyste, au psychodrame, il y a, en plus de celle-là, la différenciation entre analyste acteur et analyste meneur de jeu et encore celle entre personne de l'acteur et personnage qu'il joue.

La différenciation entre fonction analyste et personne de l'analyste peut être troublée par le contre transfert, et il est malaisé de se dégager de cette confusion. En voici une illustration : il s'agit d'un patient en analyse depuis déjà quelques années. Pas n'importe quelle analyse, puisqu'il s'agissait de mon premier cas de contrôle, et qui plus est avec un analyste superviseur qui m'impressionnait beaucoup, par son âge, en gros celui de mon père, et par sa grande célébrité. Le patient était phobique et dépressif. Sa vie était marquée par deux deuils. Le premier, était survenu très tôt dans l'enfance : son père mourut quand il avait 4 ans, et le second quand il était jeune adulte, son premier enfant fut tué accidentellement à l'âge 2 ans. Ces deuils étaient la source d'une dépression mélancolique qui à ce moment de l'analyse n'avait pas encore été analysée. Il parlait fort peu de ce père qui ne suscitait en lui aucune pensée et dont il disait défensivement n'avoir aucun souvenir. Toute interprétation du transfert sous la forme d'une qualification paternelle était reçue sans aucune réaction ou avancée de l'analyse. La phobie quand à elle se travaillait dans le registre parfaitement OEdipien d'évitement des désirs incestueux d'un fils seul avec sa mère, jeune et jolie veuve. Arrive une séance comme les autres...sauf que je ne sens pas que je m'endors, puis je suis réveillé par le son de ma propre voix, posant une question : « Y avait-il de hauts murs ? ». Dans le rêve survenu pendant cet assoupissement, je posais cette question à un homme. Moment de sidération, puis le patient dit : « pourquoi me demandez-vous cela ? » Là, la pensée va vite. Je pense que cela n'a sans doute rien à voir avec ce qu'il disait et que je n'ai pas entendu, que me voilà bien en peine de récupérer ses dernières paroles avant mon endormissement, la culpabilité surmoïque étant là pour m'en empêcher. Que faire ? Garder un prudent silence et attendre lâchement la reprise des associations ? C'aurait été le plus facile, mais faisait passer à la trappe le trouble physique, le rêve, la question du patient. En pensant au superviseur, pas vraiment adepte de la *self disclosure*, je ressens un malaise encore plus grand, comment lui parler de ça ? Tout cela prend quelques secondes, et je choisis non pas la franchise ou la réalité, comme le dirait Théodore Odgen, mais de livrer à l'associativité du patient mes « associations », si on peut ainsi appeler un endormissement et un rêve en séance. Je lui dis donc : « je me suis assoupi, et cette question je la pose dans le rêve que j'ai fait pendant ce sommeil ». Il répond alors : « j'étais en train de vous parler de

l'enterrement de mon père, de lui je ne me souviens de rien, sauf ce jour là. Je m'étais placé au bord du caveau, et je regardais tout au fond le cercueil qui me paraissait très loin ». Bien sûr cela éclaircissait beaucoup de choses.

L'endormissement au moment où il me parle de son père mort, qui me permet d'éviter, en apparence, d'entendre qu'il me met à cette place. Mais le rêve traite en urgence ce voeu de mort, en me mettant non plus seulement dans la position du père au fond de la fosse, mais aussi dans celle du fils qui regarde les hauts murs du caveau. Bien sûr ce fut un tournant du traitement qui permit d'analyser la dépression mélancolique qui venait de faire irruption dans le transfert, via un acte contre transférentiel. Mais, même en supposant que j'aie pu anticiper cette avancée, et tel n'étais pas le cas, la fin ne saurait justifier les moyens : pour me sortir de ce moment délicat, il m'avait fallu une transgression : répondre directement à une question du patient, sans analyser d'abord ce qui lui avait fait poser la question. J'aurais pu, et sans doute j'aurais dû lui demander, sinon pourquoi il me posait cette question, du moins ce que lui avaient fait penser les paroles que je venais de dire, et ainsi relancer l'associativité *avant* d'éventuellement répondre. Ceci illustre combien il peut être malaisé de se sortir sans transgression de ces réactions affectives intenses lors de moments où l'identification projective est le mécanisme prépondérant du transfert. Le moment clinique suivant montre combien le groupe peut rendre la chose plus aisée. Dans un psychodrame individuel, un jeune homme achève chaque séance en évoquant ses ruminations suicidaires, et la façon de s'y prendre pour leur réalisation : se jeter sous un train, lui qui vient à sa séance en prenant le train, ou se pendre à la branche d'un arbre, lui qui habite près d'une forêt. Le groupe supporte avec affliction et angoisse, en se promettant d'intégrer cette menace dans les jeux de la fois suivante. Mais, peut-être parce que nous sommes soulagés de le voir vivant la fois suivante, nous n'y pensons pas, cela ne vient pas : la manifestation du contre transfert peut être cela aussi, l'oubli, l'inhibition de la pensée. Puis un jour, après qu'une fois de plus notre tortionnaire soit parti nous laissant avec cette question : sera-t-il vivant la semaine prochaine, une collègue du groupe explose de colère et de rage : j'en ai marre, je ne peux plus le supporter, je le hais, je ne veux plus être sadisée de la sorte. Elle a toujours été du genre à ne pas mâcher ses mots, mais là elle nous laisse pantois !

Via cette révolte haineuse le sadisme du patient apparaît nettement dans le groupe. Et avec lui la conflictualité avec le masochiste, puisqu'une partie du groupe est choquée par la vigueur des propos, et reste dans une réceptivité « maternelle » des menaces du patient en se faisant du souci pour lui. Nous n'allons pas jusqu'à nous engueuler, mais pas loin, et nous nous séparons dans une tout autre disposition qu'habituellement. Les différentes dispositions contre-transférentielles sont ici traitées selon la proposition de Paula Heimann : comme investigation de l'inconscient du patient, en postulant une isomorphie avec ce qui se manifeste dans le groupe. Dans les séances suivantes, le jeu intégrera cette haine, ce sadisme et ce conflit avec le masochisme. Jusqu'à ce qu'il nous dise, plusieurs semaines plus tard qu'on se trompe à son sujet, il n'est pas un tortionnaire, mais un être déprimé. Cette reconnaissance des affects, de la dépression et du sadisme, ouvrira sur un registre

identificatoire secondaire, beaucoup plus varié et souple que l'identification narcissique à une « mère morte » au sens de Green.

Je terminerai par une situation clinique plus délicate car les manifestations en actes du contre-transfert resté inconscient adviennent pendant les séances de psychodrame, comme dans le fragment de cure rapporté plus haut. Mais leur analyse, qui n'avait été possible alors que par une transgression, peut ici, grâce à la différenciation des scènes, se traiter à l'intérieur du cadre, sans la suggestion directe que constituait ma réponse à la question du patient.

C'est un groupe d'adolescents où l'on s'ennuie. Une cothérapeute s'y endort souvent. Cet ennui a commencé avec un garçon de treize ans très inhibé, qui propose toujours la même scène : je suis avec deux copains et on parle. Une jeune fille du même âge le rejoint. Obsessionnelle à un degré rare, cette scène répétitive, ce monde partagé en deux qu'elle peut regarder sans avoir l'air d'y toucher est une aubaine. Elle propose répétitivement : je suis avec deux copines et on parle....Les capacités de jeu des acteurs sont mises à l'épreuve. Ils parviennent parfois à animer cette répétition et à provoquer des associations vers un jeu différent ; tandis que leur collègue s'endort et que le patient qui ne joue pas paraît perdu en lui-même.

Dans cette ambiance assez morne, nous attendons avec espoir des nouveaux, moins inhibés, qui mettraient un peu d'énergie là-dedans. Mais arrive Lazare, dont nous avons déjà parlé avec Aleth Prudent il y a dix ans dans un colloque d'ETAP sur l'interprétation. On nous annonce qu'il est un champion de l'inhibition. Il a quatorze ans et nous est adressé par un analyste qui se voit opposer un silence souriant depuis plusieurs mois. L'école avait alerté une famille qui paraissait s'accommoder assez bien du calme silencieux de cet enfant. L'inhibition massive a deux effets : elle interrompt les liens vers autrui et elle renforce les liens centripètes car son attitude oblige les autres à s'adresser à lui en particulier, faute de quoi il paraît sourd.

Au cours de l'entretien préliminaire, Lazare ne souffle mot. Ses parents ne parlent que d'un événement de sa prime enfance : à six mois, sa mère le découvre dans son berceau en état de mort apparente. Infirmière de profession, elle ne perd pas son sang-froid et entreprend les manoeuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée du SAMU appelé par le père. Le mythe familial qui s'est développé à partir de cet événement dramatique et excitant est appelé « la mort subite du nourrisson ratée de Lazare ». Tous les autres événements familiaux et personnels sont au second plan. Les premiers temps du traitement confirment l'extraordinaire inhibition de Lazare qui reste mutique. Si l'envie maniaque de rire nous prenait, nous dirions qu'il fait le mort. Il est le mort à réanimer, dans un groupe qui s'ennuie mortellement. Il ne peut ni parler ni répondre au meneur de jeu ni proposer une scène, ni même regarder les autres membres du groupe. Sur ce mode du retrait se joue le transfert entre le meneur et lui, entre le groupe et lui. Les acteurs tentent de le figurer par d'innombrables variations, pour une longue réanimation qui se déroule devant un groupe médusé. Quand on lui demande de jouer pour les autres, il transforme le plus souvent son rôle en rôle muet, et quand il ouvre la bouche, quel que soit son rôle, son jeu consiste à dire non. Il se montre sadiquement opposé à toutes les demandes qui lui sont faites, sadiquement car une certaine ironie est perceptible.

Ces éléments transférentiels actualisaient deux scénarios oedipiens, successifs ou entremêlés. Dans le premier, OEdipe positif, Lazare voyait sa mort subite ratée comme un moment d'extase, de jouissance partagée avec sa mère ; « faire le mort » actualisait son désir de le répéter. Adressée au père ou à ses représentants, cette même attitude traduisait sa crainte de rétorsions venues d'un père jaloux et était une protection contre ce risque. N'ayant rien à dire ni à montrer, il pouvait espérer éviter meurtre ou castration.

Un second scénario privilégiait une configuration d'OEdipe inversé. Le mythe de la mort subite ratée était toujours le point de départ. Après ce moment de rapprochement intime avec une mère qui lui a fait le bouche-à-bouche, il répète ce rapport incestueux, dans une configuration du rapport sexuel où il est en position passive, féminine, avec une mère phallique, active. Cette attitude passive lui permettait de séduire aussi son père, et les représentants paternels, dont le meneur de jeu. Castré mais pas tué, il sacrifiait sa virilité pour sauver le tout.

Face à ce silence, le jeu de double fut largement utilisé. Il verbalisait la qualité masochiste, sadique, jouissive du silence. Il a permis l'émergence de regards, de rougeurs du visage, de sourires et enfin de paroles : « non ! Le psychodrame moi j'aime ça ! », dit-il un jour à son double qui dénigre ce traitement. Demande d'amour enfin verbalisée sous sa forme inversée d'offre d'amour. Mais l'intensité de l'affect tend à transformer l'objet d'amour en persécuteur. Il devient un personnage qui écoute aux portes, et même qui écoute à la porte du psychodrame sur laquelle il a vu des traces d'oreille. C'est évidemment la mère/réanimatrice toute puissante et impossible à regarder. Sur scène, Lazare ne peut ni lui parler ni la regarder, mais le double peut verbaliser l'indicible et figurer le non représenté. La succession de jeux avec cet objet primaire idéalisé permet peu à peu de s'en détacher parce qu'il devient figurable puis représentable.

Mais un jour de grève des transports son double est absent, et aussi l'actrice somnolente qui maintenant joue souvent sa mère, et enfin deux autres patients. Son double lui manque. Retour du silence, regard vissé sur ses chaussures, il refuse le double de remplacement que je lui envoie. Autant j'avais été jusque là inquiet pour cet enfant et très attentif à sa lente réanimation, comme une mère qui écouterait derrière la porte si le bébé respire bien, autant là il m'exaspère. Non seulement il monopolise chaque semaine une collègue dans ce jeu de double éternel, mais en plus, en son absence, il jouit tout seul de son souvenir. Je ne suis plus du tout une mère inquiète mais un père excédé, jaloux, vengeur. Mon irritation monte et m'échappe. Je crois rappeler la règle -ici on joue- et en fait c'est une engueulade. Puis je lève la séance prématurément. Jusqu'ici il foudroyait du regard les acteurs qui incarnaient son père ou ses représentants, ce jour là nous nous mesurons directement de regards haineux. La confusion entre fonction analyste et personne de l'analyste est à ce moment totale.

Dans l'après séance nous sommes excédés, furieux. Furieux contre les absents et contre cet adolescent rétif. La semaine suivante nous racontons donc à nos collègues cette séance éprouvante et la cothérapeute présente la semaine passée dit aux autres : « Valon lui est rentré dedans ». « Rentré dedans » fait son chemin dans

la tête du double habituel de Lazare. Comme d'habitude, il n'a rien à dire au moment où c'est à lui de jouer. Le double se lève et s'excuse de n'avoir pas été là la

17

[Siège social : 100 boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS](#)

e-mail : figurespsychodramatiques@orange.fr

Association Loi 1901 déclarée le 18/12/01

fois d'avant, puis lui demande comment c'était. Pas de réponse. Le double continue : « Il paraît que Valon t'es rentré dedans ». Pas de réponse. « Et c'était comment ? C'était bon ? ». Pas de réponse, juste une rougeur au visage et un regard amusé. Et le double continue : « J'aimerais bien moi aussi qu'il me rentre dedans. Il paraît que c'est bon et que ça donne de la force. »

Et Lazare de dire : « C'était très bon ».

Le double : « Tu me le fais pour que je sache comment c'est ? ».

Lazare : « T'as qu'à lui demander », désignant l'autre patient présent ce jour là.

Un acteur vient incarner cet autre patient, et montre au double de Lazare comment ça fait. A chaque instant le double interroge Lazare : « C'était comme ça ? ». « Oui » dit-il. « Aussi long que ça ? ». « Plus », répond-il, et il n'arrive plus à retenir son rire. Sur ce rire, j'arrête la scène et je lui demande : « Avez-vous quelque chose à nous proposer ? ». « Oui », dit-il le plus naturellement du monde, puis il nous propose une scène, choisit les acteurs et se lève pour jouer. Une scène si chargée que longtemps nous l'avons oubliée, mais celle de la semaine suivante nous est restée en mémoire. Il est à la montagne et il est premier de cordé qui doit assurer les autres pour éviter qu'ils dévissent et s'empalent sur les rochers acérés qui sont en contrebas. Ces empalements et autres « rentrer dedans » nous montrent que, de nos deux hypothèses, celle de l'OEdipe inversé, était prévalente. Etre le premier de cordée atteste du changement des identifications dans le transfert. Si je ne me sens plus une mère prête à réanimer un mourant, ni une mère incestueuse qui donnerait le bouche à bouche que le fils réclame, il cesse lui, de tenter de me séduire passivement. Passé le temps homosexuel figuré par le jeu « Valon lui rentre dedans », arrive le temps où l'homme c'est lui. Il assure et sa parole est assurée. Parole proférée de façon audible pour moi, pour son père et pour sa mère. Rapidement, cette mère qui n'est plus ni phallique ni omnipotente, se plaint de l'indocilité de son fils.

L'avantage du groupe, de la différenciation des fonctions entre acteur et meneur de jeu est ici sensible. Dans la cure, l'agir contre-transférentiel avait entraîné un autre agir : dormir, rêver, répondre directement à une question du patient. L'apparence de plus grande humanité dans le fait de répondre à la question se paye de risques : celui de s'adresser à l'enfant, l'enfant dans l'adulte, chez le patient et chez l'analyste, ou celui de croire qu'ainsi le patient nous a fait vivre ce que l'enfant qu'il fut a vécu. Mais en mettant l'enfant en avant, l'infantile, le désir infantile, le fantasme sexuel infantile sont négligés. La collusion « humaine » entre le patient et l'analyste, quand ils ont cru bon d'abolir la différence, la dissymétrie, permet la répétition du crime contre l'infantile. Dans le groupe de psychodrame, le jeu laisse à l'analyste plus d'espace, puisqu'il est laissé au patient et aux acteurs. Si d'aventure le meneur « agit », comme je l'ai fait avec Lazare, les acteurs peuvent jouer cet acte, jouer avec

cet acte.

Si les acteurs jouent avec l'enfant, le meneur de jeu garde un espace où l'infantile fantasmatique peut advenir, et être analysé. C'est du moins ce qu'idéalement on espère.

Monique BRINBAUM : le jeu des contre-transferts au psychodrame analytique

Historique et évolution du concept

Pourquoi des contre-transferts ? Parce qu'il y a nombre d'acceptions de cette notion; et que face à la diversité des transferts au psychodrame, se déploient, se nouent et se jouent des mouvements contre-transférentiels tout aussi divers.

Sur le concept même, Freud a peu écrit sinon dans sa correspondance et ses écrits techniques, bien que la question semblât le tarauder et l'embarrasser : en 1911¹, il écrivait ainsi à Jung, à qui il reprochait de « trop donner de sa propre personne... » : « Ne nous laissons jamais rendre fous par les pauvres névrosés. L'essai sur le contre-transfert, qui me semble nécessaire, ne devrait pas être imprimé, mais circuler parmi nous en copies ».

Le terme apparaît dès 1909², quand Freud répond à Jung, qui lui fait part des souffrances que lui inflige sa patiente S.Spielrein, à qui il avait accordé « tant d'amitié ». En 1910³, il définit « le contre-transfert qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste », et conseille de le maîtriser. Mais comment maîtriser des sentiments inconscients ? Il semble se heurter à ce paradoxe apparent, et d'autre part n'évoque que le contre-transfert positif, érotique et amoureux, alors qu'il reconnaît l'ambivalence qui alimente les résistances dans le transfert.

En 1912⁴, Freud met en garde les médecins contre les effets du contre-transfert :

1. parallèlement à la règle fondamentale, il préconise pour l'analyste « l'attention flottante » comme antidote au choix inconscient du « matériel émergeant de l'inconscient du malade » ;
2. il conseille de prendre peu de notes, les erreurs de mémoire ne se produisant, « qu'au moment et dans les circonstances où le médecin est gêné par ses propres réactions »;
3. il dénonce « l'orgueil thérapeutique » comme « la tendance affective [...] qui menace le plus l'analyste »;
4. utilisant la métaphore du chirurgien, il prône « la froideur des sentiments »;
5. il déconseille enfin toute technique affective, apparentée aux méthodes de suggestion, de même que toute révélation au patient des défaillances et conflits de l'analyste.

La suite du texte tempère sa vision négative du contre-transfert, puisque « l'inconscient du médecin parvient, à l'aide des dérivés de l'inconscient du malade [...] à reconstituer cet inconscient dont émanent les associations fournies.

¹ 31/12/1911 in Sigmund Freud-C.G.Jung Correspondance 1906-1914 nrf Editions Gallimard 1992

² 07/06/1909 Sigmund Freud C.G.Jung Correspondance

³ Perspectives d'avenir de la thérapie analytique in La technique psychanalytique PUF 1975

⁴ Conseils aux médecins, in La technique analytique

Toutefois, pour que le médecin soit capable de se servir de son propre inconscient comme d'un instrument⁵, [...] il ne doit tolérer en lui-même aucune résistance susceptible d'empêcher les perceptions de son inconscient d'arriver jusqu'à son conscient ». D'où la nécessité de l'analyse préalable et de sa poursuite par l'auto-analyse.

Freud, découvrant le contre-transfert, oscille donc entre le refus de ses manifestations et son utilisation dans l'intérêt de l'analyse. En 1913⁶, il écrit à Binswanger que ce problème est un des plus difficiles bien que, théoriquement, facile à résoudre. Il donne même une piste pour le travail de contre-transfert : « Ce qu'on donne au patient ne doit jamais être un affect spontané [...] Dans certaines circonstances, il faut donner beaucoup, mais jamais rien qui soit issu directement de l'inconscient de l'analyste. Donner trop peu à quelqu'un parce qu'on l'aime trop, c'est faire du tort au malade et c'est une faute technique ». En 1915⁷, il justifie par des considérations économiques la règle d'abstinence pour maintenir la frustration : « il faut laisser subsister chez le malade besoins et désirs, parce que ce sont là des forces motrices favorisant le travail et le changement » ; et donc ne pas céder en actes au transfert amoureux des patientes. En 1918⁸, il revient sur la force pulsionnelle indispensable à la dynamique du traitement : « L'analyste qui donne à son patient [...] tout ce qu'un être humain peut attendre d'un autre, commet une erreur économique semblable à celle dont on se rend coupable dans nos cliniques non psychanalytiques ».

Mais Freud, qui fait du transfert à la fois le moteur de la cure et des résistances, ne parvient pas à concevoir ainsi le contre-transfert, du fait des contradictions sur lesquelles il bute : entre maîtrise et utilisation ; entre froideur et sympathie compréhensive ; entre ouverture à son propre inconscient et crainte de se laisser pousser à l'acte. D'autant qu'il voit ce phénomène comme une maladie due au jeune âge de la psychanalyse.

Mais ses successeurs élargissent sa conception : Stern y inclut l'infantile de l'analyste, transféré sur le patient et réactivé par le transfert ; Ferenczi et Rank, puis Fenichel ajoutent à ses aspects libidinaux l'intervention des instances et du narcissisme de l'analyste, et sa lutte contre l'angoisse, puis introduisent l'idée de contre-transfert négatif et de contre-résistance, enfin la notion de toilette contre-transférentielle.

Le contre-transfert comme réaction au transfert, est désormais incontournable, mais il reste une source d'erreurs à dominer, voire à éradiquer ! Jusqu'à ce que les Balint soulignent l'influence de la personnalité et du comportement de l'analyste sur l'organisation du transfert du patient. Et c'est surtout après-guerre, avec l'introduction par M.Klein du concept d'identification projective, que fleurissent les travaux laissés en jachère par Freud, notamment ceux de P.Heiman, H. Racker, W.Bion, D.W.Winnicott⁹. Le concept s'étoffe, et le contre-transfert devient non seulement utile mais nécessaire. S'il peut être un frein à l'évolution de la cure, il est aussi un outil privilégié pour appréhender

⁵ Souligné par moi

⁶ 20/02/1913 in Sigmund Freud-Ludwig Binswanger Correspondance 1908-1938

⁷ Observations sur l'amour de transfert in La technique psychanalytique

⁸ Les voies nouvelles de la thérapie analytique in La technique psychanalytique.

⁹ Voir le riche numéro de la Revue Française de Psychanalyse : Le contre-transfert, 2006, 2, notamment les textes de P.Denis et de L.de Urtubey.

l'inconscient de l'analysant, grâce aux états émotionnels de l'analyste, observés et analysés. Mieux, dans certaines configurations le contre-transfert devient le levier de la cure, pour autant que l'analyste fasse la part des choses entre les transferts du patient et ses contre-résistances, en lien avec sa propre problématique.

Aujourd'hui encore, subsistent des divergences quant aux implications et au maniement du contre-transfert. On en a d'abord différentes acceptions en fonction de ses sources, de la plus restrictive, qui le définit comme l'ensemble des réactions de l'analyste suscitées par le transfert du patient ; à la plus extensive qui décrit l'impact général de l'analyste sur l'organisation du transfert et l'évolution de la cure, y compris son infantile, sa névrose, son histoire personnelle et analytique; et côté comportement, son choix du cadre, son rapport à la théorie et le contenu de ses interprétations. S'y rattachent les auteurs qui postulent une précession du contre-transfert sur le transfert, dont M. Neyraud. A. Green et Fédida mettent en garde contre une conception psychologisante et subjectiviste, qui décrirait la relation analytique en termes d'interactions, en négligeant l'asymétrie de la situation, et en lui faisant perdre son essence psychanalytique, qui envisage le contre-transfert, qu'il soit induction ou réaction, dans sa relation au transfert de l'analysant.

J'emprunte à F. Guignard et D. Houzel¹⁰ le regroupement en quatre courants des théories qui concernent le contre-transfert :

1. un courant directement issu de Freud, qui insiste sur son aspect défensif. L'analyste n'est qu'un miroir pour le patient, et doit maîtriser son contre-transfert.
2. les théories qui originent le contre-transfert d'un côté dans les conflits mal élaborés des points aveugles de l'analyste, réactivés par le transfert; d'un autre côté dans la projection en l'analyste de parties de la personnalité de l'analysant. Représentent ce courant P. Heiman, M. Little, H. Segal et H. Racker. Ce dernier décrit une névrose de contre-transfert, et dans la double lignée de Freud et de Bion, insiste sur les représentants pulsionnels affectifs. Il différencie un contre-transfert positif sublimé, utile à la connaissance de l'inconscient du patient, et des contre-transferts sexuel et négatif, qui peuvent gêner le processus. Ses notions d'« identification concordante » - quand les instances de l'analyste et de l'analysant sont en correspondance - et d'« identification complémentaire » - quand l'analyste s'identifie aux objets internes projetés en lui par le patient -, peuvent aider à défricher les éléments contre-transférentiels. Analyser ces affects et ces identifications informe l'analyste sur le fonctionnement du patient, et permet les transformations nécessaires à l'élaboration interprétative.
3. Les théories qui décrivent des nœuds transféro-contre-transférentiels dans lesquels se combinent et se condensent les objets internes des deux parties. Il s'agit de décondenser les projections du patient des objets internes de l'analyste, d'en dégager les significations et fonctionnements communs, ce qui informe l'analyste sur l'inconscient du patient comme sur le sien propre. Parmi les représentants de ce courant, H.Searles, avec ses phases de « symbiose pathogène » et « thérapeutique »¹¹, D.W.Winnicott pour qui les défaillances de l'analyste, verbalisées, peuvent être utiles aux

¹⁰ F.Bégoïn-Guignard et D.Houzel Technique et contre-transfert en psychanalyse d'enfants in Journal de la psychanalyse de l'enfant, 6, 1989 Paidós/Centurion

¹¹ Le contre-transfert 1981 nrf Gallimard

patients¹², et H.Rosenfeld¹³, qui utilise l'identification projective normale pour accueillir les émotions du patient, jusqu'à des états de confusion dont l'analyste doit sortir par l'interprétation.

4. La théorie de J. Lacan, qui nie toute implication et prise en compte du contre-transfert.

Contre-transferts au psychodrame analytique

Dans le psychodrame analytique, le contre-transfert prend de plus des formes particulières qui tiennent d'une part au fonctionnement psychique des patients, d'autre part à la complexité du dispositif.

Les personnes que nous recevons, souvent en deuxième ou troisième adresse, après des traitements qui stagnent ou n'ont pas apporté les résultats escomptés, relèvent d'états limites, d'organisations pseudo-névrotiques, de pathologies psychotiques, narcissiques, traumatiques, etc... Aussi différentes soient-elles, elles sont considérées comme des cas difficiles, et nous parviennent précédées de contre-transferts souvent ambivalents, du fait de sentiments d'échec ou d'incapacité à sortir le processus de l'ornière, chez ceux qui les ont adressés. Ce qui pourrait peser sur le psychodrame, même longtemps après.

Je ne peux ici que dégager grossièrement quelques traits communs au fonctionnement mental de ces pathologies qui, heureusement ou malheureusement, mettent à mal nos contre-transferts au sein d'un cadre qui leur est pourtant plus adapté.

Dans ces modes d'organisation psychique, les conflits internes font l'objet, à des degrés divers, d'évitement, de déni et de clivage, obérés qu'ils sont notamment par de lourdes défenses contre le retour de traces traumatiques, et grevés par des excès de charges pulsionnelles plus ou moins liées. Les mouvements transférentiels y sont caractérisés par la massivité ou le refus des investissements d'objet, ainsi que par l'intensité des excitations, des inhibitions et de l'angoisse, non sans conséquences sur la pensée et la vie de représentation, la leur comme la nôtre. Ce qui a pour effet de nous tirer avec eux vers la force plutôt que vers le sens, la stagnation et la compulsion de répétition plutôt que le mouvement et le changement, vers l'acte plutôt que le verbe, vers Narcisse plutôt qu'Œdipe, et last but not least vers Thanatos plutôt qu'Eros.

La dimension économique prévaut alors sur la dynamique, bousculant les aménagements et différenciations topiques, infligeant des courts-circuits aux trajets pulsionnels dans leur chemin vers l'objet, et vers les processus de liaison, de figuration, de symbolisation.

L'objet est vécu comme dangereux, effractif, craint et refusé autant qu'il est indispensable, son absence équivaut à sa disparition et à l'anéantissement du sujet. La dépendance est recherchée autant que redoutée, renforçant les résistances au sein de transferts et de contre-transferts paradoxaux, tels que décrits par D. Anzieu. Le préconscient fait défaut et, -en deuxième topique-, les poussées émanant du Ça infiltreront directement le Moi et le Surmoi, ainsi que les relations de et à l'objet comme à la réalité, avec les dommages que l'on sait : passages à l'acte, troubles du comportement, addictions, somatisations, conduites autodestructrices et j'en passe.

¹² La haine dans le contre-transfert, 1947, in de la pédiatrie à la psychanalyse

¹³ Etats psychotiques

Jeu des contre-transferts au psychodrame

Si l'on admet en outre qu'"au-delà du contre-transfert d'accueil bienveillant, tout contre-transfert conjugue dans son ambivalence des forces de vie et de mort, sous forme de désirs de compréhension et d'emprise, de séduction/fascination et de rejet, d'amour et de haine, comme d'espoirs et de désillusions, de sentiments d'impuissance et de renoncement, alors on comprend la difficulté à vivre ces mouvements, amplifiés par les forces pulsionnelles et défensives des patients. Le psychodrame est dès lors un outil thérapeutique qui répond à la nécessité économique de réguler ces mouvements transféro-contre-transférentiels: leur diffraction sur les objets diversifiés qu'"offre le cadre facilite les processus de liaison, en répartissant la force pulsionnelle en plus petites quantités pour qu'"advienne le sens.

Le dispositif même, constitué d'espaces/temps séparés mais reliés entre eux, relance aussi la dynamique psychique tout comme les processus de différenciation et de circulation topique, tant dans le jeu, où les rôles présentent les objets du monde interne et externe, et qui, grâce au plaisir de jouer, conduit à figurer une conflictualité possible ; que hors du jeu, dans les supports transférentiels qu'"offrent les groupes et individus présents, et les temps différents de la séance.

Le jeu, formation intermédiaire qui relie le corps, l'acte et la pensée, est de nature à réhabiliter l'affect sous la double protection de ces cadres externes pare-excitants, et des cadres internes du meneur de jeu et des acteurs-cothérapeutes : ceux-ci s'y proposent comme objets de transfert, les rôles représentant le monde interne et le fonctionnement du patient, mais aussi leur propre fonctionnement mental et leur capacité de rêverie. Les personnages sont à la fois Je-le-patient, et Je-un-autre, un dedans et un dehors dans un espace propre à la transitionnalité, où pourront, sous couvert du jeu, surgir affects et sensations en recherche de statut d'objets psychiques à ressentir, à se figurer, à se représenter, autant d'étapes vers la subjectivation et la symbolisation.

Mais du point de vue des contre-transferts, le jeu présente un double aspect : certes les co-thérapeutes peuvent y faire jouer leur vécu et leurs affects contre-transférentiels, leurs associations, voire leurs interprétations comme ce qu'"ils perçoivent des transferts sur le meneur de jeu ; le jeu est là un canal privilégié, une bonne écluse, pour déposer et faire émerger via ces personnages, l'inconscient du patient. Mais les limites sont ténues et floues entre l'expression utilement libérée des contre-attitudes, émanant du préconscient, et ce qui relève du passage à l'acte, d'une violence interprétative, de l'usage narcissique du jeu, d'identifications complémentaires ou de projections des co-thérapeutes, autant de manifestations issues trop directement de leur inconscient, et susceptibles de pervertir ou bloquer le processus ; même si le meneur de jeu, dans sa fonction contenante et sa position tierce, est là pour transformer ce qui se serait agi au lieu de se jouer, de s'interpréter.

Et quid des contre-transferts groupaux, en lien avec les transferts des patients sur les groupes de co-thérapeutes ou de pairs? D. Anzieu, J. Villier, R. Kaës, O. Avron, ont suffisamment montré que la vie du groupe ne peut se réduire à la somme des psychismes individuels. Aussi bien peuvent apparaître là des climats de groupe faits d'angoisse, d'excitation, ou d'illusion groupale, ou des désaccords, des conflits, voire des clivages, autres indices de contre-transferts exigeant l'analyse, pour décanter les mouvements inconscients du patient qui ont été

projetés, évacués et repris au sein de l'objet groupe. Inversement, il faut se demander en quoi le patient lui-même s'est identifié à des mouvements ou des instances psychiques de groupe, ou émanant du meneur de jeu, et comment ces mouvements imprègnent son transfert.

B.Rosenberg décrivait les trois moments de la séance - tels que vécus par des patients psychotiques - comme des temps successifs de liaison, déliaison, et reliaison, plus ou moins régis par les pulsions de vie ou de mort : peut-on penser à un impact, pour tous, de cet aspect sur les mouvements transféro-contre-transférentiels, selon les pathologies, et la présence ou l'effacement du meneur de jeu ? Son absence alternée lorsqu'il ne joue pas le met en position de contenant et de tiers - bien qu'absent - pour les patients et les cothérapeutes, alors que dans les premier et troisième temps, le groupe des acteurs, voire des patients, peut soutenir ces fonctions si les contre-transferts agissent et font agir l'inconscient de l'analyste au détriment du travail de transformation.

Comment décrire, sans avoir et transmettre le vertige, toutes les forces en présence, les flux et reflux croisés des projections, des identifications, des affects, des angoisses, des mouvements les plus bruts aux plus élaborés ? Et alors, comme disent nos patients : « que faire de tout cela ? »

En premier lieu, admettre de perdre, de ne pas tout saisir ni savoir ; laisser les choses se dérouler, en soi comme en l'autre, - avec la longueur d'avance due à notre chemin analytique -, admettre qu'une partie des contre-transferts, ceux que J.Guillaumin appelle « de fond » se déploient et se résolvent - ou non -, sans jamais être élucidés. Puis accompagner les patients, s'arrêter sur ce qui fait résistance, obstacle ou impasse, quand la lassitude, l'impossibilité de penser, le sentiment d'impuissance, l'excitation, l'angoisse, etc... nous saisissent et nous sortent de notre rôle. Et alors réfléchir, analyser, non pas s'entre analyser ou s'étriper ni fuir dans le Narcissisme groupal, mais discuter, échanger, aussi opposés soient les points de vue, et surtout, recentrer sur le sens de ce que nous font porter ou jouer les patients, puis faire jouer ce qu'ils ont déposé en nous faute de pouvoir le porter, le vivre, ou le penser. Enfin rendre à César ce qui est à César, mais transformé, pour qu'à son tour il s'en empare à son profit. Il nous faut aussi replacer nos affects au bon endroit : investir le jeu, le langage, le processus, y investir nos forces en en dégageant nos patients. Faire les détours nécessaires à la pulsion, la satisfaire moins mais autrement, attendre, renoncer quant au but donc sublimer, en continuant à penser et à jouer.

Freud, nommant pour la première fois en 1909 le contre-transfert¹⁴, écrivait déjà :

« De telles expériences, si elles sont douloureuses, sont aussi nécessaires et difficiles à épargner. [...] Mais cela ne nuit en rien. Il nous pousse ainsi la peau dure qu'il nous faut, on devient maître du « contre-transfert » dans lequel on est tout de même chaque fois placé, et on apprend à déplacer ses propres affects et à les placer correctement. C'est un " blessing in disguise ».¹⁵ Autrement dit : un mal pour un bien !

¹⁴ 07/06/1909 Sigmund Freud C.G.Jung Correspondance

¹⁵ (souligné par moi. L'expression finale entre "... " est en anglais dans le texte.)

Thème 2007 : « La Subjectivation au psychodrame »

Serge FRANCO, Brigitte KAMMERER : Subjectivation au psychodrame, quelle spécificité ?

Nous sommes convenus il y a un an de cela, lors de notre dernière assemblée générale d'étudier le thème de la subjectivation au Psychodrame.

Nous avons essentiellement travaillé dans notre groupe, celui d'Isaac Salem à la SPASM, à partir du livre édité chez Dunod en 2006 sous la direction de François Richard et de Stevens Wainrib : «la subjectivation».

Cet ouvrage reprenait les communications de journées scientifiques d'avril 2005 organisée par la Revue Carnet Psy et intitulé «subjectivation, un nouveau point de vue en psychanalyse ».

Nous vous en proposons aujourd'hui, très rapidement, quelques lignes maîtresses en lien avec notre activité de psychodramatistes. Nous nous interrogerons à ce propos sur ce qui, outre les effets de mode, nous a donné l'envie de travailler un tel concept, qui à l'usage nous a paru d'une certaine complexité.

Définitions

Je vous propose dans un premier temps quelques définitions :

S. Wainrib définit la subjectivation comme «ce processus, en partie inconscient, par lequel un individu se reconnaît dans sa manière de donner sens au réel, c'est-à-dire aussi bien au corps propre, à ses pulsions qu'à l'environnement, au moyen d'une activité de symbolisation. »

C'est un concept qui selon cet auteur, introduit un «changement de paradigme» puisque selon lui, il permet de reconnaître le rôle déterminant de l'intersubjectivité et de considérer que le sujet n'est pas donné d'emblée mais qu'il se construit «sur un réseau complexe de liens entre ces pôles fondamentaux que sont le corps, la mentalisation de ses désirs et la nécessité de se construire en fonction des autres. »

Par ailleurs, à relire un auteur comme P.C.Racamier, il nous a semblé que le concept de « personation » développé en son temps évoquait déjà notre sujet d'aujourd'hui. Racamier, dans « Le génie des origines » nous donne cette définition de son concept : La « personation » correspond à « l'acquisition du sentiment d'être une personne propre, autonome et continue ; plus précisément le terme désigne à la fois le processus de cette acquisition, s résultat- sentiment du moi et identité- et ses résultantes R constance du penser. La perte ou le retrait de cet acquis constitue la depersonation qui désigne le processus fondamental de toute psychose. »

Je vous propose de poursuivre notre réflexion avec René Roussillon, sa conception de la subjectivation et la place qu'il fait au jeu dans ce processus

Puis nous aborderons d'autres aspects qui nous ont semblé essentiels dans l'abord de ce concept : la place du corps, le traitement de la psychose et des états non névrotique. Nous finirons cet exposé autour de la groupalité, c'est à dire finalement l'articulation de l'intrapsychique et de l'inter psychique.

L'impératif de l'opération

subjective

René Roussillon pose le problème un peu différemment des autres auteurs. Pour lui, le moi ne peut se soustraire à l'impératif de l'appropriation subjective de ce

qui a été transmis. Les voies et moyens par lesquels elle va être produite ne sont tous équivalents, loin de là. Il existe des formes aliénantes de l'appropriation subjective dans lesquelles l'assimilation va s'effectuer «en force» voire dans un brouillage des repères du moi et du non-moi. Appropriation subjective n'est donc pas synonyme d'activité de symbolisation.

Le moi peut aller jusqu'à se déformer, se tordre, se déchirer pour tenter de rester «sujet» face à ce qu'il vit comme effraction et traumatisme et ainsi éviter d'être confronté à la détresse, voire l'agonie.

La tension qui fait problème à la psyché et menace celle-ci d'une production de déplaisir est celle qui provient de l'excitation non liée.

Il y a deux manières de la traiter :

- Soit par la décharge
- Soit par la liaison psychique, laquelle peut-être de deux ordres :
 - tout d'abord les «solutions», par lesquelles la psyché tente de lier de manière non symbolique les excitations
Citons la neutralisation énergétique, les somatoses, le masochisme, le fétichisme,, le délire.
 - La liaison de type symbolique. C'est celle que nous favorisons dans notre travail de psychanalyste et de psychodramatiste.

La symbolisation est le processus par lequel la matière première de l'expérience psychique va être transformée pour être intégrée à la trame de la vie psychique.

R. Roussillon insiste sur les deux conditions nécessaires pour la symbolisation

- une possibilité de relâche après le premier moment indispensable de « prise suffisante » sur l'expérience subjective.
- la présence d'un « objet autre sujet » par lequel être écouté, entendu, regardé, vu et senti.

C'est la place de l'« objet », objet pour jouer.

La place du jeu

R. Roussillon a développé une grande partie de sa réflexion sur le jeu. Il a proposé de considérer le jeu comme un modèle du travail analytique en général. Le jeu est une expérience fondamentale dans l'appropriation subjective de ce qui est mis en scène, mis en jeu.

Trois scènes sont nécessaires

- le jeu intersubjectif qui suppose un autre sujet et l'implication de celui-ci. L'altérité de l'objet est aussi important que ses similitudes.
- Le jeu autosubjectif. C'est le jeu solitaire en présence de l'objet, la capacité d'être seul en présence... Le narcissisme secondaire est «repris à l'objet», il faut s'assurer des réactions de l'objet et mesurer comment il survit à l'appropriation subjective.
- Le jeu intra-subjectif.

La dernière scène sur laquelle l'appropriation subjective va se jouer est celle de l'espace du rêve.

C'est dans l'articulation de ces trois espaces qu'il faut saisir le processus de l'appropriation subjective, fondée sur le processus de symbolisation.

Inutile de préciser que cette théorie de la symbolisation nous permet de penser la dimension du jeu dans l'espace du psychodrame et de saisir

comment celui-ci constitue un outil privilégié pour nos patients en peine de subjectivation.

Le psychodrame structure cet espace de jeu et relance les processus transitionnels. Ceux-ci sont comme des ponts, des formations intermédiaires entre réalité externe et réalité interne. C'est en cela que le jeu constitue une expérience paradoxale créative.

La place faite au corps

Le jeu consiste en un passage par l'acte, premier ancrage d'un processus de symbolisation, passage par l'expérience corporelle ou le souvenir incorporé pour accéder ensuite à une représentation. Dans l'espace du psychodrame, la place faite au sensoriel, l'appui sur le perceptif permet de reprendre le processus de symbolisation là où il a pu se trouver en faillite, c'est-à-dire au niveau des symbolisations primaires, en facilitant la liaison entre corps, affect et représentation.

Nous sommes proches de ce sur quoi insistent certains auteurs : l'expérience subjective partagée en terme de rencontre et d'accordage rythmique, nécessaire à la sécurité de base du bébé. A. Ciccone, insiste sur l'importance des partages d'expériences émotionnelles et affectives et de la nécessaire rythmicité de telles expériences.

Les pathologies narcissiques identitaires

Enfin, nul doute, que la prise en compte des formes de la souffrance narcissique identitaire par la psychanalyse infléchit la place de la question de subjectivation, la mettant sur le devant de la scène. Le concept, on l'a vu ne semble pas si nouveau... c'est la place qui lui est réservée qui change ...en fonction des pathologies que nous rencontrons. On trouvera là une autre raison importante de notre intérêt à travailler ce concept puisque la plupart des patients que nous recevons au psychodrame sont ceux pour qui les perturbations de la subjectivation sont aux premiers plans : pathologie états limites ou psychotique. Pour eux les mécanismes de désinvestissement, de clivage et de déni, réduisent la possibilité d'être sujet de leurs conflits. L'identification projective les prive d'une grande partie de leur vie psychique. Ils vivent et nous font vivre des sensations de vidage, de rupture, de confusion, d'intrusion par un extérieur menaçant qu'ils ne peuvent reconnaître à l'intérieur d'eux même. Ils se vident par la même de toute substance et de tout sentiment du moi. Ils ne peuvent que répéter, mettre en acte ce qui ne peut s'éprouver, c'est-à-dire être mis à l'épreuve en termes de conflit interne.

Subjectivation et groupes

Nous parlerons volontairement des groupes sans distinction dans leurs aspects dynamiques, qu'il s'agisse des psychodrames de groupe ou en groupe.

L'usage de subjectivation est apparu en psychanalyse pour rendre compte de la construction d'un espace psychique différencié, différencié, de l'autre, quel qu'il soit.

Sans rien renier à l'intrapsychique on ne peut faire l'économie de l'intersubjectivité. Intersubjectivité définie comme la structure dynamique de l'espace psychique entre deux ou plusieurs sujets. La subjectivation suppose donc dès la naissance qu'un autre puisse assurer une fonction subjectalisante pour que puisse émerger un « soi autonome dans le lien »

Posé ainsi, on admet que la matière psychique est groupale par essence dans sa formation, et plus précisément elle tend, selon Kaes à « s'organiser structurellement et dynamiquement selon un modèle de groupe ». De la même façon, A. Carel traite d'une intersubjectualisation dans une fonction organisatrice. La structuration psychique concerne autant la réalité du groupe auquel le sujet appartient, celle de chaque sujet considéré dans sa singularité et celle des liens entre les sujets du groupe, étant entendu qu'il y a des nouages, des articulations entre ces différents processus.

Ces processus sont en œuvre et sont mobilisés dans les psychodrames de ou en groupe, le sujet de l'inconscient est indissociable du sujet du groupe. Les formations inconscientes de chacun sont déplacées exportées et déposées dans des lieux psychiques que le groupe prédispose et que le patient via les jeux, projections et identifications utilise.

Carel s'appuie sur la genèse de l'enfant, puisque la maturation psychique va aussi résulter d'un processus réciproque, (quoiqu'asymétrique) d'intersubjectualisations qui peuvent par la suite opérer au sein d'un ensemble complexe d'espaces psychiques différenciés et inter agissants.

En effet, pour cet auteur le bébé ne fonctionne pas par phases différenciées sur un mode archaïque et primitif puis sur un mode oedipien mais est plongé par le biais des rencontres à l'oedipe via celle de la psyché de l'adulte. L'organisation oedipienne s'y joue par le biais du surmoi idéal du moi du parent, celui qui protège, console et interdit dans une alliance de tendresse et de fermeté. On est bien déjà du côté de l'héritage transmis et transformé du surmoi idéal des parents culturel et familial.

De la même façon le surmoi archaïque, cruel ou sur-antimoi selon P.C.Racamier n'est pas uniquement le résultat de la violence du ça du bébé, mais résulte d'une intersubjectualisation dominée par un surmoi tyrannique parental, lui-même issu de la dynamique générationnelle et des traumas qui l'ont composés.

Ces deux dynamiques, surmoi idéal du moi des parents et /ou surmoi archaïque cruel seront mis en scène ou du moins incarnés par les acteurs. Ainsi le patient en scène ou en position d'observateur pourra peut-être le reconnaître, reconnaître dans le sens d'un déjà connu et admis afin de se l'approprier.

Le groupe et/ou les thérapeutes acteurs vont éprouver dans le contre-transfert la violence faite au patient ou au parent via l'incarnation dans le jeu, mettant à jour la disqualification des processus secondaires de connaissance. L'interdit, non explicité d'éprouver et de comprendre, accroît la charge excitante du message. Il s'agit tout à la fois de montrer, cacher et ne pas penser, ce qui sature les capacités de symbolisation. Il s'agit alors de dépasser la méconnaissance du déni entre parent et enfant afin de rendre l'héritage transformable et appropriable.

Penot se réfère au déni en tant qu'inverse de l'appropriation subjective. Il insiste sur le fait qu'aider des patients à surmonter des difficultés majeures de subjectivation se doit de constituer, plus qu'un simple espace de parole, un « espace interactif permettant la naissance d'un discours à partir de l'expérience vécue ensemble. »

Le psychodrame groupal, par ce travail psychanalytique à plusieurs, peut permettre une analyse du contre transfert c'est-à-dire que chaque acteur thérapeute accepte de servir de support à ce que nous vous proposons d'appeler « des déficiences subjectives partielles » et pouvoir le partager avec ses pairs.

On peut aller plus loin si on sait que les antagonismes qui peuvent surgir chez les différents membres de l'équipe sont de précieux indices d'éléments et de rapports préexistants dans le milieu matriciel originaire du patient.

Du coup les conflits peuvent d'une part s'articuler de manière symbolisables, élaborables, et d'autre part se restituer au patient qui pourra alors peut-être par là même se l'approprier subjectivement.

Le travail de groupe permet à chacun, de par la confrontation méthodique avec l'ensemble des thérapeutes, de réaliser « son induction subjective clivée », induction dépassant la notion de contre transfert en ce qu'il ne s'agit pas de la réaction subjective de l'analyste quant au fait d'être inconsciemment pris comme objet global du patient, mais d'être une construction fantasmatique partielle induite par le patient et neutralisant les capacités préconsciente du thérapeute.

Ces patients en défaut de subjectivation fantasmatique nous permettent par le psychodrame de ou en groupe de nous faire l'hôte d'un déjà arrivé, non véritablement vécu.

A nous de rendre ce donné intersubjectif mentalement symbolisable pour le patient afin que ce dernier parvienne à exister subjectivement. Enfin dans une perspective de groupe, il s'agit également de se dégager des assujettissements c'est-à-dire d'alliances inconscientes défensives ou aliénantes dans un mouvement de séparation et de désillusions vis-à-vis du groupe dans lequel on peut ou on a pu se reconnaître voire se construire par ailleurs.

Nicole BOURLIER : Quand le mort saisit le vif... ou les aléas de la subjectivation (résumé)

Le groupe famille et l'environnement plus large, comme « matrice subjectalisante » ont un rôle inducteur fondamental et co-organisateur de la subjectivation (cf. théorisations de R. Cahn, de S. Wainrib, etc.). Ses failles génèrent des empêchements à être, par des intrusions idenditaires, voire vampiriques par ex. Les « alliances inconscientes » (R. Kaës), « formations psychiques intersubjectives » auxquelles il est impossible d'échapper peuvent être structurantes ou aliénantes et conduire à des pactes dénégatifs, pervers, à une communauté de déni ;

Le psychodrame individuel d'un enfant de 10 ans longuement développé dans l'exposé peut être réfléchi à la lumière des apports des auteurs précités. Des enjeux pulsionnels, transgénérationnels antoedipiens y grèvent le processus de subjectivation. Ce cas clinique pose la question de la tolérance du groupe familial quand son homéostasie psychique est mise en cause par l'évolution d'un de ses membres.

D'une façon générale, le psychodrame a une place particulière dans la relance du processus de subjectivation, point de vue étayé sur quelques pistes de réflexion :

- 1) en tant que groupe miroir du groupe famille, il se propose comme possibilité de transfert de l'environnement subjectalisant premier avec ses qualités, tel que le patient l'a intériorisé, et tel que le contre-transfert groupal et l'intersubjectivité permettent de le percevoir.
- 2) R. Cahn attend de l'analyste d'être tout autant dans un holding subjectalisant que dans une fonction d'interprétation de la relation

objectale. Le groupe de co-thérapeutes dans le psychodrame permet d'assurer pour certains patients dits difficiles ce holding subjectalisant.

- 3) Les co-thérapeutes ont en commun l'investissement de la pensée, du travail psychanalytique, dans une pulsionnalité vivante perceptible dans le jeu. La mentalité de groupe qui s'y crée peut introduire le patient à une intersubjectivité qui relance son processus de sujet en devenir.

Thème 2005 et 2006 : « Cadres et Etats-limites au psychodrame »

Isaac SALEM : Deux repères métapsychologiques dans les fonctionnements limites
Les patients présentant un fonctionnement limite présentent avec une très grande fréquence, un clivage et une dépression.

I R LE CLIVAGE

Les organisations limites sont définies par l'existence d'un mécanisme de clivage. Il s'agit, selon un point de vue clinique, d'une division entre des attitudes de haine et d'amour : amour pour l'un, haine pour l'autre.

Il n'y a pas dans les organisations limites de déni de réalité comme c'est le cas dans les psychoses. Le déni psychotique s'applique à une évidence externe et au profit d'une évidence interne subjective venant se projeter sur la réalité interne. Dans les organisations limites le clivage crée deux évidences subjectives contraires mais qui n'altèrent en rien l'évidence externe, excepté à certains moments délirants que peuvent traverser les états limites.

Selon André Green [Le concept de limite in la folie privée] la spécificité du clivage dans les cas limites réside en ce qu'il se développe à deux niveaux :

- le premier entre le psychique et non psychique (soma et monde extérieur)
- le second à l'intérieur de la sphère psychique.

« Le clivage entre le dedans et le dehors suit les frontières du Moi qui sont précaires et variables. Ces frontières s'étendent ou se rétractent en fonction de l'angoisse de séparation ou d'intrusion. Le Moi dans les cas limites est vulnérable, rigide et sans cohésion.

Le clivage qui opère au-dedans de la sphère psychique aboutit à créer des noyaux isolés, relativement structurés, mais sans communication entre eux.

Le Moi constitué d'i sola nts prend la forme d'un archipel d'îles sans lien entre elles. Il en résulte une absence d'unité et l'impression d'un ensemble contradictoire de relations qui donne l'image d'un Moi sans cohésion ni cohérence ». [A. Green]

II R LA DEPRESSION

Le second mécanisme de base à l'œuvre dans le champ psychique, parallèlement au clivage est la dépression primaire.

La dépression primaire est la conséquence d'un « désinvestissement radical qui engendre des états de blanc de la pensée sans aucune composante affective (sans douleur ni souffrance) » [A. Green]. Ce mécanisme se traduit par l'impossibilité à représenter l'affaiblissement de l'investissement psychique, l'impression de tête vide, l'incapacité à penser. L'incapacité de faire le travail du deuil, de tolérer des sentiments de culpabilité est une caractéristique frappante expliquant des symptômes

tels que les agirs, les comportements psychopathiques, les perversions polymorphes, la toxicomanie, l'alcoolisme.

A cela s'ajoutent de longues périodes d'incapacité et d'inhibition avec souvent un désespoir sans fond.

Les patients ayant un fonctionnement limite sont très souvent dans l'impossibilité d'opérer des liaisons entre la représentation et l'affect. Le contact avec la réalité interne est défaillant. Ils ont recours à un contre investissement majeur de la réalité externe qui vient pallier le déficit interne et le renforcer. Ils sont dans une procédure paradoxale : il s'agit à la fois de refuser l'autre et de s'attacher aux marques effectives de sa présence dans l'établissement, le maintien, l'entretien d'une dépendance aliénante parce qu'elle est entièrement soumise à l'emprise et au narcissisme.

Le surinvestissement de la réalité extérieure est utilisé comme un barrage étanche maintenant à l'écart les états subjectifs en particulier la détresse, afin qu'ils ne soient pas perçus par l'autre.

Le traitement de la réalité externe est destiné à masquer ou plutôt à suppléer au vide intérieur.

• Philippe PEROCHEAU, Najet ETHAMI, Alain JURKIEWICZ, Carlos PACHECO :

Etat-limite entre le dedans et le dehors

Il s'agit d'un parcours difficile à travers la clinique en psychodrame individuel en groupe avec un adolescent de 13 ans.

S... est un garçon le plus souvent déscolarisé pour trouble du comportement à caractère violent (agression physique de son institutrice à l'âge de 8 ans avec suites judiciaires). Il présente aussi plusieurs somatisations. Ce n'est qu'au bout de 2 années de cures que nous comprenons que ce trouble du comportement est une répétition d'un vécu traumatique au sein de la famille quand il avait 5 ans.

S... manifeste son agir par des attaques du cadre (absences répétées et oppositions au jeu scénique). Ce fonctionnement agit sur le dispositif (départs de certains co-thérapeutes). Nous nous sommes saisis d'un cadre extérieur, le groupe de travail de Figures Psychodramatiques (M.Jurkiewicz, M.Pacheco et M.Perocheau), comme espace psychique externe permettant la continuité des soins. Après une rupture de plusieurs mois de la part du patient, il nous a semblé utile de procéder à un aménagement du cadre de la cure. Des entretiens individuels avec la meneuse de jeu sont mis en place pendant quelque temps et une reprise du psychodrame par la suite. Quelques scènes ont eu un impact particulier sur le patient et sur le groupe du psychodrame.

Actuellement, les symptômes au niveau comportemental et corporel ont cédé entièrement, mais la question du clivage et du trauma nous interroge toujours quant à leur traitement, sachant que le psychodrame continue.

• Hélène LADIEU, Jean-François GOUIN, Perrine CARPENTIER :

« Martine va au psychodrame »

A travers le récit de la cure par le psychodrame, d'une patiente limite, les rapporteurs s'interrogent sur l'enjeu et les difficultés à faire jouer une patiente « qui ne sait pas jouer ».

Comment envisager d'intégrer le corps et les pulsions dans le fonctionnement psychique chez quelqu'un qui ne peut quitter le percept et la répétition du fait d'une béance insondable ?

La réflexion portera sur la nécessité primordiale d'un cadre permettant à la patiente de se construire un rythme propre, condition première à l'ébauche d'une temporalité, d'un espace personnel et d'un possible après-coup.

Attentifs à leurs contre-transferts, les psychodramatistes sortiront petit à petit avec la patiente, de la glue du non-jeu. Ils suivront les étapes d'un jeu en train de naître dans un processus qui, d'un travail de symbolisation primaire, vacillera entre jeu intersubjectif et jeu autosubjectif selon les expressions de Roussillon.

La question demeurera de savoir si cette naissance du jeu a lieu en une partie isolée du psychisme de notre patiente ou si elle témoigne réellement d'un assouplissement de la psyché.

Thème: « Cadres et Etats-limites au psychodrame » (suite)

Résumés des communications 2006 des groupes de travail :

• Michel BOLOT-GITTLER : “José : principe de mort et immuabilité”

Psychodrame analytique ayant commencé il y a deux ans chez un homme de 40 ans antécédent psychopathologique connu et qui vient d'être hospitalisé en psychiatrie pour un épisode diagnostiqué « état anxio-dépressif grave » avec ralentissement idéomoteur important et idées suicidaires. De fait, depuis quelques mois le patient s'est progressivement désinséré : il a perdu son travail, a rompu avec l'amie avec laquelle il vivait et est retourné chez ses parents.

La compréhension métapsychologique de ce cas passe pour nous par l'évolution (défavorable) du conflit Pulsion de mort/Pulsion de vie : des débuts dans la vie très difficiles (mère dépressive qui perd un enfant, émigration depuis le Portugal dans des conditions dramatiques) n'ont pas permis la constitution d'un réservoir narcissique suffisamment solide et la pulsion de mort a finalement été partiellement déliée de la libido sous forme de masochisme. Il s'agit donc là d'un mécanisme défensif ainsi que nous l'explique Benno ROSENBERG dans sa monographie : « masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie ». Il s'ensuit un désinvestissement progressif des objets, des mécanismes de déliaison multiples, le Moi se désertifie.

Le psychodrame est bien accepté mais l'évolution sera difficile : seuls quelques mécanismes de reprise de la vie psychique semblent enfin se faire jour après deux ans de traitement.

• Brigitte KAMMERER : “Céline : une pathologie de l'intériorité”

A partir de l'exposé d'éléments de la cure de Céline, dans un psychodrame en groupe, c'est la problématique des états limites et de leur fonctionnement en extériorité qui est abordé

Les débordements, empiètements entre les systèmes, chez les fonctionnements limites, témoignent de la porosité des frontières internes et externes.

C'est une pathologie de l'intériorisation qui se traduit par une tendance à extérioriser, mettre en acte, répéter ce qui ne peut s'éprouver, c'est-à-dire être mis à l'épreuve en termes de conflit interne.

Céline nous fait vivre une forme de détresse qui, de façon exclusive attribue au dehors, à l'extérieur, son impact traumatique, neutralisant ainsi toute réalité interne. L'utilisation faite par elle des cadres du psychodrame, témoigne de cette impossibilité à « symboliser la symbolisation »(Roussillon).

Les thérapeutes eux-mêmes, sont placés dans une situation de flou de la pensée, de confusion des limites internes et externes amenant à des positions contre transférentielles conflictuelles que la patiente ne peut, pour sa part, encore assumer.

Le vide et la confusion témoignent d'un travail de sape de toute activité fantasmatique face à un défaut majeur de contenance psychique de l'excitation pulsionnelle et de fantasmes incestueux et parricides insuffisamment refoulés.

La patiente ne peut exprimer ni son agressivité - dans l'impossibilité où elle est de tout conflit- ni sa dépendance et ses angoisses d'abandon.

La dimension paradoxale apparaît dans cette formulation : « être dans la destruction pour exister ».

La fonction contenante du psychodrame, la groupalité, la pratique en institution ont le mérite de faciliter l'instauration d'une transitionnalité qui donne un peu plus de place aux fantasmes et aux appuis internes et l'accès à un peu plus d'ambivalence.