

« Différentes conceptions du cadre en psychanalyse et en psychothérapie »

Adela ABELLA

Le Carnet PSY, 2015/9, n°194

Pour aborder la question du cadre, dont c'est le thème des Séminaires permanent 2024-2025, j'ai eu envie de partager avec vous ce soir le recensement des principales conceptions du cadre effectué par Adela ABELLA dans son article de 2015 paru dans Le Carnet PSY et intitulé : « Différentes conceptions du cadre en psychanalyse et en psychothérapie ».

Adela ABELLA est membre formateur de la Société Suisse de Psychanalyse.

L'intérêt de sa démarche est de montrer combien le modèle théorique explicite et implicite d'un ou d'une analyste oriente sa conception du cadre et sa mise en œuvre, ses interventions, sa compréhension du processus analytique et donc influe sur le cours même du traitement. Elle a prolongé cette réflexion dans le rapport qu'elle a présenté au CPLF en 2023 à Lausanne (« Affect, théorie »), texte paru depuis dans la Revue Française de Psychanalyse (2023/5 Vol. 87) et titré : « L'analyste et son rapport à la théorie : de la rencontre entre les baleines et les ours polaires », reprenant l'expression utilisée par FREUD dans ' *L'homme aux loups* ' à propos de la difficulté de s'entendre avec ceux qui ne partagent pas les mêmes présupposés.

L'introduction de l'article que je vous propose de discuter ce soir est d'emblée percutante :

« Il a fallu un certain temps à la psychanalyse avant de reconnaître la valeur structurante et protectrice du cadre. Du temps de Freud et des autres pionniers, il était concevable d'analyser ses parents proches (notamment ses enfants), d'inviter ses analysants à dîner, de s'interpréter mutuellement les rêves, etc. L'ignorance des risques d'un tel travail sans filet de sécurité a été comparée à celle des époux Curie au sujet des effets pernicieux de la radioactivité ».

En effet, au-delà des ressorts inconscients de séduction liés au transfert, qui d'entre nous n'a pas senti ses cheveux se dresser au récit d'analysants nous décrivant un cadre de traitement pour nous parfaitement aberrant pratiqué par leur précédent analyste ?

Et dans le cadre de supervisions de jeunes collègues psychologues, on constate souvent que la plupart se lancent dans une pratique de psychothérapie se référant aux concepts psychanalytiques étudiés à l'université, mais sans aucune représentation de la notion de cadre, de ses enjeux et de « sa valeur structurante et protectrice », pour reprendre les termes d'ABELLA que je viens de citer.

Dans cet article, elle revisite la question du cadre selon deux axes :

- Cadre *versus* processus.
- Cadre externe *versus* cadre interne.

Cadre *versus* processus

ABELLA rappelle que de manière classique, cadre et processus ont été conçus comme deux faces complémentaires, voire opposées, de la situation analytique : le cadre, « estimé muet et dénué de sens », est composé de constantes (horaires, durée, fréquence et montant des séances, modalité de paiement, dispositif fauteuil ou divan, etc.). Ces constantes constituent des points d'appui fixes agissant en arrière-plan, sur lesquels le processus analytique – qui, lui, est fait de variables - va pouvoir se déployer, témoignant des mouvements du transfert et du contre-transfert évoluant au fil du traitement.

« (...) le terme processus est réservé à la partie « noble » de la cure, censée être porteuse de sens et constituer l'arène du changement. Le processus comprend tout ce qui se passe entre l'analyste et le patient. »

Dans cette optique le cadre est ainsi au service du processus, qu'il contient et dont il permet le développement et la compréhension. Mais le vrai sujet d'étude est le processus.

La conceptualisation de Wilfred BION, en introduisant les notions de contenant et de contenu, a modifié en profondeur cette différenciation très tranchée entre cadre et processus, dévoilant entre eux une relation plus complexe et nouée que dans la représentation précédente.

Dans une situation idéale, contenant et contenu - cadre et processus - peuvent coexister, se tolérer et même s'enrichir mutuellement : « le cadre agit comme contenant permettant l'épanouissement du processus, alors que ce dernier favorise un déroulement harmonieux des règles propres au cadre. »

Dans d'autres cas, contenant et contenu peuvent se détruire l'un l'autre : « le contenant peut étouffer et stériliser le contenu ; ou bien, le contenu peut traverser de telles turbulences qu'il finit par faire éclater le contenant. ». Ainsi en est-il d'un cadre trop rigide empêchant l'émergence de contenus inconscients non secondarisés, par définition difficilement accessibles au langage verbal et s'exprimant justement par des entorses aux règles du cadre.

A l'inverse, un fonctionnement psychique de patient très/trop désorganisé et agissant peut empêcher le respect de toute règle, rendant la fonction de contenance du cadre inopérante.

Dans l'article de 1979 intitulé « Psychanalyse du cadre psychanalytique » - Josè BLEGER a franchi un pas supplémentaire en posant que « parfois de façon permanente, d'autres fois de façon discontinue, le cadre, de simple arrière-plan d'un ensemble, d'une Gestalt, devient une figure, c'est-à-dire un processus. »

J'ai souhaité détailler la conceptualisation qu'il a développée dans cet article pour sa pensée complexe et qui témoigne d'une technique de la cure assez éloignée de celle transmises à la SPRF et plus largement dans le modèle français. Ses illustrations cliniques, aux interprétations très soutenues, sont caractéristiques du style kleinien qu'ABELLA décrira dans la seconde partie de son exposé relative au cadre externe versus cadre interne.

La thèse centrale de BLEGER est que le cadre est le dépositaire des parties les plus archaïques de la psyché d'un sujet et devient dès lors lui-même un contenu qui demande à être analysé.

« De la même façon que nous parlons de « membre fantôme », il nous faut admettre que les institutions et le cadre constituent *toujours* un « monde fantôme », celui de l'organisation la plus primitive et la moins différenciée. (...) La connaissance d'une chose n'apparaît que dans l'absence de cette chose, jusqu'à ce qu'elle se soit introjectée comme objet interne. Mais ce dont nous ne nous apercevons pas n'en est pas moins présent. Et c'est précisément pour cette raison que le « monde fantôme » est également présent dans le cadre, même lorsque celui-ci n'a pas été rompu. »

Car ce qui intéresse ici BLEGER, ce n'est pas les situations de rupture du cadre, mais au contraire ce qui se passe quand il est maintenu. A partir de sa clinique, il va se rendre compte que chaque analysant apporte avec lui son propre cadre, ce qu'il nomme « monde fantôme » qui est l'expression, selon lui, de la compulsion de répétition la plus parfaite. Sous l'apparent respect du cadre - traditionnellement compris comme le signe que tout va bien, qu'il n'y a pas d'opposition - existe en fait ce que BLEGER appelle une « brèche » entre le cadre de l'analyste et celui du patient. Cet écart est vécu le plus souvent très difficilement par le patient, car il l'expulse brutalement de son fantasme inconscient d'une relation symbiotique reproduisant l'expérience infantile de fusion.

Ainsi de M. A, qui décompensa de manière brutale au moment où il découvrit par hasard que BLEGER venait d'acheter un appartement. BLEGER pensa que cet effondrement était lié au fait que le patient lui-même exposait depuis de longs mois en séances son impossibilité de finaliser son propre projet d'achat immobilier. Mais il apparut que la raison profonde trouvait sa source dans quelque chose de beaucoup plus archaïque : son analyste, en ne l'informant pas de son acquisition, avait dévoilé une brèche entre le cadre du patient (que les parents avaient toujours systématiquement informé et consulté pour toute décision relative à leur quotidien) et le cadre de l'analyste, qui s'abstenait de toute

communication d'ordre privé, respectant en cela le cadre de la cure. « Pour le patient quelque chose s'était brisé, quelque chose de l'ordre du (...) ce doit nécessairement être comme ça a toujours été, il était incapable de concevoir que les choses puissent être autrement. Ce qu'il exigeait, c'était la répétition de ce qu'il avait vécu, (...) configuration qu'il était toujours parvenu à maintenir à travers sa vie jusque-là (...). Parce que le cadre était respecté, la « non-répétition » a mis à jour l'élément le plus stable et le plus permanent de sa personnalité, son « monde fantôme ». (...) Ce n'était qu'à partir de la « non-satisfaction » de son « monde fantôme » qu'il pouvait percevoir que mon cadre était différent du sien et que, avant même cette « non-satisfaction », son « monde fantôme » existait déjà. »

Comme Madeleine et Willy BARANGER, BLEGER considère la relation analytique comme une relation symbiotique. Mais, écrit-il, « dans les cas où la règle est respectée et remplie, le problème réside dans le fait que c'est le cadre lui-même qui est le récepteur de la symbiose, et que cette dernière n'apparaît pas comme présente dans le processus analytique lui-même. La symbiose avec la mère (immuabilité du non-Moi), permet à l'enfant de développer son Moi. Le cadre a une fonction comparable ; il agit comme support, comme étai, cependant nous ne le percevons, pour le moment, que lorsqu'il se modifie, ou se casse. Le « rempart » le plus puissant, le plus durable, et en même temps le moins apparent, c'est bien celui qui repose sur le cadre. »

BLEGER donne l'exemple d'une « brèche » qu'un patient a créée et maintenue jusqu'à ce qu'il ressente le besoin de retrouver sa toute-puissance, son « monde fantôme ».

M. Z a vécu une enfance privilégiée dans une famille très aisée qui, dans un contexte politique hostile, fut soudain réduite à la ruine. Après un temps où ses parents ont tenté de camoufler leur faillite, ils ont progressivement digéré et assumé cette perte et se sont habitués à cette nouvelle vie.

M. Z n'a -quant à lui- jamais pu faire le deuil de cette enfance idéale et, devenu adulte, il s'est éloigné de sa famille et s'est organisé une double existence, affichant le train de vie d'un riche notable aux ressources en fait très modestes. Il vivait et entretenait le fantasme que « rien ne s'était produit » afin de préserver son monde fantôme. Dans la cure, il payait ses séances de manière ponctuelle, comme s'il était au-dessus de ces considérations d'argent, respectant à la lettre le cadre convenu avec son analyste. A aucun moment BLEGER ne s'est douté de la réalité de sa condition financière. Et puis avec le temps, quoiqu'avec un fort sentiment de honte et d'humiliation, le patient est parvenu à dévoiler à son analyste et mettre au travail avec lui sa double existence dans deux univers. Mais il a alors commencé à ne plus payer ses séances et à accumuler une dette. « La rupture du cadre, ici, signifiait un éclatement certain de son organisation toute-puissante, l'apparition d'une « brèche » qui devint la voie où attaquer sa toute-puissance (le monde sûr et stable de son enfance). Le plein respect du cadre permettait de recevoir le dépôt de son monde magique omnipotent, de sa dépendance infantile, de son transfert psychotique. Son fantasme le plus profond était que l'analyse allait renforcer cette toute-puissance et lui ferait retrouver son « monde fantôme ». « Vivre » dans le passé, telle était l'organisation fondamentale de son existence. » Et puis le patient paya d'un coup la moitié de sa dette en disant qu'il ressentait celle-ci « comme une brèche, comme quelque chose qui manquait. (...) Il ressentait le besoin de colmater la brèche en s'acquittant de l'ensemble de sa dette, de telle sorte que l'argent puisse disparaître entre nous deux, et de telle sorte que moi-même et tout ce qui le faisait souffrir maintenant, puissions disparaître également. » (...) « ce qui est important ici est que son « monde fantôme » apparaît et est mis en question à travers les « défauts » du cadre (sa dette) et que le recouvrement de son « monde fantôme » était lié au respect minutieux de mon cadre, précisément afin de m'ignorer ou de me détruire. »

BLEGER insiste sur le fait que ce n'est qu'en maintenant son propre cadre que l'analyste va pouvoir analyser la partie psychotique de la personnalité du patient, faire émerger dans la cure la répétition du cadre du patient permettant à ce dernier de prendre conscience que deux cadres coexistent : « celui qui est proposé et maintenu par l'analyste et consciemment accepté par le patient et celui du « monde fantôme » sur lequel le patient projette. » Cette prise de conscience ouvre la voie à la dé-fusion.

Rappelant que pour Mélanie KLEIN le transfert reproduit les relations d'objet primitives, BLEGER avance que ce qui est encore plus primitif (la non-différenciation) se répète dans le cadre. Ainsi selon lui

« le cadre est la partie la plus primitive de la personnalité, c'est l'élément fusionnel Moi corps-monde, de l'immutabilité de laquelle dépendent la formation, l'existence et la différenciation (du Moi, de l'objet, de l'image du corps, du corps, de l'esprit, etc.). Les patients qui ont des tendances à « l'acting-in », ou les psychotiques, apportent également « leur propre cadre » et *l'institution de leur relation symbiotique primitive* ; cependant, ils ne sont pas les seuls à le faire ; tous les patients l'apportent avec eux. » C'est pourquoi pour BLEGER la non-adhésion d'un patient au cadre de l'analyste ne doit pas être systématiquement entendue - comme c'est trop souvent le cas - en termes d'« attaque » du cadre, puisque dans tout traitement le patient ne peut apporter que ce qu'il a, à savoir sa propre organisation, son propre cadre, qui ne peut qu'entrer en tension avec celui de l'analyste. La difficulté réside dans le fait que le respect du cadre par le patient constitue pour lui le moyen de maintenir son cadre, son monde fantôme, qui reste invisible sous celui de l'analyste et dès lors intouché, maintenant l'illusion, si l'analyste n'y est pas attentif, de l'existence d'un cadre unique alors qu'il y a deux cadres, dont l'un recouvre l'autre.

Cela explique selon BLEGER que toute modification du cadre par l'analyste (changement d'horaire, vacances, etc.) puisse être vécue par le patient comme une rupture, parfois catastrophique, car elle ouvre potentiellement cette « brèche » par laquelle s'infiltré une réalité autre qui, en le forçant à percevoir que son cadre n'est pas le cadre analytique, dément la fusion ; avec le risque que « son » cadre, son « monde fantôme », se trouve sans réceptacle.

BLEGER met donc en garde contre l'absence d'analyse du cadre au cours de la cure car il peut « fournir le fondement d'une organisation de la personnalité à partir de laquelle l'individu forme un Moi « ajusté » et qui prend pour modèle les institutions dont il fait partie. (...) Ce « Moi factice » est un « Moi d'appartenance » ; il est constitué et soutenu par l'admission du sujet dans une institution (laquelle peut aussi bien être la relation thérapeutique, la société psychanalytique, un groupe d'étude ou n'importe quelle autre institution) ; il n'y a pas là de « Moi intériorisé » qui donnerait au sujet sa stabilité interne. » Cette parenthèse me paraît très importante et serait à approfondir, notamment en lien avec les questions de formation, mais aussi de relations entre membres d'une même société analytique.

Il poursuit : « (...) Le « pacte » ou réaction thérapeutique négative représente une parfaite fixation du « non-Moi » du patient dans le cadre et même sa non-reconnaissance et son acceptation par le psychanalyste (...) « L'alliance thérapeutique » est, par contre, une alliance que fait le thérapeute avec la partie la plus saine du patient (Greenacre, 1959) ; mais ceci est vrai en ce qui concerne le processus, et non le cadre. En ce qui concerne ce dernier, l'alliance est établie avec la partie psychotique (ou symbiotique) de la personnalité du patient (la question de savoir s'il en est de même pour la partie correspondante de la personnalité du psychanalyste reste encore pour moi sans réponse). » Je n'ai pas non plus la réponse, mais c'est également un point intéressant de réflexion.

Pour BLEGER, au cours de toute analyse, y compris celle dont le cadre est idéalement maintenu, il faut que celui-ci devienne un objet d'analyse : « La dé-symbiotisation de la relation analyste-patient est seulement atteinte à travers l'analyse systématique du cadre au bon moment. Et c'est ici que nous allons probablement rencontrer la résistance la plus forte parce qu'il s'agit de quelque chose qui n'a pas été refoulé mais clivé et jamais différencié ; son analyse ébranle le Moi et l'identité la plus mûre qu'ait pu atteindre le patient. (...) L'interprétation se fait non pas à partir des lacunes de la mémoire mais à partir de ce qui n'a jamais été mémorisé. »

« L'analyste doit accepter le cadre qu'apporte le patient (lequel est son méta-Moi) parce que c'est là que la symbiose primitive non résolue se trouve ramassée. »

Pour autant, l'analyste ne doit pas abandonner son propre cadre, car il est le seul moyen dont il dispose pour analyser le processus et pour transformer le cadre lui-même en processus.

A l'inverse il ne doit pas maintenir un cadre trop rigide évitant le moindre changement, au risque le cas échéant d'une paralysie du processus, suivant le modèle de la relation aux parents qui doit au fil du temps évoluer, se modifier pour éviter un blocage du développement de l'enfant.

« Pour résumer, nous pouvons dire que le cadre du patient est l'expression de sa fusion la plus primitive avec le corps de sa mère, et que le cadre du psychanalyste doit permettre de rétablir la symbiose originelle afin de pouvoir la modifier. »

Ceci offre une parfaite transition pour aborder le second axe présenté par Adela ABELLA, celui du cadre externe *versus* cadre interne.

Cadre externe *versus* cadre interne

Dans cette autre façon d'envisager la notion de cadre, **le cadre externe** correspond au cadre tel qu'il est défini dans la précédente approche, à savoir l'ensemble des constantes relatives au dispositif du traitement proposé à un patient.

Le cadre interne se réfère quant à lui au bagage conceptuel de l'analyste, qui se compose des différentes théories dont il s'est saisi au cours de sa formation et de son parcours d'analyste, se les appropriant en les modulant et les combinant au gré de son expérience et des patients rencontrés. Le tout constitue une toile de fond à la fois explicite et implicite qui oriente sa technique et le cheminement même du patient suivant l'éclairage que donne *cet* analyste à ses propos et comportements.

Adela ABELLA inclue aussi dans le cadre interne de l'analyste sa personnalité, son histoire et ses valeurs, mais elle va se concentrer uniquement dans cet article sur ce qui touche aux modèles théoriques de l'analyste et la façon dont ils impriment et pénètrent sa pratique.

Elle retient 4 modèles qui opèrent dans la clinique psychanalytique contemporaine :

- 1) Le modèle originel freudien, dont le prototype est le rêve.
- 2) Le modèle winnicottien des soins maternels.
- 3) Le modèle kleinien et bionien de la réactualisation des fantasmes inconscients dans le transfert.
- 4) Le modèle intersubjectiviste, basé sur l'idée d'une co-construction de la relation analytique par le patient et par l'analyste.

Notons qu'il n'est pas fait référence à l'approche lacanienne, pourtant très présente en France et dans certaines régions du monde.

1) Le modèle originel freudien

Au début de ses recherches, FREUD a lié maladie psychique et traumatisme, posant l'hypothèse que la névrose était le fruit d'une séduction sexuelle dans l'enfance, le sujet réagissant au choc émotionnel en refoulant dans l'inconscient la représentation de l'événement traumatique, qui y reste enkystée et séparée du reste des représentations conscientes. Puis, abandonnant sa « neurotica », il attribua l'élément traumatique à une cause interne, celle des désirs sexuels infantiles, de nature inacceptable pour le sujet.

Mais le processus reste le même, celui de représentations coupées du champ des associations conscientes et dès lors inaccessibles à toute transformation ou modulation, tout en agissant depuis leur exil – FREUD parle de « corps étrangers » - par une poussée constante vers la conscience. Cette poussée est d'une part source de symptômes et d'autre part de retours du refoulé sous forme de rêves, lapsus et autres actes manqués. « Le premier phénomène est à l'origine de la maladie, le deuxième ouvre la porte de la guérison. »

Dans cette conception, la psychopathologie comme la cure suivent le modèle du rêve, à savoir que le refoulé pousse vers la conscience. La visée du traitement est alors de favoriser la levée du refoulement afin de récupérer les souvenirs et fantasmes enfouis dans l'inconscient, les réintégrer dans le flot des associations où ils vont pouvoir être « digérés », processus qui met fin à leur force d'attraction pathogène.

Le cadre externe est aménagé en conséquence : réduction des stimulations sensorielles et de la motricité (comme dans le sommeil), afin de ne laisser d'autre voie aux poussées de l'inconscient que celle de la représentation.

Les règles à respecter par le patient comme par l'analyste vont dans ce sens :

- Du côté du patient : *l'association libre* (qui facilite l'éclosion de pensées parasites ou incidentes, ce qui permet de dévoiler le contenu refoulé) et d'autre part *l'abstinence*, qui « prive le patient de la possibilité de réaliser ses désirs dans la réalité, de façon à ne lui laisser d'autres voies que de les penser. »

- Leur pendant du côté de l'analyste est *l'attention flottante* et *la neutralité bienveillante*, qui stimulent chez l'analyste un état mental propre à entendre les dérivés de l'inconscient de son patient, même dans leur expression la plus ténue, particulièrement déguisée ou transgressive.

Dans ce contexte, le cadre externe devra être respecté afin de favoriser ces « fouilles archéologiques du tréfonds de l'inconscient. »

Le cadre interne est solidaire du cadre externe proposé, à savoir que l'écoute de l'analyste s'orientera vers la récupération de souvenirs et fantasmes, sélectionnant nécessairement ce qui va dans ce sens en étant plus attentif à des traces de traumatismes ou de représentations de désir infantile.

ABELLA termine cette partie en rappelant que ce modèle freudien classique entre plus en concordance avec un fonctionnement psychique de type névrotique ou du moins ayant suffisamment recours à la symbolisation, à des représentations secondarisées, avec une circulation psychique rendant possible l'accès, par l'association libre, aux contenus refoulés.

Mais, précise-t-elle, « ses risques majeurs sont d'une part l'intellectualisation, de l'autre un travail limité à ce qui a pu être symbolisé. »

2) *Le modèle winnicottien*

ABELLA considère que ce modèle est, sur quelques aspects importants, à l'opposé du 1^{er} modèle freudien. Alors que FREUD s'était appuyé sur la métaphore du rêve, cette approche inspirée des travaux de Donald WINNICOTT renvoie aux soins maternels : ce qui compte ici, c'est la possibilité de vivre les expériences qui n'ont pas pu être vécues dans l'enfance, et plus précisément dans la toute petite enfance : « L'idée centrale est que l'individu (surtout dans les pathologies graves) ne souffre pas seulement, ni même fondamentalement, de « réminiscences » c'est-à-dire du poids des souvenirs verbaux refoulés découlant de traumatismes d'enfance ou des frustrations de désirs infantiles. Au contraire, le manque se situe à un niveau beaucoup plus précoce et préverbal. Ce manque peut être compris en termes de l'insuffisance de la mère (ou des substituts maternels) à fournir un cadre adéquat au développement de l'enfant. »

La notion d'*espace transitionnel* élaborée par WINNICOTT est ici centrale : le nourrisson a besoin de trouver, dans l'espace transitionnel moi-non moi qui précède la reconnaissance d'un environnement séparé, une mère capable de s'adapter à ses besoins de telle manière que son omnipotence soit dans un 1^{er} temps maintenue. Pour cela, la mère doit être « prête à mettre à disposition du bébé exactement ce qu'il cherche au moment où il le cherche », afin de lui permettre de faire l'expérience du trouvé-créé jusqu'à ce qu'il puisse supporter l'éprouvé de frustration lié à l'absence de la mère, dont la représentation va lui ouvrir la voie de la reconnaissance d'un non-moi différencié. C'est ce positionnement interne de la mère que WINNICOTT nomme « *mère suffisamment bonne* », c'est-à-dire installant très progressivement un écart entre la représentation toute-puissante du bébé d'un monde qu'il crée en le trouvant et la réalité d'un monde extérieur séparé de lui. Elle le « désillusionne » par toutes petites touches. Cette expérience fondamentale de toute-puissance modulée graduellement par le contact avec la réalité « permet à l'enfant de connaître et de s'approprier subjectivement le monde environnant » et « d'établir les bases de sa personne et de sa relation au monde. »

En appui sur la métaphore des soins maternels, l'abord thérapeutique de ce modèle ne se réfère donc pas tant à la question du désir – qui relève de stades plus évolués du développement – qu'aux processus psychiques à l'œuvre dans les stades plus précoces, « qui sont précisément ceux qui posent problème dans les troubles psychiques sévères et pour lesquels on ne peut pas encore parler de relation d'objet » car celle-ci implique une reconnaissance de l'autre comme objet total séparé et non plus

partiel. Ce qui se joue se situe dans la capacité du sujet à « utiliser » l'objet et la visée thérapeutique ira les premiers temps essentiellement dans ce sens.

Le cadre interne de l'analyste est ici particulièrement sollicité, puisque sa tâche consistera principalement - comme une mère suffisamment bonne - à s'adapter au plus près des besoins régressifs du patient, « besoins dont la frustration est à l'origine de la maladie. Le patient pourra alors vivre ce qui lui a manqué, autrement dit, il pourra reprendre son développement à l'endroit où il avait été arrêté. »

L'interprétation - qui était centrale dans le modèle freudien originel - devient ici secondaire, voire nuisible quand elle marque une inadéquation de l'écoute et des interventions de l'analyste aux attentes et niveaux de représentation du patient, heurtant ainsi son besoin premier d'indifférenciation entre lui et l'objet. L'interprétation « peut alors empiéter sur l'espace de toute-puissance, d'illusion, nécessaire au développement psychique du patient. »

Il en est de même pour l'écoute flottante, puisque l'analyste est plus attentif à s'ajuster aux besoins du patient qu'à se laisser bercer par ses représentations pour en chercher le contenu inconscient.

Du côté du patient, l'association libre n'a pas non plus la même fonction que dans le précédent modèle, puisqu'il ne dispose pas de ressources psychiques suffisamment souples pour accéder à ce type de mouvements psychiques (notamment du point de vue de l'épaisseur de son préconscient).

ABELLA précise que, plus récemment, on a décrit ce travail préalable de l'analyste en termes de « re-narcissisation ». Je trouve que le risque avec l'utilisation de ce terme est celui d'un glissement de l'analyste - et de l'analyse - vers un positionnement interne faisant plus appel aux « bons sentiments » qu'à un « holding » bien tempéré, avec toute la problématique d'un transfert idéalisant maintenant le patient dans une dépendance régressive à l'analyste « trop bonne mère » ; et pour l'analyste celui d'un contre transfert non analysé car pris dans les serres d'une haine tapie sous l'idéalisation, dans un pacte inconscient retardant sans cesse le moment, pourtant vital, de la désillusion. Certaines cures interminables ou arrêtées brutalement par le patient ou l'analyste peuvent s'expliquer à mon sens par ce processus ayant exclu l'espace transitionnel de l'aire du traitement. ABELLA parle de risque de « collusion inconsciente » ou de « séduction mutuelle ».

Le cadre externe va dans ce modèle être au service de l'adaptation aux besoins du Moi du patient et donc supporter quelques « entorses mineures », si celles-ci permettent de mieux s'ajuster auxdits besoins du patient (« être compris, tenu, sans empiètement ni confrontation) et si tant est bien sûr qu'ils ne relèvent pas du registre pulsionnel/sexuel précise-t-elle : mais est-il toujours possible de les différencier et sont-ils à ce point « clivables » ?

ABELLA conclue ce chapitre en indiquant que « C'est dans ce contexte théorique précis que l'idée d'adapter le cadre à chaque patient prend toute sa valeur. »

3) *Le modèle kleinien et bionien de la réactualisation des fantasmes inconscients dans le transfert*

Selon ce modèle, que l'on fasse l'hypothèse que l'individu souffre de traumatismes, de désirs infantiles refoulés ou de manques précoces, ce qui compte est la trace laissée par ces expériences émotionnelles dans son psychisme. Autrement dit, plus que ce qui lui est arrivé, c'est ce que le sujet a fait de ce qui lui est arrivé et qui reste inscrit dans son psychisme qui importe. « Ces traces sont comprises en termes de relation du sujet avec ses objets internes et sont structurés sous la forme de fantasmes inconscients. » C'est ce qui fait que ces deux concepts sont intimement liés.

Les *objets internes* sont construits par le sujet à partir de la rencontre entre sa pulsionnalité et les expériences dites « réelles » de la vie.

Les *fantasmes inconscients* désignent « un paradigme relationnel inconscient qui met en scène la relation entre le sujet et ses objets, paradigme qui inclut des motions pulsionnelles, des angoisses et des défenses. (...) il s'agit de scénarios de complexité diverse qui vont des plus archaïques et proches du

corps aux plus symbolisés. Ils incluent une représentation de ce que le sujet attend, éprouve et fait, de même que ce que l'objet attend, ressent et fait. Chaque sujet est supposé disposer d'un nombre relativement réduit de ces fantasmes inconscients qui sont activés selon les circonstances de la vie et qui colorent fortement son expérience. »

Les plus caractéristiques de ces fantasmes inconscients influencent sa personnalité dans le sens où « ils déterminent la manière dont il perçoit son environnement actuel, (...) ce qu'il anticipe pour son avenir ainsi que la manière dont il se remémore et construit son histoire. »

Ainsi les fantasmes inconscients influencent la manière dont la réalité est ressentie, tandis que les expériences réelles contribuent à les modifier : « Cette double boucle est à la base des possibilités thérapeutiques. »

Cette conception part du principe que l'individu a tendance à mettre en acte ses fantasmes inconscients dans tous les pans de sa vie - et donc également dans la relation thérapeutique - de telle sorte que la réalité confirme ses attentes inconscientes (on reconnaît cette idée dans la notion de « monde fantôme » de BLEGER que je vous ai décrite tout à l'heure).

Les fantasmes du patient prennent certes vie par son discours, mais surtout dans sa relation à l'analyste, dont la fonction est de ne pas être complice des fantasmes inconscients de son patient, mais de les identifier et, par l'interprétation, de pointer leur existence et leurs effets et ainsi permettre au patient d'opérer leur transformation. D'où la place prépondérante de l'interprétation dans cette approche.

Concernant **le cadre interne**, l'analyste est attentif aux variations que le patient met en acte en séance, ainsi qu'au transfert et à l'analyse minutieuse de son contre-transfert pour saisir le rôle que l'analysant lui attribue suivant le fantasme inconscient qui s'actualise.

La notion de *rêverie* conceptualisée par BION apporte un nouvel éclairage au but de l'analyse, puisque la transformation des fantasmes inconscients s'effectue par incorporation par le patient de la fonction alpha, la capacité à penser de l'analyste, sur le modèle de la rêverie maternelle.

Les interprétations ne portent pas tant sur ce que dit l'analysant que sur la façon dont il le dit, avec quelles attentes et intentions inconscientes révélatrices du fantasme inconscient en jeu à ce moment-là dans la cure. L'analyste ne cherche pas à satisfaire les besoins du patient comme dans l'approche winnicottienne, mais à les identifier et tenter de comprendre avec lui ce qu'il éprouve et ce qu'il en fait. ABELLA rappelle l'insistance de BLEGER sur le besoin d'analyser la façon toute personnelle dont chaque patient investit et vit le cadre proposé, dans lequel son « monde fantôme » se projette.

On reproche à ce modèle de trop porter l'accent sur le transfert, l'agressivité, de s'attacher au présent plus qu'au passé, au détriment de l'histoire du sujet. De même pour son recours trop systématique à des interprétations en terme d'objet partiel s'adressant aux supposées angoisses archaïques du patient, technique qui a depuis été abandonnée par les analystes kleinien, précise ABELLA.

4) Le modèle intersubjectiviste

Ce courant regroupe en fait diverses écoles qui partagent l'idée selon laquelle analyste et patient apportent autant l'un que l'autre, de façon que l'interaction aboutit à une construction où les contributions individuelles de chacun sont indémêlables.

En 1994 le psychanalyste américain de San Francisco Thomas OGDEN a décrit ce processus en le nommant « *tiers analytique intersubjectif* ». C'est pour lui un phénomène clinique central de la psychanalyse. J'ai fait le choix de détailler son article intitulé « Le tiers analytique : les implications pour la théorie et la technique psychanalytique », paru en 2005 dans la Revue française de psychanalyse.

Prolongeant l'idée de WINNICOTT selon laquelle, en dehors de la composante maternelle, « un bébé ça n'existe pas », OGDEN affirme qu'il « n'existe pas d'analysant en dehors de la relation à l'analyste, ni d'analyste en dehors de la relation à l'analysant. » Il conçoit la psychanalyse comme un processus dans

lequel diverses formes de *tiércité* intersubjectives sont créées, tels que l'identification projective et son concept de tiers analytique.

Le tiers analytique caractérise un mouvement dialectique entre la subjectivité individuelle de l'analyste et de l'analysant comme individus séparés, chacun avec sa propre vie inconsciente, et l'intersubjectivité, à savoir la vie inconsciente que le couple analytique crée conjointement. C'est l'expérience d'être en même temps à l'intérieur et à l'extérieur de l'intersubjectivité inconsciente du couple analyste-analysant. Cette troisième subjectivité « semble acquérir une vie qui lui est propre dans le champ interpersonnel créé entre l'analyste et l'analysant. »

OGDEN illustre son propos d'une situation clinique vécue avec **M. L.**, dans laquelle on retrouve un mélange de conceptions kleinienne et winnicottienne de la cure.

Un jour en séance, tout en écoutant son patient, le regard d'OGDEN est happé par l'enveloppe d'un courrier reçu quelque temps auparavant d'un collègue analyste. Sa rêverie l'emmène de ce détail du quotidien à la sensation d'être trompé, l'idée de faux-semblant dans la relation.

Il est dans le même temps traversé par la crainte de finir la séance en retard et de ne pouvoir récupérer à temps sa voiture au garage car celui-ci serait fermé à l'heure pile. Il est habité par un sentiment inexplicable et douloureux d'être confronté à un fonctionnement mécanique déshumanisé, d'être laissé dehors. Ses tentatives de compréhension de cette « expérience fantasmée » en termes de transfert, contre-transfert et d'identification projective ne le convainquent pas et lui semblent même relever d'une « défense intellectualisante ». De même il ne s'explique pas son ressenti aux composantes de désespoir, ni sa grande envie « d'entendre une voix vive et claire ». Et puis lui revient en mémoire une séance où le patient lui avait dit qu'il se sentait le plus proche de lui non pas quand ses propos étaient justes, mais quand il se trompait. C'est à partir de ces sensations et pensées incidentes émergeant pendant cette séance qu'OGDEN saisit combien ce patient est en recherche d'une relation humaine et personnelle, son désespoir et sa colère de se confronter dans la cure à « quelque chose qui semble humain, mais qui donne finalement l'impression de quelque chose de mécanique et d'impersonnel. » Il se rappelle alors la description que le patient avait faite de sa mère, qui n'avait jamais manifesté la moindre émotion intense, de colère ou autre, et niait celles de son fils, concentrée comme un robot sur ses tâches ménagères et la confection de plats sans saveur.

A partir de là, des thèmes familiers abordés dans cette cure trouvent chez OGDEN une nouvelle cohérence et tonalité, constituant pour lui de nouveaux objets analytiques, au sens où il vient de les rencontrer. OGDEN interprète alors au patient qu'il « faisait l'expérience des rudiments du sentiment que lui et moi ne nous parlions pas d'une façon qui semblait vivante ; je lui paraissais au contraire incapable d'être autrement que mécanique avec lui, comme il était incapable d'être humain avec moi. » OGDEN lui dit aussi qu'il devait avoir la sensation d'étouffer en séance, comme on étouffe « dans quelque chose qui semble être de l'air, mais c'est en fait un vacuum. » Le patient confirme par un souvenir accompagné d'une émotion palpable, ce qui est nouveau. Un silence prolongé et inédit s'ensuit, fait d'un « mélange de désespoir, d'épuisement et d'espoir » précise OGDEN, qui voit dans cette expérience conjointe un événement analytique, au sens où pour la 1^{ère} fois aucun des deux ne se sent dans l'obligation de combler ce silence. Ils partagent « un très grand sentiment de tranquillité et de soulagement », mais aussi de colère rentrée se dit OGDEN. La séance suivante, le patient rapporte un rêve au réveil duquel il était au bord des larmes sans savoir pourquoi, mais il résista, dit-il, à la tentation habituelle de recouvrir son émotion de tristesse par une anxiété de diversion.

OGDEN décrit son expérience de l'enveloppe posée sur son bureau depuis des semaines et devenue soudain le centre de son attention, comme une « matrice de significations », un véritable « événement psychologique, porteur de significations psychologiques inexistantes jusqu'alors », ce qu'il ne traduit pas en termes de levée du refoulement en lui, mais « comme reflétant le fait que M. L. et moi étions en train de créer (entre nous) un nouveau sujet (le tiers analytique), d'où découlait l'émergence de l'enveloppe comme *objet analytique*. » Il précise employer l'expression « objet analytique » au sens de BION et GREEN qu'il considère, avec les BARANGER et leur notion de champ analytique, comme les

auteurs offrant des conceptions de l'intersubjectivité analytique inconsciente qui recourent sa propre conception du tiers analytique. (J'ajouterais la notion de chimère de de M'UZAN.) « (...) l'expérience analytique a lieu entre le passé et le présent et fait intervenir un passé qui est en train de se créer de nouveau (à la fois pour l'analyste et l'analysant) à travers une expérience qui prend naissance entre l'analyste et l'analysant (c'est-à-dire au sein du tiers analytique). »

Pour OGDEN, une dimension essentielle de la vie psychique de l'analyste en séance « prend la forme d'une rêverie sur des détails ordinaires, quotidiens de sa propre vie (souvent d'une grande importance narcissique pour lui). (...) ces rêveries ne sont pas le simple reflet d'une inattention, d'une auto-implication narcissique, d'un conflit émotionnel non résolu, ou d'autres phénomènes de ce genre. Cette vie psychique représente plutôt des formes symboliques et proto-symboliques (fondées sur des sensations) données à l'expérience non articulée (souvent pas encore ressentie) de l'analyste tandis qu'elles sont en train de prendre forme dans l'intersubjectivité inconsciente du couple analytique (c'est-à-dire dans le tiers analytique). (...) Cette forme d'activité psychique est souvent considérée comme un épisode par lequel l'analyste doit passer, qu'il doit mettre de côté, surmonter, etc., dans son effort pour être émotionnellement présent avec l'analysant et attentif à lui. Je suggère ici qu'une conception de l'expérience de l'analyste qui néglige cette catégorie de phénomènes cliniques conduise celui-ci à sous-estimer (ou à ignorer) l'importance d'une grande partie (dans certains cas, de la plus grande partie) de son expérience avec l'analysant. (...) sa reconnaissance implique une forme troublante de conscience de soi élevée. L'analyse de cet aspect du transfert/contre transfert exige un examen de la façon dont (...) nous nous parlons dans un état psychique relativement sans défense et personnel. Dans cet état, l'interaction dialectique du conscient et de l'inconscient a été modifiée de façon qui évoque l'état onirique. En devenant conscient de soi de cette manière, nous touchons à un essentiel sanctuaire intérieur d'intimité et, de ce fait, à l'une des pierres angulaires de notre santé mentale. » Il faut dès lors « un effort psychique considérable pour reconnaître soi-même que même cet aspect de la sphère personnelle [OGDEN écrit que cela touche la structure même de la personnalité de l'analyste] a été modifié par les expériences du tiers analytique, et dans le tiers analytique. Si nous voulons être des analystes à part entière, nous devons essayer délibérément de faire en sorte que cet aspect de nous-mêmes entre aussi en jeu dans le processus analytique. »

Selon lui cette expérience mutuelle constitue le 1er exemple dans la vie du patient de formes saines et productives de la relation d'objet. Leur signification n'est pas interprétée au patient, ou alors bien plus tard dans la cure, l'essentiel étant de les vivre plus que de les comprendre.

« C'est seulement à travers la reconnaissance par un autre qui est reconnu comme une personne séparée (et néanmoins interdépendante) que l'on devient de plus en plus humain (capable de réflexion sur soi). (...) Une dialectique intersubjective mettant en œuvre la reconnaissance et l'être reconnu sert de fondement à la création de la subjectivité individuelle. (...) Cela est rendu possible par un acte de reconnaissance mutuelle, qui passe souvent par l'interprétation du transfert – contre transfert par l'analyste, et par l'utilisation psychique authentique de l'interprétation de l'analyste par l'analysant. »

OGDEN précise que le tiers analytique, bien que créé conjointement, n'est pas identique pour chaque participant ; il ne s'agit pas d'analyse mutuelle comme chez Sandor FERENCZI. Le tiers analytique est une construction asymétrique, puisque situé dans le contexte de la situation analytique. L'expérience passée et présente de l'analysant reste prioritaire, l'analyste utilisant son expérience dans et du tiers analytique comme « véhicule » pour la compréhension de l'expérience consciente et inconsciente de l'analysant.

OGDEN présente aussi une conception de la cure à laquelle il m'est plus difficile d'adhérer lorsqu'il écrit : « Des expériences de ce type entraînent des sentiments d'humeur enjouée, de camaraderie, de ludisme, de compassion, de flirt sain, de charme, etc. »

Dans la reconnaissance de l'importance à accorder à cette sphère où les frontières psychiques entre analyste et analysant s'estompent dans la rencontre analytique, je préfère au modèle intersubjectiviste les conceptualisations, par exemple, de René KAES, Paul Claude RACAMIER ou

plus récemment de Catherine PARAT et sa notion d'« affect partagé », car elles n'en font pas une systématique centrale - voire exclusive - dans l'écoute et la technique de l'analyste.

ABELLA précise d'ailleurs que **le cadre interne** de l'analyste va être radicalement modifié par cette nouvelle approche où l'idée d'une forte participation de l'analyste dans l'interaction entraîne l'impossibilité et l'inutilité de la neutralité de l'analyste.

Ainsi pour Owen RENIK, également psychanalyste formateur à l'Institut Psychanalytique de San Francisco, puisque l'analyste ne peut que dévoiler ses idées et émotions, qu'il le veuille ou non, autant les avouer clairement au patient afin de lui permettre « l'expérience d'une relation nouvelle et plus saine. » Les agissements du patient comme de l'analyste sont ici conçus comme « porteurs des interactions inédites à valeur transformatrice. ».

Le cadre externe sera dès lors peu rigide et même, dans certaines écoles intersubjectivistes, les notions classiques d'association libre, attention flottante, neutralité bienveillante, mais aussi le maintien du cadre externe ne sont plus significatives.

Les plus radicales excluront les notions de pulsion, monde interne, fantasme inconscient, transfert et contre transfert, considérés comme « heuristiquement superflus » car « thérapeutiquement inertes, sans valeur pour l'acquisition d'une meilleure adaptation du patient. »

Les risques de ce modèle sont la collusion inconsciente, les agissements défensifs et les transformations de surface.

Pour conclure, je dirai que la visée de cet article d'Adela ABELLA devrait être celle de tout analyste et de toute société analytique, à savoir « nous demander ce que nous faisons, pourquoi nous le faisons et quels en sont les effets sur notre identité d'analyste et sur le déroulement de nos traitements. »

Valérie TANQUEREY
Séminaire Permanent de la SPRF
20 novembre 2024