

Pourquoi Maurice Bouvet ?  
Séminaire permanent du 19.12.2016  
Joëlle Picard

*Un cycle de séminaire permanent consacré aux névroses m'avait laissée perplexe car, en tant qu'analyste, je ne raisonne pas avec la notion, pour moi psychiatrique, de névrose hystérique, obsessionnelle ou phobique, même si je tente de repérer la problématique œdipienne et les mécanismes de défense lors des premiers entretiens. Les différentes interventions de l'année passée ont abordé des sujets divers, de la métapsychologie au sens et à la place de symptômes, en passant par les différents mécanismes de défense, sans que je parvienne à avoir une notion psychanalytique de la névrose, en dehors, bien sûr, de celle de Freud ; mais il est habituel de voir interroger à l'heure actuelle le caractère névrotique de ses patients les plus célèbres, sauf peut-être l'Homme aux rats. Alors, me suis-je dit, revenons à un auteur classique, dont le nom reste lié à la névrose obsessionnelle. En outre j'avais lu autrefois, et relu il y a quelques années avec beaucoup d'intérêt ses textes sur la relation d'objet.*

*Tout d'abord, un mot de l'analyste.*

*Né en 1911 et mort en 1960, à moins de 50 ans, Maurice Bouvet a consacré sa vie à la psychanalyse : adhérent de la SPP en 1946, il en devient titulaire en 1948. Il a été l'analyste d'un très grand nombre d'analystes, en particulier André Green, Michel de M'Uzan et François Perrier. (A ce titre, il est probablement l'ancêtre analytique d'un grand nombre d'entre vous). Il reste une référence majeure pour les analystes psychosomaticiens de l'Ecole de Paris, en particulier pour sa notion de relation d'objet (un texte ancien de Marty s'intitule d'ailleurs "la relation d'objet allergique"). La théorie naissant souvent de difficultés cliniques, la notion de relation d'objet, mise en évidence par Bouvet avec des patients obsessionnels exprimant peu de fantasmes, et dont le discours reste longtemps dénué d'affect, était tout aussi utile avec des patients opératoires, au discours désaffecté au plus haut degré.*

*Le texte que je vous ai proposé<sup>1</sup> est un rapport présenté au Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes en 1952, donc avant la scission de la SPF. Lacan y est d'ailleurs plusieurs fois cité.*

*Notons aussi que la psychiatrie d'alors est fort démunie : les neuroleptiques ne seront découverts qu'en 1953, et les antidépresseurs une dizaine d'années après. Elle ne dispose à l'époque que de la cure de Sakel, des électrochocs et de la lobotomie, l'effet des barbituriques étant très limité, de même que ceux des opiacés.*

*A cette époque, la psychanalyse et la psychiatrie commencent cependant à se rapprocher, et un grand nombre d'analystes (dont Bouvet) sont psychiatres, voire psychiatres des Hôpitaux. Il y a un langage commun, avec une reconnaissance commune de symptômes caractérisant la névrose. La visée thérapeutique des analyses est évidente. Mais les*

---

<sup>1</sup> **Le moi dans la névrose obsessionnelle : relations d'objet et mécanismes de défense**  
Revue française de psychanalyse (vol. 17, n° 1-2, 1953)

analystes décrivent l'organisation psychique du patient névrosé, et plus seulement sa symptomatologie. Ils le font selon trois axes :

- *génétique, avec la notion des fixations pré-génitales et de régression;*
- *topique, avec celle de fragilité du Moi.*
- *pulsionnelle : fixations orales et anales, relations d'objet (partielles ou non).*

*Il faut cependant remarquer que les notions de fixation-régression ne peuvent pleinement s'appréhender qu'en tenant compte de la dimension économique.*

*En ce qui concerne la relation d'objet, à laquelle le nom de Maurice Bouvet reste attaché, il s'agit pour lui, toujours, d'une relation avec les objets internes, projetée sur les personnes investies affectivement. Cette relation, traduisant l'état interne du Moi, est perçue dans la clinique d'abord, et dans le transfert de manière primordiale. Et si le contre-transfert n'est pas nommément désigné, il est au premier plan de sa pratique, avec la notion de "tact" de l'analyste, qui lui permet de percevoir la distance acceptable par le patient, au travers du langage de ce dernier.*

Après cette introduction, penchons-nous sur le texte lui-même.

Dans son introduction, Bouvet revient sur une description de la névrose obsessionnelle, clinique – et en cela il est fidèle à la description psychiatrique – et psychanalytique, décrivant les mécanismes de défense propres à cette névrose, et insistant sur l'ambivalence et les mécanismes constants de projection et d'introjection<sup>2</sup> que l'on y trouve.

Il commence par une étude de « L'État actuel de la question », comme n'importe quel scientifique abordant un travail de recherche ; sa bibliographie est fournie, trilingue (français bien sûr, mais aussi anglais et allemand) ; y figurent en particulier Mélanie Klein et Ferenczi, mais aussi des auteurs anglophones, comme Glover ou Bergler. Sa référence principale est cependant Karl Abraham, et il est fidèle à sa conception de la névrose obsessionnelle traduisant une régression au deuxième stade sadique anal (conservateur). La relation d'objet est qualifiée de "relation partielle d'objet", dans la mesure où certains aspects de l'objet sont nécessaires à la satisfaction narcissique du sujet. Cependant Bouvet souligne le caractère schématique d'une telle conception, dans la mesure où la clinique montre une ambivalence constante, l'intrication des différents stades et le recouvrement des phases les unes par les autres. Il souligne les liens entre névrose obsessionnelle et psychoses, paranoïa quand la projection prédomine, mélancolie quand c'est l'introjection (*il faut remarquer qu'une conception psychiatrique ancienne faisait s'opposer mélancolie et paranoïa, et non mélancolie et manie*). Le corollaire en étant que l'analyste doit prendre garde à ne pas détruire inconsidérément la relation d'objet névrotique, quelle que soit la théorisation sous-jacente. Cela ferait courir le risque de voir le patient basculer dans la psychose, les relations d'objet de type obsessionnel revêtant une importance vitale pour le sujet dans le maintien d'un contact avec la réalité.

La question du Moi dans la névrose obsessionnelle occupera le chapitre suivant.

La question qui se posait alors était celle de sa "force" : le Moi paraissait tour à tour fort et fragile. Pour Bouvet, ce dédoublement (c'est son mot) tient à l'existence de deux parts dans le Moi de l'obsessionnel : une part régressée, "prélogique", et une part

---

<sup>2</sup> Définitions : incorporation, où la corporéité est au premier plan, liée classiquement au stade oral ; introjection, qui en est une version un peu plus évoluée, "le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du "dehors" au "dedans" des objets ou des qualités intrinsèques à ces objets" ; enfin identification, "processus par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications"

"rationnelle", isolée de la première, et favorisant toutes les possibilités d'intellectualisation, notamment du travail analytique, que nous connaissons. Pour lui, "Est fort le Moi qui peut sans désordre majeur faire face aux demandes actuelles et normalement prévisibles de la réalité extérieure". *Pourrions-nous ajouter aux demandes de la réalité interne (c'est-à-dire pulsionnelle) ?*

Il insiste ensuite sur le caractère trompeur de la symptomatologie, en donnant deux exemples de patients obsédés (Paul et Pierre), dont le premier présente une symptomatologie très impressionnante ; *l'aurions-nous qualifié de névrosé ? Il reviendra plus loin sur cette observation.*

Il souligne qu'en dépit de l'opposition symptomatique, il existe une parenté de leur Moi, de leur vie émotionnelle et de leurs relations d'objet, et que l'importance de l'altération de la personnalité et des relations d'objet va conditionner la possibilité et l'issue de la cure. Le traitement analytique est difficile, et dépend en grande partie de la perception des relations d'objet dans le transfert.

En effet la relation de l'obsédé avec ses objets peut paraître contradictoire, incompréhensible, et il est décrit de manière très différente par des auteurs qui privilégieront tel ou telle particularité. Nous ne parvenons à en saisir l'essence que dans le transfert, marqué constamment par une ambivalence (ou une fluctuation) entre accrochage et distance, sadisme et masochisme, et surtout, de manière constante, entre amour et haine.

Au début, le transfert est de type narcissique : le sujet ne tient aucun compte de la spécificité de l'objet, qui vient augmenter les bénéfices du Soi, bénéfices indispensables ; les désirs et besoins de l'objet ne sont pas pris en compte, et le sujet contrôle ses objets significatifs. A ce titre, la situation analytique permet que ce type de relations d'objet soit mis en évidence.

Il y a une oscillation constante entre introjection et projection dans la relation d'objet de l'obsessionnel, et, une double signification de la relation d'objet par introjection : l'agressivité destructrice recouvre une introjection agressive (introjecter et détruire l'objet) et une introjection conservatrice (absorber une partie de l'objet, considéré comme bonne). Il est ici manifestement fait référence au bon et au mauvais objet Kleinien, en même temps qu'à la relation d'objet partielle d'Abraham. L'analyste sera orienté par l'état affectif qui accompagne de tels fantasmes (Bouvet en donne de saisissants exemples cliniques).

Et la projection viendra s'opposer à l'introjection d'un objet devenu dangereux (et qui tire sa dangerosité de l'agressivité du sujet).

En effet, dans la névrose obsessionnelle l'agressivité recouvre un besoin éperdu de l'objet (Winnicott ne décrira-t-il pas l'amour impitoyable – et cannibale – du bébé ?), et cette part libidinale (au moins potentielle) le protège de la psychose. Les mécanismes obsessionnels permettent un lien avec la réalité.

L'objet que recherche l'obsédé est un personnage nécessaire, mais d'autant plus dangereux qu'il lui attribue une puissance sans limite, et le dote (par projection) de toute l'agressivité destructrice dont il est lui-même porteur. Bouvet rapporte ce type de relations d'objet à l'expérience vécue avec la "mère de la toute petite enfance", décrite comme une réalité historique (mais il dira aussi qu'il y a une "part d'imaginaire" dans ce que l'enfant perçoit et que le sujet rapporte), et montre bien qu'il s'agit d'une image transférée sur "tout objet qui devient significatif pour le sujet", et bien évidemment l'analyste dans un transfert qui n'est pas ce que nous appelons un transfert narcissique, dans la mesure où la distinction sujet-objet est relativement acquise, mais un transfert où se reproduit une relation d'objet partielle et narcissique, l'objet étant recherché pour

certaines qualités qu'il possède ou que le sujet lui attribue, et cela dans un but de complétude narcissique (et non pas pour une satisfaction libidinale). Une solution fréquente à cette ambivalence transférentielle : le transfert latéral qui permet de la vivre sur des objets différents, l'un objet de haine, l'autre d'amour.

Mais la solution majeure à ce dilemme désir-crainte est la relation à distance, dont Bouvet fait une des caractéristiques de l'obsédé. Il en donne d'ailleurs un exemple clinique avec Monique (p.51). Cliniquement, la prise en compte de ce facteur aide l'analyste à favoriser un climat de confiance qui permettra à l'obsédé de se sentir à l'abri. Un exemple est donné dans un autre texte<sup>3</sup>, où trop de paroles ou trop de silence de l'analyste ont plongé le patient dans un état d'angoisse dépersonnalisant ; pendant de longs mois, seuls quelques "oui" ponctuant les séances ont permis à l'analyse de se poursuivre.

La question du masochisme de l'obsédé : si la punition surmoïque liée à la culpabilité est aisément repérable, il existe des mécanismes plus archaïques, liés à une mauvaise différenciation Moi-Objet, et favorisant des mécanismes d'identification proches de ce que nous nommerions identification projective (exemple p. 54 du patient qui ressent une gêne au fond de la gorge et une envie d'expectorer quand son analyste tousse). Le surmoi sadique de l'obsédé est relié au Surmoi post œdipien freudien, mais aussi à un Surmoi préœdipien, "dont personne ne nie l'existence" et source d'angoisses et de culpabilité bien plus profondes ; mais s'interroge Bouvet, peut-on parler de culpabilité avant l'Oedipe ?

L'évolution des analyses d'obsédés, lui permet de mettre en évidence, et en cela il rejoint Grunberger, des éléments œdipiens désaffectés apparaissant au début de la cure, et réapparaissant dans le transfert avec toute leur charge affective au bout d'un temps assez long, et pouvant alors être réellement analysés.

La question de l'aspect homosexuel de la relation objectale permet à Bouvet de distinguer deux types de patients :

- Ceux où l'attrait homosexuel s'accompagne de réactions émotionnelles riches et nuancées, et chez qui on retrouve une imago paternelle plus accueillante que celle de la mère. On y voit que le stade génital et l'Œdipe ont été atteints, et que la régression est plus importante que la fixation.
- Ceux chez qui se produit une fascination brutale pour un homme leur donnant l'image de la puissance, source d'une angoisse majeure. Toute idée d'une relation affectueuse avec leur analyste est violemment rejetée, ce dernier étant volontiers accusé de vouloir les influencer, en particulier dans le sens de l'homosexualité. Leurs relations amicales sont également de type narcissique. Les images parentales sont mal différenciées. La violence et l'agressivité des fantasmes est patente. On peut considérer que l'Oedipe a été mal abordé, et les imagos peu différenciées, quoique celle du père soit moins archaïque. La fixation y serait plus importante que la régression.

*Ici plusieurs réflexions : considérons-nous toujours le deuxième type de patients comme névrosé ? Lors des premiers entretiens, le transfert massif souvent immédiat, et monolithique, était considéré par Piera Aulagnier comme une contre-indication de l'analyse<sup>4</sup>. D'autre part, si la situation où la régression est plus importante que la fixation apparaît comme plus favorable, cela veut dire que l'aspect "réactionnel" de la névrose y est*

3 Les variations de la technique, RFP, 1958, vol. 22, n° 2, pp. 145-189

4 Piera Aulagnier, « Les entretiens préliminaires et les mouvements d'ouverture », in L'apprenti historien et le Maître sorcier », PUF, Paris, p. 174.

*plus important. La deuxième situation (Pierre), relèverait-elle davantage d'une névrose de caractère ?*

Les instruments de la relation d'objet, son évolution au cours de l'analyse. Dans ce chapitre, Bouvet tente de retracer l'évolution de la relation d'objet dans l'analyse.

Il commence par revenir sur trois points :

- La nécessité vitale de cette relation, qui supplée à une relation "plus évoluée", mais maintient un contact avec la réalité
- La faiblesse du Moi
- La réponse au dilemme de la relation d'objet obsessionnelle : la distance

Les traumatismes responsables sont variés et ce ne sont que des cas particuliers. Seul le transfert permet de les retrouver. Il donne alors un exemple (p. 64/65) qui montre bien que l'événement en cause n'a eu sa traduction psychique qu'après-coup : un traumatisme oral a ensuite été traduit dans des fantasmes anaux, et a donné lieu à des manifestations obsessionnelles.

Dans la description faite ensuite de l'obsédé en analyse, il souligne que l'enjeu premier est de garder la relation à l'analyste sans qu'aucun des deux ne soit détruit. Et l'agressivité exprimée peut être interprétée à tort comme un transfert négatif.

L'obsédé a peur du changement et que ses rapports évoluent ; il emploie différents procédés pour à la fois maintenir le contact et éviter qu'il se modifie, et toute intervention intempestive de l'analyste peut être vécue comme une agression. D'où l'importance de laisser le temps au patient de "s'habituer au contact analytique" ; Bouvet ne précise pas de quoi il s'agit, mais peut-être que le patient a à apprivoiser son analyste, et à se laisser apprivoiser par lui, à percevoir, même obscurément, le caractère irréel de ses craintes, donc peu à peu atténuer ses défenses. Sont alors exprimées des fantaisies sadiques par rapport à l'analyste, ce qui correspond à "une amélioration de la situation de transfert" ; *j'entends cela comme l'apparition d'un transfert positif*. Au début ces fantasmes sont "isolationnés", puis très vite associés à des réactions affectives, qui, au moins autant sinon plus que la forme du fantasme, pourront traduire la destruction ou l'incorporation (exemples pp. 71/73). (*Un fantasme de fellation peut être vécu comme une pénétration ou une incorporation agressives, ou comme une satisfaction érotique orale*).

Si les obsessions sont si tenaces, malgré l'angoisse associée, c'est qu'elles sont préférables aux sentiments de dépersonnalisation que ces patients traversent dans l'analyse, liées à un vécu d'introjection agressive, de pénétration et d'incorporations destructrices ; ces états sont souvent contemporains de la levée des défenses obsessionnelles.

C'est ensuite qu'apparaîtront des fantasmes d'introjection avec fort investissement libidinal, parallèles à l'augmentation de la cohérence du Moi. Les questions soulevées ensuite sont centrées sur la question de la régression au stade sadique anal, alors qu'une composante orale est constante. Discussion basée sur une conception historique et génétique de la névrose. Mais Bouvet souligne que ce qui caractérise une névrose, c'est sa structure, et que les caractéristiques de la relation d'objet dans la névrose obsessionnelle la renvoient au stade sadique-anal.

Vient ensuite l'observation de Paul (qui a commencé dans un précédent chapitre). Nous en parlerons ensemble dans un deuxième temps.

Quelques considérations thérapeutiques (*qui, à mon avis, valent pour toute cure*) :

- L'attitude de l'analyste doit donner au patient la sensation qu'il est compris (et il vaut mieux qu'il le soit réellement). L'obsessionnel est extrêmement sensible à toute frustration réelle, et si le médecin va vers lui, il a peur ; c'est très différent s'il va vers le médecin (*ici nous retrouvons la notion d'une juste distance à respecter*).
- Le patient est très sensible à l'état intérieur de l'analyste... et à son contre-transfert. D'où la nécessité d'une expérience répétée de "compréhension totale", sans quoi, si la frustration est trop douloureuse, on voit se renforcer les mécanismes obsessionnels.
- Le "dosage de la frustration" est affaire de perception contre-transférentielle de l'état du patient. Toute frustration trop importante a des effets négatifs. Parmi elles, les interprétations fausses ou prématurées. Le silence absolu est également trop frustrant.
- Par contre, le protocole fixe des séances rassure ces patients.
- Enfin il faut interpréter en fonction de la charge émotionnelle et en particulier ne pas interpréter l'ambivalence d'emblée.

Nous pouvons dire :

1. La "technique obsessionnelle" assure une relation stable du sujet aux objets
2. Il existe une atteinte du Moi dans son ensemble, et les relations objectales sont profondément troublées.
3. Les relations d'Objet sont marquées par la distance
4. Importance des états émotionnels et instauration, dans les cas heureux, d'une identification à l'analyste.

### L'observation de Paul

Le début de cette observation est relaté (p. 26) en parallèle avec celle d'un autre patient nommé Pierre. Ce jeune homme de 25 ans, malade depuis 4 ans, vient avec ses parents, car il n'aurait pas pu venir seul. Il bégaye et son discours, difficile, est émaillé de gestes d'annulation et de tics. Sa symptomatologie est riche et extrêmement grave ; les symptômes, décrits avec réticence, associent de nombreuses idées obsédantes, nécessitant de nombreux rituels d'annulation, dont un certain nombre rendent le lever et le coucher extrêmement longs, mobilisant les parents. S'y associent des phénomènes de dépersonnalisation, toujours associés à une angoisse majeure, cependant très brefs, critiqués et ne survenant que lors de poussées d'agressivité. Pour les maîtriser (leur échapper ?), il s'intéresse à un "secteur consolant de la vie". Bouvet en fait une description très évocatrice à laquelle je vous renvoie. Ce patient divisait le monde et son propre corps en "zones fastes" et "zones néfastes"

*Devant ce tableau, aurions-nous parlé de névrose ? D'ailleurs, le diagnostic de schizophrénie avait été évoqué, mais la finesse clinique habituelle à cette époque avait permis de l'écarter.*

Les relations d'objet avant l'analyse (p. 29) : Le patient décrit une enfance solitaire, pauvre en relations, avec des difficultés avec sa famille (surtout à l'adolescence) qui persistent ; mais il n'a jamais pensé à s'en éloigner. Malgré une apparence froide et des

difficultés de contact, les émotions sont là, parfois vives, mais jamais exprimées ; devant la froideur d'autrui à son égard, il souffre sans faire la relation avec sa propre attitude.

Au début de l'analyse, il vit chez ses parents, et a des amis avec qui les échanges sont intellectuels, duels d'idées qui le renforcent dans son narcissisme. Les émois homosexuels qu'il peut éprouver devant un homme qu'il vit comme puissant lui font prendre la fuite. Pas de vie sexuelle. Son extrême sensibilité lui permet des attachements passionnés, mais il est alors gêné par sa possessivité, son incapacité à tolérer les frustrations, son agressivité, et surtout la peur de ce qu'il souhaite le plus (contact avec un être fort, nécessaire à ses besoins d'appui) (*fin de la p. 30*)

Enfin l'importance qu'il donne à ses vêtements fait employer par Bouvet le terme d'"hypochondrie vestimentaire".

*Encore une fois, je m'interroge sur le diagnostic que nous aurions porté : ce qui vient d'être décrit des relations d'objet de ce patient, de sa fragilité narcissique, ne nous auraient-ils pas orientés vers une pathologie non névrotique ?*

Bouvet reprend la situation au début de l'analyse sur un autre mode : les choses se sont aggravées, notamment l'agressivité du patient vis-à-vis du père et du frère. Mais le facteur déclenchant, si l'on peut dire, a été un rêve : "Elle se penchait sur moi et j'eus une éjaculation" ; ce rêve très - trop - clair, a provoqué d'intenses sentiments de culpabilité, l'interdiction de toute pensée ayant un rapport avec elle, puis les nombreuses obsessions. *C'est le traumatisme provoqué par ce rêve, et là le traumatisme est dû à l'irruption pulsionnelle, en l'occurrence œdipienne, qui va provoquer une régression.*

L'incapacité à faire face aux pulsions "libidinales et génitales" provoque une régression aux fixations sadique-anales.

La culpabilité consciente est exprimée vis-à-vis du père, représenté par le socius. La situation œdipienne est dangereuse du fait de la rivalité avec le père, mais aussi en raison de relations orales destructrices avec l'objet aimé, lui-même figure phallique terrifiante (*et à ce niveau là, pas de distinction des sexes*). S'éclaire aussi le déplacement de la zone génitale de la mère sur des zones "néfastes" (p. 83) touchant aussi bien les lieux extérieurs que les lieux du corps.

#### La première phase de l'analyse :

La première année est occupée par l'abord des défenses habituelles, à l'abri desquelles il peut maintenir un contact avec l'analyste ; en particulier ce patient édifiait un "mur" fait de livres et de son manteau au bord du divan, du côté de l'analyste. *On peut penser que la peur et l'angoisse débordaient ses défenses psychiques et nécessitaient une protection réelle.* Dans un état de "masochisme terrifié", il produira un matériel œdipien de plus en plus précis, mais sans affect vécu, bien qu'il les exprime verbalement (*dire "je suis angoissé" sans manifester d'angoisse*). Apparaîtront ensuite des fantasmes de lutte victorieuse avec l'analyste, se développant dans un contexte œdipien. Bien qu'il reconnaisse leur rôle défensif, Bouvet n'intervient pas (ou peu), et ces fantasmes deviennent plus actuelles ; différents types, un rapprochement passif (le patient vit dans son corps ce qu'il perçoit du corps de l'analyste) ou actif; Bouvet précise qu'il utilise le terme "rapprochement" pour ne pas trop distinguer introjection active et projection passive, projection et introjection étant entremêlées. (p. 85). Il est particulièrement sensible au contexte affectif de ces fantasmes, qui évoluera.

Bien entendu, l'analyste aussi sera crédité de zones néfastes, et le patient utilisera toujours des périphrases pour ne pas dire certains mots ou désigner certaines zones ; cependant il en percevra le caractère défensif, ce qui lui permettra d'être ensuite plus direct (p. 86/87).

Le transfert change, et l'analyste est de plus en plus vécu comme la mère au lieu du père. Dans le transfert apparaît une imago maternelle phallique.

Un rêve clôturera cette période : "J'ai embrassé le sein de ma mère". L'analyste pressent qu'il y a quelque chose d'important non exprimé et intervient en soulignant sa peur et la neutralisation affective. (*Interprétation de l'angoisse et non d'un supposé transfert négatif, interprétation des défenses*). Le rêve s'enrichit (p. 87) dans le sens d'une régression mais sur un mode de béatitude précoce, assimilée par Bouvet à une introjection conservatrice. Le patient peut alors s'identifier à un être idéal. La pulsion orale perd sa tonalité destructrice et apparaît la possibilité d'une signification "libidinale".

Un certain nombre de changements apparaissent alors dans la vie et dans l'analyse de Paul.

#### Deuxième phase de l'analyse :

Deux faits marquants : l'évolution d'une relation sentimentale, et l'échec à un concours. Bouvet entremêle l'évolution des relations d'objet dans la vie de Paul et ce qui se passe au cours de l'analyse, ce qui, à mon avis, traduit une plus grande souplesse dans le fonctionnement psychique de Paul. Une anecdote l'illustre : après que Bouvet lui a désigné du doigt la "barrière magique" édiflée au bord du divan, Paul peut toucher le sexe de son amie !

De ce fait il est bien plus difficile de résumer cette période (la plus longue).

L'analyste devient "l'alter ego" de Paul, ce qui traduit une identification devenue possible, et s'exprime une problématique phallique.

En même temps peuvent être abordés (et revécus) les relations précoces mère-enfant (p. 93/94). *Bien que la référence de Bouvet soit très clairement historique, il est sensible au fait que les relations du bébé, telles qu'elles apparaissent, sont en grande partie "imaginaires".*

Le Moi de Paul devient de moins en moins fragile, il a de moins en moins besoin de la distance qui l'avait jusque là protégé, aussi bien dans son analyse que dans sa vie, ce qui se traduit par l'évolution de sa relation d'objet (p. 104/105).

Quant au concours, Paul accepte assez bien son échec, prenant conscience du paradoxe qu'il y avait à être sûr de l'avoir sans avoir besoin de le préparer (dans une problématique très clairement narcissique, dont il sort)

*Cette analyse serait-elle possible de nos jours ? Outre le fait que le diagnostic de névrose n'aurait peut-être pas été porté, le fait que ces patients sont soulagés de leurs symptômes par différents traitements médicamenteux va dans le sens d'un renforcement des défenses obsessionnelles, rendant quasi impossibles les états affectifs violents traversés par ce patient : ils favorisent une "désaffectation", ce qui va dans le sens des mécanismes d'isolation des obsessionnels.*

*De plus, je pense que le rythme de cette analyse a été pluri-hebdomadaire, du fait du matériel exprimé, et aussi de sa relative brièveté (à nos yeux) : quand Bouvet parle se sa longueur, il s'agit de 3 ans et demi !*

*Je ne sais si l'on peut conclure. Mais, s'il y a deux types d'analystes, ceux pour qui l'analyse consiste à combattre les résistances, et ceux pour qui "le but de l'analyse est de faire grandir le patient", selon les termes de Bouvet, il apparaît comme un analyste du second type, ce qui, de manière inattendue le rapproche de Winnicott. L'en rapproche aussi sa notion que dans la cure, c'est au patient d'aller vers le médecin, et non le contraire, et que*



*c'est au patient de régler la distance à laquelle doit se tenir l'analyste<sup>5</sup>. Winnicott parlait de l'utilisation de l'analyste par le patient.*

*Bouvet emploie très rarement le mot de résistance, mais bien plus souvent celui de défenses, qu'il s'agit alors de surmonter plutôt que de vaincre. Et dans sa notion de "compréhension" nécessaire au patient obsessionnel, n'y a-t-il pas l'idée que le patient doit percevoir la bienveillance plus que la neutralité (même s'il est évident que celle-ci est également indispensable)? Peut-être une position d'accueil maternel... mais je m'égarerai dans des considérations contre-transférentielles concernant un analyste qui n'en a pas dit grand-chose !*

*Cela dit, où en suis-je de ma quête de la définition analytique de la Névrose obsessionnelle (en l'occurrence) ? Je crois que ces patients existent, mais qu'à la fois ils ne nous viennent plus, du fait du manque de visibilité de la psychanalyse, de la tendance de certains psychanalystes à refuser les préoccupations thérapeutiques, et de l'efficacité des traitements psychiatriques sur un certain nombre de symptômes. Bouvet n'insiste pas sur l'analyse de Pierre, qui apparaissait moins malade, mais il en dit qu'elle a été bien plus difficile que celle de Paul. Les psychiatres ne transforment-ils pas les Paul en Pierre ?*

---

5 Les variations de la technique, RFP, 1958, vol. 22, n° 2, pp. 145-189