

Les transferts sans objet ?

Conférence S.P.R.F. du 19 mars 2014

Conférence de Joëlle Picard

Quand "le Transfert" a été proposé comme thème des séminaires techniques de cette année, cette formule m'est venue à l'esprit. En même temps je pensais à ces patients dont on n'arrive pas à percevoir ce qu'ils projettent sur nous, et à celui qui commençait toutes ses séances par : "Je me disais que...", la forme réflexive indiquant bien que ce n'était pas à un autre qu'il s'adressait.

Je me suis vite aperçue du vaste champ où cela m'entraînait : transfert et contre-transfert, bien sûr, mais aussi relation d'objet, narcissisme, états limites, sans parler des diverses théories de la cure.

Je m'en tiendrai donc au propos de ces séminaires techniques, c'est-à-dire à tenter d'éclairer ce qui se passe dans certaines cures, où le contre-transfert est mis à l'épreuve d'un investissement différent de ce qu'il peut être dans la majeure partie d'une cure de névrosé.

En particulier, je voudrais parler de ces situations où, selon le titre d'un article de Paul Israël : "l'analyste est perçu, mais ignoré"¹.

Mais commençons par les bases, c'est-à-dire les définitions.

Le transfert, dans le dictionnaire de Laplanche et Pontalis² est défini ainsi :

" Désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. C'est le plus souvent le transfert dans la cure que les psychanalystes nomment transfert, sans autre qualificatif. Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution, caractérisant celle-ci. "

Je vous rappellerai seulement que pour Freud et un certain nombre d'auteurs postérieurs, le transfert est un transfert "historique" : le patient projette sur l'analyste un personnage de son passé oublié, et grâce à la névrose de transfert il s'en remémore des épisodes et voit ainsi se lever l'amnésie infantile. La levée de l'amnésie infantile s'est avérée fort rare, et la plupart des analystes ont préféré voir dans le transfert la projection d'objets internes, imagos parentales voire objets partiels. Quoi qu'il en soit, il s'agit de la projection de représentations internes, et j'insiste sur le terme de représentation.

Cependant tout ce qui se passe entre un analyste et son patient n'est pas de cet ordre. Il existe un autre type d'investissement qui a été qualifié de différentes manières par un certain nombre d'auteurs. Selon les auteurs, nous irons de "l'alliance thérapeutique" au "transfert narcissique", en passant par le "transfert de base". Pour ne citer que l'un d'eux que nous avons rencontré récemment,

¹ Paul Israël, "L'analyste est perçu et/mais ignoré", *RFP LXXVII*, pp. 776-778.

² J. Laplanche et J. B. Pontalis, *Dictionnaire de la Psychanalyse*, p. 492.

je vous rappellerai que Paul Denis, dans son livre sur le Contre-transfert, fait la différence entre ce qu'il appelle « relation à l'analyste » et le contre-transfert à proprement parler³. Toutes ces appellations sont le reflet de théorisations différentes que nous ne pourrions pas aborder ici. Mais elles désignent une relation à l'analyste dans sa réalité, relation plus ou moins importante et donc plus ou moins apparente, allant de la simple relation humaine dans l'analyse classique d'un névrosé, relation le plus souvent masquée par le transfert proprement dit, à un investissement massif, souvent très précoce.

Un certain nombre de patients nous donnent cette sensation d'investissement certes massif et précoce, mais impersonnel. Il est très souvent masqué par une courtoisie de façade qui peut durer très longtemps et une séduction plus ou moins opérante, où il s'agit plus de briller aux yeux de l'autre que de lui plaire. Nous les qualifions assez volontiers de "narcissiques".

Cela nous renvoie à une autre définition, toujours dans le dictionnaire de Laplanche et Pontalis.

Le narcissisme⁴ : "Par référence au mythe de Narcisse, amour porté à l'image de soi-même".

Mais est-ce vraiment de l'amour ? Narcisse est mort devant son reflet pour n'avoir pu s'en détacher. Est-ce par amour de soi ? Je ne crois pas. Je pense plutôt qu'il ne pouvait avoir une représentation de lui-même que par cet intermédiaire. Sans ce reflet, existait-il à ses yeux ? On peut penser que la question est alors plus de se reconnaître – et/ou de l'avoir suffisamment été – que de s'aimer. S'aimer soi-même implique de se reconnaître ; être aimé pour ce qu'on est implique d'avoir été reconnu dans son identité propre. Et c'est le tragique de Narcisse : aimer un reflet de soi et être aimé par un écho de sa voix.

Si Narcisse ne connaît que lui-même, qu'en est-il du narcissisme dans la cure ? André Green a parlé du vertex narcissique du transfert, reconnaissant cette composante dans toute cure. Déjà Béla Grunberger, pour qui le fœtus connaît un état de narcissisme anobjectal parfait, que l'être humain cherche à retrouver, abordait cette question de manière très clinique dans son livre sur le narcissisme. Il y décrivait le processus de la cure en insistant sur une première phase où l'analyste, très investi, l'est sur un mode narcissique, ce dont témoigne le climat élationnel de cette "lune de miel" comme l'appelait Freud. Il ira jusqu'à écrire : "L'analyste n'a pas une existence propre par rapport à l'analysé"⁵. Comme Kohut, il fait de ce narcissisme positif le moteur de toute cure, et il insiste sur la neutralité et le tact de l'analyste à cette phase, discrétion qui préserve l'illusion narcissique, toute interprétation en termes pulsionnels étant soit négligée et sans effet, soit vécue comme intrusive (ce qui nous renvoie à la "Confusion des langues" de Ferenczi). Dans le discours du patient, des éléments d'allure objectale sont présents, mais le climat affectif resterait celui de l'illusion narcissique. Par exemple, le même souvenir de l'enfant entre ses parents sera vécu et exprimé en séance à ce stade de l'analyse comme un moment de bonheur sans nuage, donc sur le mode d'une fusion narcissique heureuse ; ce n'est que plus tard que le même souvenir se chargera de tous les orages et souffrances œdipiennes au moment où se déploiera le transfert proprement dit, transfert objectal que des interprétations judicieuses feront évoluer vers la fin de la cure. Vision à la fois

³ Paul Denis, *Rives et dérives du Contre-Transfert*, Paris, PUF, 2010.

⁴ J. Laplanche et J. B. Pontalis, *op. cit.*, p. 261.

⁵ B. Grunberger, *Le Narcissisme*, 1971, p. 68.

idéale et un peu datée dans ses soubassements théoriques, qui restent assez génétiques, mais souvent éclairante. En particulier on peut retenir, outre la finesse des notations cliniques de l'auteur, que son hypothèse d'un stade narcissique anobjectal prénatal que l'entourage du bébé chercherait à reproduire autant que faire se peut après la naissance permet de penser en même temps le narcissisme primaire et les relations précoces nécessaires avec l'entourage, sans doute la "mère suffisamment bonne" d'un autre auteur beaucoup plus lu et cité.

Ce qui vient d'être rapidement abordé concerne des patients banalement névrosés, chez qui cet élément narcissique reste discret, dans la mesure où ils ont pu constituer un Self et un Moi suffisamment structurés.

*« Cependant il existe une autre catégorie de malades psychiques, manifestement très proches des psychosés, je veux parler de l'immense foule des névrosés gravement atteints... Mais leur moi s'est montré plus capable de résister, s'est moins désorganisé. En dépit de leurs troubles et des limitations qui en résultent, un grand nombre de ces malades restent encore dans la vie réelle ; ils peuvent se montrer disposés à accepter notre aide. »⁶. Vous aurez reconnu le style de Freud, qui écrit cela dans l'*Abrégé de Psychanalyse*.*

J'aborderai en effet la question des analyses ou au moins du travail analytique avec des patients adultes suffisamment insérés dans la vie sociale pour venir consulter, et je parlerai de ces patients depuis le cabinet d'un analyste. C'est-à-dire à partir des particularités, chroniques ou passagères, du transfert perceptible, et non à partir de manifestations plus ou moins pathologiques, comportementales, psychosomatiques ou psychiques. En effet ces patients, dits « limite », peuvent offrir et parfois tour à tour une grande gamme de symptomatologies diverses recouvrant plus ou moins efficacement une même difficulté à se représenter leur propre réalité psychique (il va sans dire que des moments de ce type peuvent se rencontrer même dans la cure de patients névrosés ; mais pour ceux-là la problématique centrale reste œdipienne, quelles que soient les fixations plus "archaïques"). Bien entendu, les patients qui nous consultent ont pu élaborer des défenses, défenses de caractère, somatisations, faux self, marquées par leur adaptation au réel, et masquant les failles narcissiques qui révèlent que la problématique centrale est celle de l'identité.

Dans ces situations, on a donc la sensation d'un "transfert massif", ou plutôt d'un investissement massif de l'analyste, installé quasiment d'emblée, ou au contraire d'une distance constamment maintenue, l'analyste étant réduit à son rôle de thérapeute, sans autre affect perceptible qu'une courtoisie de bon aloi, et sans autre demande que celle d'être entendu, ces deux aspects pouvant tout à fait se mêler.

La problématique majeure se situe au moment de la constitution d'un objet total, ce qui revient à celle d'un Self différencié de l'entourage, la différenciation soi-autre (que) soi se faisant en lien avec la position dépressive ; et c'est une constitution en miroir. On peut penser que pour ces patients l'entourage n'a pas pu préserver la possibilité de se constituer une enveloppe narcissique suffisamment protectrice (cf. *Le Moi-Peau* d'Anzieu). Ces patients perçoivent, on peut même dire qu'ils sont souvent aux aguets de ce qui peut provenir de l'extérieur, mais leurs capacités de représentation restent faibles. Ce qui se traduit cliniquement par une pauvreté de la

⁶ S. Freud, *Abrégé de psychanalyse*, p. 41.

fantasmatisation, en particulier par la rareté des rêves, par de grandes difficultés à maintenir une permanence de l'objet : les vacances de l'analyste quand elles ne sont pas déniées, tout reprenant à son retour comme s'il n'y avait eu aucune interruption, peuvent être source de grandes difficultés, plus ou moins visibles : somatisations mineures, angoisses (au mieux), et souvent difficultés à reprendre le cours de leur analyse. Une de mes patientes, à chaque retour après une interruption, qu'elle ait été de mon fait ou du sien, souhaitait arrêter, trouvant que cela ne servait à rien, que je ne l'aidais pas. Tous reproches liés à l'abandon et à la disparition de l'analyste, de l'analyse, et probablement de la part d'elle-même qui pouvait s'y exprimer. Le patient s'accroche au réel, ce qui donne des séances aux récits factuels, plats, qui risquent vite de lasser l'analyste si manque un brillant factice pseudo-hystérique. Les perceptions internes sont vécues comme aussi effractantes que les perceptions externes, et donc souvent réprimées ou clivées (et non refoulées). Nous sommes dans le domaine du traumatique, et la tâche de l'analyse sera d'abord, et pour longtemps, de tenter qu'adviennent des représentations psychiques notamment des excitations internes insupportables. Selon les paroles de Laplanche, il s'agit d'un "*... temps préalable qui commence à mobiliser et à resymboliser ce que le patient avait exclu de sa vie psychique*"⁷.

« Perçu mais ignoré »⁸ ; ce constat clinique peut paraître difficile. Un détour par ce que les neuropsychologues nomment « mémoire implicite » peut nous aider. Il s'agit d'une mémoire liée à des lieux ou à des circonstances, mais qui ne peut être évoquée en dehors. Elle apparaît très tôt dans la vie et précède l'apparition de la mémoire explicite (vers 2-3 ans). Cela peut permettre de nous représenter un état du psychisme où les perceptions sont prédominantes, préalable (en termes chronologiques) ou soubassement (en termes topiques) des processus psychiques plus différenciés.

Pour les neuropsychologues, la mémoire explicite s'installe vers deux ans, et sera peu à peu prédominante. Nous ne pouvons calquer ce que nous observons en séance sur ces constatations. Cependant un certain parallélisme existe entre cette "mémoire implicite", mémoire si l'on veut, plutôt retrouvailles avec une situation vue comme antérieure par l'observateur, qui parlera en effet de mémoire, mais vécue très probablement comme immédiate et en quelque sorte anhistorique par le sujet. C'est ainsi que à certains moments de la cure, sont revécus – et non remémorés ni projetés – des fragments de mémoire implicite ? d'actuel ? qui donnent à l'analyste la sensation d'être l'incarnation d'un objet, d'ailleurs mal défini, plus que sa représentation (le fameux « le divan est l'analyste », de Winnicott ; c'est-à-dire la mère, et j'ajouterai la "mère environnement" et non la mère objectale).

Si nous revenons sur l'idée d'un narcissisme prénatal anobjectal, on ne peut pas dire que le fœtus ne perçoit rien que lui-même ; nous savons qu'il reconnaît très tôt la voix de sa mère, perçue par le son et par les vibrations corporelles, et même la voix du père, si celui-ci parle fort ou chante. Mais en a-t-il une représentation ? Cela constitue-t-il pour lui des objets internes ? Probablement pas, et on peut fantasmer que ces perceptions externes sont peu différenciées de perceptions internes.

⁷ J. Laplanche, *Problématiques I : L'angoisse*, 1980a, p. 49.

⁸ Paul Israël, "L'analyste est perçu et/mais ignoré", *RFP LXXVII*, ", pp. 776-778.

Si le noyau narcissique, que certains ont pu assimiler au noyau actuel, existe chez chacun, comme déjà Freud pouvait le noter (*"Il se pourrait qu'il y eut pour chacun une frontière au-delà de laquelle son appareil animique fait défaillance dans la maîtrise des quantités d'excitations requérant la liquidation"*⁹), nous sommes confrontés, chez ces personnalités qualifiées de narcissiques ou de "limite" à une situation que Freud considérerait comme une contre-indication à l'analyse. Ce n'est pas la position, pourtant, d'analystes ultérieurs, et je pense en particulier à Winnicott et à Kohut, pour qui les fragilités narcissiques seraient reliées à un facteur traumatique précoce. Paradoxalement seulement en apparence, le rôle de l'environnement protecteur au tout début de la vie est essentiel pour permettre au bébé de se vivre comme une continuité, dans une omnipotence à laquelle il pourra progressivement renoncer tout en constituant un Moi suffisamment fort pour traiter psychiquement les excitations externes ou internes.

Malgré des symptomatologies très polymorphes, les patients dont je parle sont en proie à des sentiments de honte plus que de culpabilité, écrasés par un Moi Idéal bien plus féroce que le Surmoi le plus exigeant et n'ont qu'une perception très limitée de leur identité et de leur continuité, ainsi d'ailleurs que de celle de leur analyste. L'idéalisation habituelle de ce dernier ne se réfère pas à un objet projeté, mais traduit l'incarnation, dans le présent de la séance d'une instance par rapport à laquelle toute réalité, y compris les réalisations ou les qualités propres du sujet, est insuffisante.

*" Le contresens serait de croire que l'analysant veut projeter quelque chose sur ou dans l'analyste. En fait, ce qu'il demande à l'objet, c'est de n'être que ce qu'il consent à lui attribuer comme statut : témoin, image, reflet, point de fuite, en tous cas sans existence charnelle – un statut moins fantasmatique que fantomatique, une ombre d'objet. "*¹⁰

Dans ces circonstances, l'analyste se sent ou bien attaché au contenu de ce que dit le patient, ou au contraire ennuyé, distrait, n'écoulant plus. L'attention flottante devient très difficile, comme si le manque de représentations du patient attirait l'analyste dans un monde factuel, agi, y compris agi verbalement. Les agirs ne sont d'ailleurs pas rares chez ces patients, agirs plus qu'actes manqués, d'ailleurs, dans la mesure où on a plus la sensation d'une décharge motrice que d'un acte visant un but inconscient. Et en même temps l'attention de l'analyste se focalise sur des défaillances du discours du patient, parfois sur ses propres vécus émotionnels¹¹ (*ce patient auprès de qui un bref moment j'ai eu la sensation d'être un petit garçon perdu*), et ce dans une perspective de compréhension plus que d'interprétation, compréhension du monde interne du patient, ignoré de lui. Le patient est invité à prêter attention à ses sensations corporelles, à ses émotions, pour les repérer, les mettre en mots, les représenter, et transformer sensations corporelles et émotions en sentiments et en affects.

Du côté de l'analyste, cela implique que durant un temps certain, parfois fort long, il accepte de n'être que cela, l'entourage. Fonction maternelle au sens de la mère-environnement de Winnicott. Cela nécessite une certaine « passivation » de l'analyste, qui se laisse « utiliser » (au sens, là encore, de Winnicott), et non manipuler par son patient. Et, malgré la tentation contre-transférentielle

⁹ S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, 1926, OCF-P, XVII, p. 227.

¹⁰ André Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Ed. de Minuit, 1983, p. 67.

¹¹ Cependant je rappellerai l'avertissement que donne Piera Aulagnier dans l'introduction à « L'apprenti historien et le maître sorcier », à propos du mauvais usage de l'identification projective ; elle souligne le risque que cette identification projective se fasse de l'analyste au patient, avec toutes les conséquences qu'on peut imaginer, et qu'elle développe.

toujours présente, il ne s'agit pas d'entendre cela comme un transfert maternel objectal, avec toutes les inférences pulsionnelles que cela implique.

C'est dans ces circonstances que nous pouvons percevoir (nous aussi, nous sommes dans le perceptif) le caractère d'espace transitionnel que peut revêtir l'espace analytique. Et d'ailleurs, si on a pu dire que le processus d'une séance d'analyse s'apparentait au rêve, nous sommes ici beaucoup plus dans le jeu : volontairement ou pas, consciemment ou pas, nous sommes amenés à élaborer avec le patient des scénarios, une histoire, jouer avec un matériel culturel commun (films, littérature). Ces éléments trouvés dans le milieu culturel ambiant sont alors recréés comme un matériau fantasmatique que le patient peut s'approprier et où il peut se reconnaître.

C'est donc ce qui se passe dans la séance, ce qui est créé, construit là, qui est moteur (un moteur assez lent, en fait). Ce qui est construit, c'est la possibilité d'un univers psychique qui permettra l'émergence d'un transfert objectal et l'interprétation de mouvements pulsionnels jusque là clivés ou réprimés que l'on pourra relier à l'histoire, réelle ou recréée, de ce sujet.

Ce que je suis amenée à écrire me fait penser à un processus de psychisation d'éléments actuels, et il y a une parenté entre ce que Grunberger dit du narcissisme source de vie et la notion (Scarfone) d'un actuel toujours actif, et source de la vie pulsionnelle. Ce qui nous donne un peu plus d'optimisme et fait du narcissisme, comme du transfert, à la fois un obstacle et une source de progrès.

Reste la question du dispositif des séances : face à face ou divan, rythme ...

Vous aurez remarqué que je ne fais pas de vraie différence entre ces personnalités qu'on dit narcissiques et ceux que l'on désigne sous le nom vague d'états limite. Pour moi prédomine dans les deux cas une problématique identitaire et de constitution d'un monde interne où affects et représentations témoigneraient de la pulsionnalisation des excitations venues du Ça. Les différences tiennent surtout aux processus de défense du patient. Nous parlerons plus volontiers d'état limite quand des manifestations psychopathologiques, habituellement à type d'angoisses brutes ou de dépression, sont au premier plan. Les personnalités narcissiques sont mieux défendues, présentant une carapace de caractère avec toujours une grande préoccupation du paraître.

Cela joue un grand rôle dans l'indication de telle ou telle organisation des séances, du moins dans un premier temps. Car, si le cadre est un élément important pour ces patients, il convient en même temps que le dispositif reste souple ; nous passerons ainsi souvent du fauteuil au divan.

Classiquement, pour ces patients, le face à face s'impose ; de même, une trop grande fréquence des séances est récusée ; le face à face permettrait aux patients de s'appuyer sur la perception de l'analyste comme réel, et le relatif espacement des séances (hebdomadaires) éviterait une trop grande dépendance. Mais il me semble qu'on ne peut être si précis : outre la capacité de tel ou tel analyste à installer tel ou tel patient dans tel ou tel dispositif, on peut donner quelques lignes générales. Un patient très angoissé, déprimé, mal assuré de ses limites me poussera à lui proposer un face à face, éventuellement plusieurs fois par semaine. Par contre, en présence de solides

défenses de type faux-self, un face à face apparaît souvent inutile, le patient, tant qu'il ne décompense pas, restant assez inabordable. Bien entendu, dans ce cas, si le dispositif est celui d'une cure classique, les interventions de l'analyste resteront longtemps, comme je le disais tout à l'heure, centrées sur le ressenti plus que sur les éléments inconscients.

En conclusion :

Ces «transferts sans objet» ne sont donc en fait pas des transferts à proprement parler, puisqu'ils font vivre à nouveau une relation jusque-là non représentée, dont il reste sans doute des traces (comme ce qui se passe dans la mémoire implicite) ; la cure analytique permettra que cela s'inscrive dans la psyché et l'histoire reconstruite du patient, que cela prenne sens. Il ne s'agit pas là de remémoration ni même de la reviviscence d'un passé refoulé, mais d'expériences vécues au présent et à nouveau dans la cure, que le patient pourra intégrer dans sa psyché, et se représenter ainsi un passé plausible.

"Bien que nous ne puissions pas nous passer de la théorie que nous élaborons au cours de nos discussions, si notre compréhension des besoins du patient se contente d'être intellectuelle au lieu de relever du psyché-soma, notre travail est inévitablement faussé"¹².

¹² D. W. Winnicott, "les formes cliniques du transfert", in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, p. 284.