

Revue française de  
psychanalyse : organe officiel  
de la Société psychanalytique  
de Paris

Société psychanalytique de Paris. Auteur du texte. Revue française de psychanalyse : organe officiel de la Société psychanalytique de Paris. 1961-01-01.

**1/** Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

- La réutilisation non commerciale de ces contenus ou dans le cadre d'une publication académique ou scientifique est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source des contenus telle que précisée ci-après : « Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France » ou « Source gallica.bnf.fr / BnF ».

- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service ou toute autre réutilisation des contenus générant directement des revenus : publication vendue (à l'exception des ouvrages académiques ou scientifiques), une exposition, une production audiovisuelle, un service ou un produit payant, un support à vocation promotionnelle etc.

[CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE](#)

**2/** Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

**3/** Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

**4/** Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

**5/** Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

**6/** L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

**7/** Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter [utilisation.commerciale@bnf.fr](mailto:utilisation.commerciale@bnf.fr).

# MÉMOIRES ORIGINAUX

## Du temps d'un silence

APPROCHE TECHNIQUE, CONTRE-TRANSFÉRENTIELLE  
ET  
PSYCHODYNAMIQUE

par R. BARANDE (1)

« Il n'y a pas, je crois, de pire épreuve pour l'analyste débutant que de se heurter à un silence véritablement obstiné. En guise de consolation pour ceux qui ont dû affronter cette regrettable contingence, que l'on me permette seulement de rappeler l'expérience d'Abraham qui, au faite de sa carrière, eut à se mesurer avec un patient... qui refusait de parler. Après trois semaines d'un conflit silencieux, le patient se leva du divan, proféra le mot inimprimable et s'en fut. »

E. GLOVER,  
*Technique de la psychanalyse.*

« Nous tendons de toutes nos forces à écarter la mort, à l'éliminer de notre vie. Nous avons essayé de jeter sur elle le voile du silence... »

S. FREUD,  
*Considérations actuelles  
sur la guerre et la mort.*

Nous rapportons ici un cas « difficile » du fait d'une résistance par le silence très serrée, en relation avec une « structure prégénitale » ; l'éclairage sur la dynamique de la cure étant principalement donné par l'analyse des réactions contre-transférentielles.

### *Position méthodologique*

Deux méthodes d'exposition apparaissent également possibles. L'une consisterait en un exposé systématique du déroulement de la cure, montrant la progression technique du travail d'interprétation, pour dégager enfin un aperçu théorique du cas, plus ou moins spéculatif.

---

(1) Mémoire de candidature à la Société psychanalytique de Paris.

Cette méthode nous a semblé convenir à l'étude d'une névrose d'allure classique mais non à celle d'un cas atypique. C'est d'ailleurs à son propos que Glover dénonce le mythe de l'« analyste parfaitement analysé », développant automatiquement et avec succès une technique éprouvée par d'autres et qu'il fait immédiatement sienne, sans que l'on voie comment dans ce premier usage, il se situe dans ce maniement.

Nous avons préféré la méthode réaliste qui consiste, en restant dans la ligne générale de la précédente, à assumer la position d'analyste, plus préoccupé de ses réactions dans le maniement technique et de ses fautes, que de l'illustration des principes généraux de la technique et de la théorie, alors qu'il n'a avec ceux-ci qu'une familiarité verbale.

*Du point de vue de la technique* et des problèmes que devrait poser son maniement, la rareté des travaux cliniques centrés sur l'analyse précise des réactions contre-transférentielles nous a paru surprenante. Il semblerait pourtant que l'étude des vécus contre-transférentiels, de leur mode de dépassement et d'intégration dans la dynamique de la cure, devrait fournir un bon révélateur de la praxis psychanalytique. Cette exigence nous semble devoir fonder essentiellement ce type de travail sur l'analyse de ce qu'« est » le thérapeute, dans sa première rencontre avec l'autre-malade. D'autant plus si, comme le dit Nacht, le faire de l'analyste se ramène « moins à ce qu'il dit qu'à ce qu'il est ».

En effet, parmi les autres variables interférant dans la relation analytique, la plupart ne paraissent impliquer qu'une faible marge de variations d'un cas à l'autre (connaissances théoriques de l'analyste, progression type des élaborations interprétatives, « structures névrotiques » des patients). Elles pré-déterminent une certaine constance, à quelques formulations près, de ce que dira l'analyste quel qu'il soit, aux divers temps de l'évolution de la cure.

Par contre, la variable plus spécifique, chaque fois originale et qui s'avère en fait le moteur, un facteur dynamique essentiel du devenir de la cure, est bien l'« être » de l'analyste, sa « présence » en situation analytique. Si elle acquiert d'autant plus de valeur avec l'expérience, l'analyste ne peut que gagner à la connaître précisément dès ses premiers passages à l'acte analytique : tel qu'en lui-même sa *praxis* le change.

Mais il ne s'agit sans doute là que d'évidences aujourd'hui banales : notre excuse à les rappeler est le paradoxe de fait qu'elles n'ont guère orienté de travaux cliniques les explicitant.

De fait, notre expérience des analyses contrôlées a suffi à nous montrer les réactions habituelles à toute évocation du contre-transfert, depuis le recul pudique devant la tare honteuse jusqu'aux réactions

de catastrophe devant le tabou ; et les faits nous ont semblé confirmer qu'à éviter de se montrer, on pouvait manquer à se connaître.

Nous essaierons donc de « montrer » que si l'on ne considère pas le contre-transfert (et la « présence » de l'analyste) comme une calamité, son maniement devient un instrument essentiel de la conduite de la cure.

La présentation d'un « cas de silence » nous a paru également justifiée par la rareté des travaux sur les analyses de malades silencieux, rareté comparable à celle des études cliniques des réactions de contre-transfert.

Quoi qu'il en soit, les circonstances ont fait que parmi nos premiers malades suivis au Centre de traitements ou en pratique privée (les indications d'analyse étant dans tous les cas indiscutables), nombreux étaient les cas de résistance par le silence. Ces circonstances n'ont à vrai dire rien d'exceptionnel : Glover a insisté avec humour sur le paradoxe que ce soit à leurs débuts que les analystes aient affaire très souvent aux « cas difficiles », ceux-ci leur étant référés.

Nous avons donc choisi un cas de résistance par le silence, puisque les cas de ce genre, avec les difficiles problèmes de maniement technique qu'ils posent, constituaient l'essentiel de notre pratique quotidienne et qu'ils nous mettaient constamment au plus près en face de nous-même.

Si l'on considère que les problèmes de la pratique se ramènent à trois types : (matériel du cas ; application de la technique ; difficultés personnelles), nous pensons qu'un cas de résistance obstinée par le silence constitue une sorte de catalyseur pour la manifestation de ces trois sortes d'obstacles ; et la cure ne pourra se poursuivre que si l'on en évite la cristallisation.

Après l'exposé de notre approche clinique centrée sur le maniement technique qu'éclaire l'analyse du contre-transfert, nous formulerons quelques réflexions sur la signification psycho-dynamique de cette conduite de silence. Enfin, de la confrontation de ces dernières à la pratique du cas, nous dégagerons des considérations générales sur les problèmes de technique, posés par ce « cas de silence ».

## (YERMA)

### I. — L'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE

Yerma nous est adressée par un maître en psychanalyse qui a posé l'indication de cure psychanalytique sur le diagnostic de dépression hystérique.

Nous décidons cependant de procéder à un entretien préliminaire car nous croyons habituellement

- d'une part, à la nécessité d'explicitement personnellement et très précisément les termes du contrat qu'implique l'engagement du malade au traitement ;
- d'autre part, à l'utilité d'une élaboration personnelle dans un contact direct, d'un aperçu global sinon du diagnostic du moins du mode relationnel du patient. Nous aurons à revenir sur la valeur très relative, dans ce cas, de cet aperçu fourni par un unique entretien.

Quant aux termes du « contrat », nous ne préciserons pas ici les détails concernant les absences, les vacances, etc., qui ne présentent pas d'intérêt immédiat pour notre exposé. L'attitude très particulière qui sera celle de Yerma à l'égard de la règle fondamentale de libre association, justifie cependant que nous rapportions avec précision les termes par lesquels nous l'en informons, après avoir insisté sur le caractère long, pénible et coûteux du traitement : « La seule chose qui vous est demandée est de dire tout ce qui vous vient à l'esprit comme cela vous vient et au moment même, pour aussi insignifiant, banal, absurde, impudique, voire obscène ou agressif envers votre entourage ou moi-même, en exprimant les sentiments que ces pensées vous inspirent. » Nous aurons à apprécier la résonance qu'ont pu avoir, chez cette malade, la rigueur et la précision de notre formulation.

Yerma nous apparaît comme une jeune femme brune aux yeux noirs, assez jolie malgré le contraste entre un nez menu, rond, et un prognatisme accusé. Ce que laisse apparaître de sa toilette l'imperméable sport qu'elle utilise dans son maintien comme pour se cacher augure d'une élégance non dépourvue de coquetterie.

Durant tout l'entretien, elle se tient, si l'on peut dire, effondrée sur son siège, le dos au plus profond du fauteuil, la tête penchée sur la poitrine, les deux mains, sans doute les poings, plongées dans les poches. Cette attitude de repliement, intermédiaire entre la position fœtale et celle en chien-de-fusil, n'évoque cependant ni la prostration mélancolique ni l'inhibition catatonique, mais plus simplement, nous semble-t-il, à ce point de l'examen, une extrême lassitude morose et amère. Comme pour se situer en marge du face-à-face, l'axe de son corps s'installe dans une perspective oblique et y demeure jusqu'à la fin de l'entretien : son regard ne se posera jamais sur moi, fût-ce à la dérobée, mais se dirige résolument vers la fenêtre. Cette présence rétive et boudeuse n'est guère démentie par le discours : la parole est rare, évasive, défendue par des généralités.

Sa présentation « pitoyable » exprime une attitude défensive massive : elle s'efforce de nier en même temps qu'elle le manifeste, l'appel à l'aide angoissé qu'elle nous adresse.

Aussi nous est-il impossible d'établir une anamnèse biographique cohérente, sur la base des renseignements fournis par cet entretien

préliminaire. Ils furent très allusifs, larvaires, aussitôt rentrés que partiellement évoqués ; chaque mot portant son ombre de silence qui le recouvre aussitôt que découvert.

Il aurait sans doute été souhaitable pour le lecteur de cette « analyse d'un silence » que lui soit d'abord présenté le personnage, par une rapide esquisse anamnétique. Nous avons cependant préféré ne pas recourir à cet artifice qui, sous prétexte de faciliter la lecture du travail, dévoilerait le silence avant son approche et fausserait ainsi totalement le vécu très particulier de cette relation analytique. Nous respecterons donc dans cet exposé la progression de notre propre mode de connaissance puisque aussi bien c'est la méthode que nous avons choisie. Ainsi, nous ne donnerons l'aperçu anamnétique reconstitué qu'après l'exposé de ce fragment d'analyse, pour compléter la présentation de la personnalité de Yerma.

Nous nous en tiendrons ici, à ce que nous apporte cet entretien dans la partie où la verbalisation fut plus aisée et le discours plus lié. Celle-ci est strictement limitée au passé pathologique et à l'activité professionnelle.

L'imprécision des éléments symptomatiques est comparable à celle que nous venons d'indiquer pour la biographie, mais ils sont évidemment plus révélateurs.

Interrogée sur les troubles ayant motivé sa consultation actuelle, Yerma ne les évoquera qu'en se référant à la « maladie » identique qu'elle présenta à vingt ans ; elle précise cependant qu'il s'agissait là d'une crise : au contraire les mêmes troubles sont maintenant permanents. Elle était incapable de travailler alors que depuis et maintenant encore, elle le peut. Elle avait donc été hospitalisée durant quelques mois à C... pour « dépression nerveuse ». Il ressort de l'esquisse floue qu'elle essaie d'en donner un tableau de dépression hystérique (extrême asthénie, anorexie, insomnie, lassitude, incapacité de la moindre activité, dégoût de vivre sans idées suicidaires mais peur de la mort).

Il est en effet frappant qu'elle mette elle-même cette crise en relation avec son passé, en refoulant et annulant aussitôt l'affect évoqué : « J'ai toujours été un peu comme ça... Il n'y a rien dans mon enfance... très heureuse... Je ne me souviens de rien... »

Elle ne peut rien dire sur les traitements pratiqués à cette époque, ni sur les circonstances de la guérison « spectaculaire » et durable qui suivit. Cependant, à cette évocation dans laquelle elle semble se complaire, elle ébauchera un sourire, le seul qu'il nous ait été donné de voir.

Elle quitte alors ses parents tout en demeurant à C..., et commence à travailler : études et travaux parallèles de secrétariat ; elle perfectionne en même temps ses connaissances scolaires d'anglais.

Cinq ans plus tard, vers 26 ans, la « peur d'une rechute » la fait consulter à nouveau et suivre une psychothérapie avec le D<sup>r</sup> E... Après un an et demi, celui-ci conseille une psychanalyse. Elle garde à la fois un bon « souvenir » de la psychothérapie, mais affirme aussitôt qu'elle ne lui a rien apporté, « puisqu'elle vient me voir » ; de même, le D<sup>r</sup> E... était très gentil, bon, il l'a beaucoup aidée mais il n'aurait pas dû la « laisser tomber ».

Quoi qu'il en soit, elle a demandé une mutation à Paris pour entreprendre une psychanalyse, mais elle valorise autant le désir de s'éloigner de sa famille. Actuellement elle a 28 ans. Elle est secrétaire de direction, assimilée au cadre « agents techniques » dans un organisme important à Paris : elle y est très bien rémunérée. Elle dira spontanément son étonnement de constater qu'elle peut assurer cet emploi. Elle n'aurait jamais cru être capable de réussir aussi bien.

Nous sommes frappés par le fait qu'elle nous montre « maladie » et activité professionnelle comme événements étroitement dépendants.

En dehors de ces deux aspects de sa personnalité, passé pathologique et métier, la communication verbale cesse d'être explicite et se tarit d'elle-même. Il est certes significatif qu'elle ne puisse confier de sa vie affective que ces deux pôles extrêmes : le plus froid et désinvesti, le travail ; et le plus chaudement valorisé, la maladie, cependant refroidie par la distance au passé. Nous en avons limité la signification à celle d'un mode de relation d'objet de type hystérique, avec la notion d'un Moi « fort » encourageant pour le pronostic de la cure, sans évaluer l'intensité de la revendication phallique qu'elle nous semblait cependant impliquer.

Cet aspect globalement défensif du seul contact verbal qu'elle ait pu se permettre était donc immédiatement manifeste, avec l'évitement des affects liés aux symptômes actuels et le déplacement sur les troubles passés, destiné à les amortir. De plus, cet aménagement relationnel était encore renforcé, nous l'avons vu, par l'isolation et l'annulation de chaque affect évoqué aux divers moments du discours.'

Trop heureux que l'expression verbale ait été « tout de même » possible (nous étions « soulagés » qu'elle ait pu parler), nous étions enclins à considérer comme « positive » cette partie de l'entretien. Cette attitude ne pouvait que fausser notre évaluation de l'intensité des défenses qu'elle y manifestait. Alors qu'il suffisait de les confronter objectivement au silence, qui recouvrait l'ensemble de la relation, pour augurer plus sûrement de l'infiltration défensive qui démantelait ses possibilités d'expression verbale.

Ainsi ce premier entretien qui fut déjà la rencontre de nos silences en donnait la mesure aussi que nous n'avons pas pleinement appréciée. Le comportement de Yerma nous conviait à une double tentation. L'une à exclure ici sans discussion : l'analyse séméiologique d'un mutisme par le facile instrument d'investigation, à vrai dire d'inquisition, que fournit habituellement « l'interrogatoire » dans l'examen de clinique psychiatrique (mais qui était alors notre pratique quotidienne de médecin « certificateur »). L'autre, à l'opposé : le recours au principal instrument de la technique psychanalytique, l'expectative silencieuse ;

mais la défense de la patiente par le silence obstiné tendait justement à mettre notre silence en échec et à le vouer à l'inefficacité. Si l'on a pu dire que l'analyste est le bijoutier du silence dans son maniement technique, il apparaissait que pour un premier essai, nous étions sollicité d'être orfèvre !

Notre erreur fut sans doute de répondre indirectement à son appel, à cette quête avide, par souci méthodologique d'investigation, en posant quelques questions sur des points biographiques. Quoique rares, celles-ci devenaient, dans ce contexte, déjà trop nombreuses. Nous avons vu que notre récolte n'en fut pas plus riche.

Si ce que nous avons été, sur le plan de la présence manifeste, nous paraissait être le minimum nécessaire au cours de l'entretien préalable à la cure, cela ne pouvait être que démesuré face au silence, à l'absence que nous opposait la malade sur ce plan.

Le danger fut sans doute de risquer ainsi d'orienter la relation sur le mode de l'attente silencieuse de la part de la malade, sollicitant la manne de nos propos.

Il aurait été plus adéquat, ce qui nous parut ici trop rigoureux, d'accepter plus complètement sa présence réelle silencieuse, en évitant ces rares interventions interrogatives. Cette attitude d'expectative, un instant adoptée au début de l'entretien, n'avait pas modifié le refus silencieux de la patiente (elle nous engageait donc à plusieurs entretiens préliminaires, ce qui nous paraissait tout de même démesuré dans ce cas référé). Ainsi ce que nous avons alors justifié, par la nécessité d'une attitude souple moins schématiquement « analytique », recouvrait en fait une certaine culpabilité à l'égard de cette malade, avec l'anxiété à assumer le rôle d'analyste, avivée ici du fait de la présentation du cas comme « difficile » ; de plus une certaine agressivité de ce fait à l'égard de l'analyste qui nous référait ce cas. Nous y reviendrons.

Évidemment, l'explicitation de cette position contre-transférentielle ne put se préciser qu'aussitôt l'entretien terminé. Elle devait nécessairement rendre immédiatement évident ce que nous venons de considérer comme notre première erreur technique ; mais il ne pouvait en être de même pour la conséquence que ce gauchissement technique eut sur l'aperçu global du cas, du fait des limites qu'il lui avait imposées. Ainsi, espérant une perception « structurale » du cas, nous n'avions pu aller au delà d'un aperçu phénoménologique partiel. Il était sans doute aléatoire d'attendre plus d'un entretien précurseur ; mais puisque telle était notre illusion, elle devait nous incliner à inférer l'une de l'autre et à considérer chez cette hystérique déprimée, comme inhibition

massive avec blocage anxieux, une attitude assumée de revendication boudeuse. Nous entendions « j'ai une peur panique de vous » quand elle nous disait « je refuse ce que je vous demande de faire pour moi ». En fait dans ce refus de sa propre demande, elle nous disait aussi sa peur profonde ; mais dans notre essai de compréhension de la dynamique du cas, il n'était pas juste — quoique plus optimiste — de valoriser, dans cet entretien préliminaire, sa peur plutôt que son refus. Par ailleurs, du fait de ce comportement défensif très serré, qui ne permit guère l'expression d'un matériel susceptible de préciser les positions pulsionnelles fondamentales, une appréciation structurale ne pouvait dès lors porter que sur le style relationnel et, partant, s'avérer incomplètement fondée et approximative. L'hypothèse vraisemblable de pulsions sadiques-anales et orales, déduite du mode de comportement défensif mais non étayée par un matériel vécu ou fantasmatique non manifeste, ne pouvait qu'apparaître aventureuse et très aléatoire.

## II. — L'ANALYSE DU SILENCE : LES DIX PREMIERS MOIS DE LA CURE

### A) *Le comportement de Yerma dans la situation analytique*

Dès la première séance, Yerma s'installe dans le silence. Ce refus de contact quasi-total ne s'assouplira qu'après de « longs » mois d'analyse. Des semaines durant, Yerma se tait. Il serait fastidieux de rapporter ici le compte rendu littéral des séances de « silence ». Il ne rendrait qu'imparfaitement le vécu de la relation analytique. Nous pensons y parvenir mieux, en décrivant une séance de silence type à partir de laquelle nous préciserons :

- d'une part, les variations d'expression de ce silence, soit spontanées, soit provoquées par nos sollicitations d'associer ;
- d'autre part, les autres conduites de refus, *acting-in*, qui complètent la manifestation de sa profonde résistance à l'analyse.

Il semblerait que l'inconvénient de cette présentation serait de désinsérer cette somme de comportement défensif du matériel associatif ; mais c'est justement la caractéristique de cette phase de l'analyse que le matériel soit essentiellement constitué par le refus défensif d'engagement dans l'analyse, d'expression variée.

### I. *La séance type*

Yerma entre dans le bureau d'un pas mesuré, hésitant, le visage fermé : un regard terne vers le divan, tandis qu'elle concède une poignée de main furtive. Elle s'allonge en deux temps, séparés par une courte pause en position

assise, accompagnée d'un soupir. Enfin elle s'installe en chien-de-fusil, dos au mur, le regard fixé d'abord vers la porte d'entrée puis définitivement vers la fenêtre, face au divan. Immobile et silencieuse, elle restera ainsi jusqu'à la fin de la séance.

## 2. Variations spontanées du silence

Cependant, le plus souvent vers les deux tiers de la séance, elle s'anamera pour me poser de manière stéréotypée la même question à trois faces. Successivement, presque dans le même souffle, et régulièrement dans le même ordre :

- Pourquoi je ne lui dis rien et ne l'aide pas ?
- A quoi cela peut-il servir qu'elle dise ce qu'elle pense ?
- Est-ce que tout le monde est comme ça ?

Superficiellement on peut dire que, par cette triple demande compulsive, elle assume verbalement son attitude de refus par le silence, comme si, craignant que celle-ci ne soit reconnue, elle en revendiquait devant moi la signification.

Cette formulation stéréotypée, ouvrant sur trois sens apparemment contradictoires et paradoxaux, évoque le sophisme du « chaudron troué » analysé par Freud dans *Le mot d'esprit*. Le propriétaire du chaudron faisant remarquer à l'ami récalcitrant l'endommagement de l'objet prêté, celui-ci lui objecte successivement pour sa défense : qu'il ne lui a jamais emprunté le chaudron ; qu'il était déjà troué quand il le lui a prêté ; qu'il l'a rendu intact.

La formulation de notre patiente est surtout révélatrice du développement et de la gradation énergétique de ses mécanismes défensifs. A l'extrême de son anxiété tendue par son très long silence, explose en une colère vindicative la projection de sa culpabilité à se taire : elle me reproche mon silence et de ne pas l'aider (précisons qu'elle savait par le D<sup>r</sup> E... qu' « on est deux dans le traitement », c'est-à-dire qu' « à la différence des traitements somatiques, il fallait vouloir guérir et collaborer à sa propre guérison ». Cette évidence avait été pour elle une révélation, nous avait-elle dit lors de l'entretien préliminaire). Puis le court silence qui succède et la tentative d'isolation et d'annulation que comporte la deuxième question paraissent avoir considérablement amorti l'explosion agressive : le ton est déjà moins passionné, plus simplement interrogatif. Enfin, après la généralisation sur laquelle ouvre la dernière question, il ne paraît plus rien rester de son hostilité et de son angoisse : elle peut se détendre et rester paisiblement sur le dos ; quelquefois cependant des pleurs silencieux en écoulent le résidu.

Cette généralisation, moyen de défense le plus intellectuel et le moins investi, s'avère donc le plus efficace pour lier l'angoisse déclenchée par l'actualisation très intensément vécue de son agressivité sous forme projective. C'est d'ailleurs à la généralisation que la malade a le plus habituellement recours lorsqu'elle interrompt plus tôt son silence dans la séance et qu'elle évite ainsi de le laisser se tendre vers le débordement agressif incontrôlé.

Signalons combien était frappante, dès les premières séances, en comparaison de l'organisation défensive que laissait entrevoir l'entretien préliminaire, la révélation du mécanisme de projection d'expression régulièrement dramatique. Il appert même que ce n'est qu'à travers lui que peuvent se manifester à ce stade les moments réellement vécus

de l'analyse : l'agressivité ne peut s'exprimer que sur le mode d'une projection qui se révèle d'ailleurs parfaitement inefficace à juguler l'angoisse qu'elle semble au contraire libérer.

Cette succession de barrages défensifs, du mécanisme le plus intensément vécu, la projection, au mécanisme le plus intellectuel, la généralisation, ne nous permettait guère d'intervenir efficacement, du fait du rapide désinvestissement de l'affect agressif qu'elle réalisait par sa soudaineté. Il ne pouvait être question de l'interrompre, mais au terme de son discours, grâce à cette intellectualisation immédiate, la patiente n'était déjà plus réceptive pour accepter la réalité de ses sentiments agressifs : « Tout le monde est comme ça. » L'interrogation devenait alors conviction.

Nous nous trouvions, nous semblait-il, en présence de défenses de caractère qu'il paraissait vain de heurter de front (quoique nous ayons été tentés par la méthode de Reich). En raison même de la structure très régressive que révélait l'intensité de ses défenses qui paraissaient être l'objet d'un investissement narcissique massif et désespéré, nous craignions qu'il soit dangereux de les « attaquer » directement. Il nous apparut en effet que toute intervention sur elles était ressentie comme une agression intolérable.

Il ne restait que... d'attendre avec vigilance. Nous l'avons appliquée à essayer de lui rendre explicite l'existence même de ses sentiments agressifs ; cette reconnaissance nous paraissant indispensable pour lever sa profonde résistance à l'engagement de l'analyse. C'est-à-dire que le but restant le même que celui visé par une analyse directe des défenses, exclue ici, nous espérions l'obtenir de manière progressive en travaillant au plus proche de ce qui était mobilisable. Ce ne pouvait être qu'au niveau de son attitude projective qui, nous l'avons vu, échouant à sa fin, libère en fait l'angoisse alors que le processus défensif qu'elle déclenche ne laissera qu'un terrain désinvesti, non réceptif.

C'est donc lorsqu'elle réitère sous forme fragmentaire le premier terme de sa triple demande : « Pourquoi ne me dites-vous rien, ne m'aidez-vous pas ? », que nous lui montrerons progressivement par touches complémentaires :  
 — qu'elle désire être rassurée sur notre intérêt bienveillant à son égard ;  
 — puis, que pourtant, par son silence, elle semble avoir besoin de faire la preuve de notre impossibilité à l'aider ;  
 — enfin, qu'elle tend à nous prêter ce qu'elle ressent elle-même ; c'est-à-dire de forts sentiments agressifs qu'elle ne peut vivre que sous forme de colère dans la mesure où elle a peur de les exprimer calmement.

Nous espérions ainsi interpréter sa défense la plus vivante, la projection, en lui montrant ce dont elle la protège : son agressivité envers moi. Pas plus que notre première tentative d'intervention sur les mécanismes défensifs

« morts », à vrai dire techniquement erronée, nous l'avons vu, cet essai n'atteindra son but : lever la résistance à l'analyse. Il a pu cependant contribuer à permettre à Yerma la continuation de la cure par son unique valeur de gratification narcissique.

### 3. *Variations provoquées du silence*

Si pendant le silence des deux premiers tiers de la séance, nous sollicitons le contact par un « à quoi pensez-vous ? » ou par un « oui » interrogatif, elle répond par une négation, de tonalité plus ou moins agressive, soit sèchement : « Je ne pense à rien » ; ou moins tendue : « Je ne sais pas ce que je pense » ; au mieux : « Les idées passent si vite que je ne peux pas les dire. » Aucune de ces réponses n'est exclusive des autres. Elles peuvent ainsi se succéder en une tirade aussi contradictoire et de même signification défensive que celle que nous venons d'analyser.

### 4. *Les autres conduites de refus*

Parfois ces refus d'associer seront en même temps « agis », ponctués par des mouvements de dénégation de la tête ou coups de pied contre le divan. Ces refus agis peuvent d'ailleurs remplacer la réponse verbale. Les *acting-in* vont rarement jusqu'à jeter les coussins du divan dans la pièce ; assez régulièrement : déchirer la serviette en papier ; enfin habituellement en ce début d'analyse le refus de terminer la séance. Nous y reviendrons.

D'une manière générale, ces *acting-in* paraissent déclenchés par mon silence, ils surviennent lors de séances où je ne suis pas intervenu. Toute intervention, qu'elle consiste en une simple sollicitation de rompre le silence ou d'associer, qu'elle porte sur ses défenses explicites, paraît en effet être ressentie sur un certain plan comme bénéfique : détendue et comme soulagée, malgré son silence (et en partie grâce à lui), Yerma n'aura pas ces agis coléreux d'hostilité. Ces seules interventions semblent lui permettre non seulement de fuir l'expression de son agressivité mais même de ne plus la ressentir.

Ainsi, si le refus de quitter le divan persiste, même lors de ces séances « bénéfiques » (où en quelque sorte j'ai facilité sa fuite dans le silence), ce n'est que sur un mode mineur : elle ne restera qu'une ou deux minutes, toujours silencieuse.

Ainsi se dessine son ambivalence affective que nous analyserons plus tard ; signalons simplement ici que si son refus de terminer, lors des séances de silence complet, semble avoir la valeur d'une assomption de l'agressivité que recouvre son mutisme, la nuance que comporte ce refus après ces séances « bénéfiques », comme l'effet bénéfique lui-même de nos interventions *a minima*, nous dévoile plus précisément l'aspect positif que laissait pressentir la régularité de sa présence aux séances.

Nous nous en tiendrons pour l'instant à son comportement manifeste. Après une séance de silence total de part et d'autre, le refus de terminer est généralement vécu de façon dramatique avec provocation défensive majeure sur le mode de la triple question. Notre première réaction fut d'attendre, debout en silence auprès d'elle, qu'elle se lève : cette attente pouvait durer cinq à dix minutes. Elle réitéra plusieurs fois. Je choisis un de ces refus *a minima*, après une séance « bénéfique », pour intervenir sur ce point en cours de séance,

à l'occasion d'une de ses variations sur l'impossibilité d'associer. Ce choix me parut justifié par la nécessité d'éviter une blessure narcissique. Dans cette perspective, c'est avec un ton d'explication bonhomme que je fais une sorte d'appel au Moi : « Son refus de me quitter, comme d'ailleurs sa présence régulière ici, montre en fait qu'elle est très attachée à sa relation avec moi ; tout se passe comme si par son silence et ses refus elle voulait nier cet attachement. » Cette intervention ne modifia en rien le style de son refus. Lors de la prochaine récurrence de prolongation de séance, je quitte la pièce et la laisse seule. Elle partit très rapidement. Il n'y eut plus de récurrence pendant un mois.

Puis à nouveau elle réitère à l'occasion d'une séance de silence total, résumant cette fois ma précédente réaction sur le mode de la revendication agressive : « Laissez-moi seule, je partirai. »

Ce comportement persistera sans variation notable jusqu'au sixième mois, époque où s'exquise enfin le premier mouvement dans la dynamique de la cure.

## 5

Ainsi nous est-il très vite apparu que, d'une manière persistante, chaque séance présentait le même mouvement défensif, massif et serré : silence, puis agression verbale ou motrice, enfin accusation projective ; ou bien défense *a minima* par le silence puis négation ou isolation-annulation, généralisation. Durant six mois le mouvement de la cure dans la succession des séances est assez comparable. Il conditionne en fait la stéréotypie de chaque séance :

- oubli de ce qu'elle a « dit » ou de mes interventions qu'elle cherche à se remémorer ;
- isolation de l'analyse par rapport à sa vie quotidienne, et par le fait même annulation de la relation analytique (« où en étions-nous à la dernière séance ? »), avec tentative de la situer sur un plan purement intellectuel ;
- une seule absence mais après une séance où elle a particulièrement « senti » mon intervention sur son attitude projective (cette fois-là la dénégation habituelle ne s'était pas manifestée).

Durant cette première période, nos interventions portèrent donc uniquement sur son comportement défensif : cependant par souci de ménager ces défenses de caractère, paraissant très narcissiquement investies, ces interventions restèrent très hésitantes et non systématiques : qu'elles portent d'abord sur les mécanismes les plus « morts », puis sur la projection moins désinvestie, enfin sur les pulsions ainsi défendues : en premier ses sentiments agressifs, violents à mon égard, plus tard son attachement culpabilisé, elles demeuraient tâtonnantes devant ce bloc défensif et manquaient ainsi d'atteindre sa résistance fondamentale à l'analyse qui le conditionnait.

Pourtant, en l'absence d'effet dynamique manifeste, il en résulta une lente prise de conscience, elle-même très protégée, de l'existence et de la mise en jeu de ces mécanismes. S'ils semblent persister identiques à eux-mêmes, en fait dans leur expression, une ébauche de contact se dessine ; fût-ce sous l'apparence d'une provocation.

Ainsi, comme nous venions de lui montrer sa peur de s'engager dans l'analyse, au sixième mois, elle nous demande combien de temps durera le traitement : elle pense « neuf mois ». (L'objet de la demande avait été évidemment explicité lors de l'entretien préliminaire : longueur du traitement à évaluer en années plutôt qu'en mois.) Est-il besoin de préciser qu'elle se garda d'associer sur cette estimation de « neuf mois », et que l'interruption d'un mois de vacances, au cinquième mois de la cure, n'entraîna pas la moindre variation dans le comportement que nous venons de décrire ?

### B) *Dynamique de la cure ; le matériel et les interprétations*

#### I

Nous dégagerons maintenant le matériel « associatif » (dans ce cas il ne peut être ainsi nommé que par euphémisme), tel qu'il a pu filtrer au fil des séances à travers ce comportement défensif serré, bloquant la relation analytique.

Il est évidemment extrêmement rare et clairsemé, bien que chaque fois très évocateur : manifesté de manière fragmentaire, allusive, à travers les termes les plus neutres auxquels s'accrochent encore des lambeaux d'ombre et de silence. Parfois cinq minutes de silence s'écoulaient entre deux enchaînements de phrases dont les mots signifiants sont colmatés, atténués, amortis par des locutions dubitatives ou impersonnelles (« on », « peut-être », « tout le monde est comme ça », « je ne sais pas si je pense que... », « est-il important de dire ce qu'on pense ? », « je pense une chose sans importance... » ou « idiote » ou « bête »).

L'absence d'un discours naturel, d'un flux associatif spontané fait que le matériel est très pris dans la gangue défensive comportementale : gestuelle, motrice et averbale, dont il a peine à se différencier. Ceci rend compte du fait qu'il s'avère essentiellement transférentiel comme le comportement défensif même dont il émerge difficilement ; il serait ainsi très arbitraire d'en différencier un matériel extra-transférentiel.

D'emblée le transfert négatif apparaît tellement massif qu'il englobe et détermine toutes les significations des conduites motrices ou verbales qui ne peuvent se dissocier de ce vécu transférentiel.

Signalons qu'à nos tentatives de la faire associer sur ces bribes de

matériel dont le mode de production s'est déjà appliqué à désamorcer toute charge affective, la malade refuse en les présentant comme sans signification personnelle.

## 2

Un mois après le retour de vacances, au sixième mois de ce silence à peu près continu depuis le début de l'analyse, voici en réponse à une sollicitation d'associer le premier fantasme, exprimé avec une apparente froideur et indifférence, dénigré dans sa résonance affective : « Quelle importance cela peut-il avoir que la moulure du plafond m'évoque des organes sexuels d'homme suspendus ? » — « Quel homme ? » — « Est-ce que je peux savoir... n'importe qui. » Suit un long silence coupé d'un « oui » interrogatif resté sans effet associatif. Étant donné qu'il s'agissait là de son premier essai de communication, rompant avec le mutisme défensif, nous pensâmes souhaitable d'intervenir pour la faire associer, quitte à la gratifier ainsi de notre voix et malgré le plan déjà profond où se situait ce premier fantasme : « Que vous évoque de voir un sexe d'homme dans la situation où vous êtes, seule avec un homme à qui vous n'osez pas parler ? » La forme de notre intervention, éludant le matériel de castration, cherchait donc à évoquer la situation œdipienne sous-jacente qui nous paraissait le conditionner.

Le résultat fut que la patiente se tut durant deux semaines. Ce mutisme fut rarement entrecoupé de brèves ouvertures de notre part, ou d'amorces verbales spontanées, creuses, se refermant aussitôt sur le vide et le silence.

Nous eûmes ainsi le temps d'apprécier le caractère erroné de notre interprétation. Procédant d'une part d'un souci de prudence et d'autre part d'une préoccupation théorique a prioriste (interpréter d'abord sur le plan plus superficiel : « La régression passe par l'Œdipe »), elle se situait en porte-à-faux. En effet, ce mode de début : refus massif d'engagement dans l'analyse dont la signification transférentielle est elle-même très discutable (nous y reviendrons), aurait dû nous indiquer que le vécu œdipien n'était pas au plus près du conscient.

Pour lever l'hypothèque de ce silence auquel notre réserve nous paraissait dès lors contribuer, nous décidons de suivre Yerma sur le plan plus profond (1), mais plus actuel, où la situe son fantasme : son désir de me châtrer (2).

(1) Nous considérons ce plan comme plus profond car l'évocation de notre castration par la malade ne peut manquer d'aviver en même temps son propre sentiment de castration (si les organes sexuels au plafond sont les nôtres, ce sont aussi ceux qui lui manquent et qu'elle désire).

(2) Pour évidente que soit dans ce fantasme la réduction de notre image à l'objet partiel dangereux sur un mode sadique-anal de réjection, l'interprétation de style kleinien qu'elle pouvait solliciter nous parut cependant à éviter du fait de l'organisation particulière du Moi de cette patiente. Nous garderons cette même attitude de prudence devant le matériel très significatif qui va suivre, car en raison de son apparition sur le fond de silence permanent de la relation analytique, son caractère trop évocateur, et l'immédiateté de ses données inconscientes nous paraissent aussi dangereuses à manipuler qu'inutilisables parce que non vécues et désinvesties. Ce n'est qu'après deux ans d'analyse qu'une approche de type kleinien sur ce matériel nous est apparue possible.

« Vous vous taisez depuis que vous avez pu me dire ce que vous avez vu dans les moulures du plafond, mais tout se passe comme si vous aviez eu peur de me dire ce qu'elles vous évoquent par rapport à moi. » Dans un accès de colère et de larmes, elle me crie alors : « Oh oui, quand vous ne dites rien (!), j'ai envie de vous égorger... » « ... C'est horrible, je ne peux tout de même pas vous dire de telles choses (1). » Les larmes apaisées, j'enchaîne sur un ton normatif pour dédramatiser sa culpabilité : « Vous semblez avoir tellement peur de pensées hostiles de ce genre que vous préférez vous taire : ce qui est une façon de vous punir ici de sentiments qui vous semblent horribles. » — « On peut donc dire des choses si monstrueuses qu'on ne devrait pas les penser ? »

Notre intervention devait avoir un effet dynamique appréciable en débloquent partiellement sa résistance à la relation verbale, comme le confirme le matériel apparu au cours du mois (!) suivant. Certes, l'adhésion vraie à l'analyse n'est pas encore assumée. Ce matériel est toujours exprimé de manière très fragmentaire, à distance, morcelé et froid. Mais le fait même de sa production, quoiqu'il soit nié dans sa valeur affective, n'en constitue pas moins le premier mouvement d'approche qui, au sixième mois de la cure, engage la malade dans le traitement, fût-ce encore sur un mode très « défendu ». Là encore nous rapporterons ce matériel en un exposé cohérent et lié : respecter le détail de son mode de production, tel que nous venons de le définir, le rendrait pratiquement incommunicable.

Ainsi à la séance, qui suit notre intervention, elle évoque son premier souvenir d'enfance, un cauchemar de l'endormissement apparu à l'âge de 4-5 ans qui persista jusque dans l'adolescence : l'apparition dans le noir de deux mains d'homme s'approchant de son cou pour l'étrangler. Elle insiste sur le fait qu'il s'agit de son souvenir le plus ancien et sur la permanence de ce cauchemar.

S'il est classique de ne pas intervenir sur le premier matériel fantasmatique apparu dans l'analyse, ceci nous parut d'autant plus justifié ici qu'il s'agissait du premier dégel de sa résistance au traitement, bien que de ce fait la tentation en ait été plus forte. D'ailleurs, sa fin de non-recevoir à une simple invite à associer nous conseillait la réserve pour éviter un prévisible blocage devant toute approche de notre part. Aussi devant le matériel qui suit, nous restâmes silencieux, si ce n'est quelques « oui » encourageants.

Au cours de la séance suivante, elle nous confirme le conflit œdipien que nous avons pressenti et dont nous avons sollicité trop rapidement l'évocation. « Jamais ses parents ne s'occupaient de leur fille ; le père était toujours pris

---

(1) Là encore la malade nous donnait un matériel exemplaire pour une approche kleinienne : il était certes tentant de lui montrer son désir d'appropriation sadique-orale de l'objet partiel positif (bon sein, bon pénis : « pénis-du-père-dans-le-ventre-de-la-mère »). La prudence par égard au Moi de la malade nous fit donc exclure une interprétation à ce niveau profond.

par ses affaires ; la mère n'assistait jamais à son coucher ; une fois pourtant elle lui racontait une histoire pour l'endormir, lorsque son père rentra ; elle interrompit l'histoire et quitta Yerma pour aller à la rencontre du père en promettant de terminer l'histoire, mais elle oublia. »

Après deux séances de silence total : « Est-ce que les rêves ont une importance ? » — « Vous n'osez pas me dire un rêve qui vous gêne ? » — « C'est bête, idiot, ce qu'on rêve ; ça n'a pas de sens. » Après une longue pause, vers la fin de la séance, hâtivement, elle « sortira » le rêve : « Elle va avoir des rapports sexuels avec Philippe (un long flirt d'il y a 4 ans). Soudain les organes sexuels de l'homme deviennent tout petits, il ne peut avoir de rapports. — Un trou dans le souvenir du rêve. — Elle tient une assiette avec des organes sexuels d'homme et la met dans un frigidaire. Brusquement elle a peur : elle craint que sa mère ne voit les organes sexuels si elle ouvre le frigidaire (1). »

Cependant nous n'intervenons pas sur ce rêve pour les raisons déjà dites. De même nous évitons dans l'immédiat d'établir un rapprochement, sur le plan le plus superficiel, entre ce rêve et le fantasme conscient concernant les moulures du plafond, afin de lui montrer que sa culpabilité à l'égard de sa mère à propos de ses relations sexuelles, rendait sans doute compte de la signification de son silence dans sa relation avec nous.

Pourtant, lorsqu'au début de la séance suivante, elle se demande : « Que vous ai-je dit à la dernière séance ? », nous enchaînons par une interprétation partielle ne portant que sur le rêve et renonçant par prudence à lier son silence à cette culpabilité : « Vous avez été gênée de me raconter un rêve où vos rapports sexuels vous semblaient coupables par rapport à votre mère. » Ainsi limitée, notre intervention est très bien tolérée : pas de négation ni les mécanismes défensifs habituels, si ce n'est un long silence... de quelques séances... après lequel elle apportera un relatif afflux de matériel.

Sa mère ne s'occupait pas d'elle enfant. Yerma a l'impression qu'elle n'aimait pas ses filles. Elle évoque ensuite un souvenir plus précis de condamnation

---

(1) Avec ce rêve devenait encore plus précise la tentation d'interpréter directement le contenu prégénital de ce matériel dans une compréhension kleinienne. Et certes dans cette perspective, ce rêve est très démonstratif de la dynamique relationnelle objet partiel-objet total. A travers la conception archaïque du rapport sexuel parental dont il témoigne, il montre que les relations d'échange mère-fille sont vécues comme identiques à la relation père-mère. En deçà des mécanismes de condensation et d'inversion qui interviennent dans la symbolique du frigidaire-ventre de la mère, le rêve illustre bien cette identité de la relation agressive à l'objet partiel positif, dans la double polarité du mouvement sadique oral : incorporation du pénis paternel par la mère, incorporation par la fille du pénis paternel situé dans le ventre de la mère... Ainsi par la figuration onirique du rapport sexuel sur un mode régressif, la patiente réalise la confrontation de sa propre image à celle de sa mère — agresseur de l'objet partiel positif, et par là même elle se rassure sur l'effet agressif de cette représentation de l'objet partiel. Nous pouvons donc retrouver là l'identification narcissique à la mère, l'identification à l'agresseur et la réassurance narcissique contre l'agression de l'objet partiel, caractéristiques de la relation agressive objet partiel-objet total, selon M. Klein.

de son plaisir par la mère. Alors qu'elle aurait dû rentrer à la maison au sortir de l'école, elle va acheter des glaces au kiosque d'un jardin public : depuis très longtemps elle avait désiré faire cela. Elle est alors surprise tandis qu'elle suce sa glace par sa mère en promenade : c'est un véritable drame. La mère est bouleversée : « Tu es un monstre, ma fille. » La seule motivation de ce courroux étant que Yerma soit sortie seule ; elle ignore en effet que c'est avec de l'argent qu'elle lui avait volé que Yerma avait pu acheter la glace.

Aussitôt, dans le même élan, après un très court silence, elle évoque en le niant en tant que tel (« pas important... aucun rapport »), un souvenir-écran de scène primitive.

Dans le parc de son grand-père, il existe une cabane dans une clairière. Elle y jouait souvent avec ses sœurs et ses cousins. Le cousin aîné, grand, fort et brutal, éloigne les petits sous prétexte d'organiser le jeu avec la sœur aînée. Les cadets errent désœuvrés dans la forêt. S'étant « par hasard rapprochée de la cabane — en fait alertée par des cris — elle découvre par la fenêtre sa sœur et son cousin nus, sa sœur couchée pleure et gémit ; le cousin debout gesticule avec violence et semble « gronder » sa sœur ».

Cette séance s'avérait déjà exceptionnelle par la relative facilité associative en comparaison du mutisme habituel. Pourtant elle continua encore spontanément ses associations à propos du rêve. En effet, au cours de la séance suivante, elle revient elle-même à sa relation avec Philippe et les hommes en général.

Il y a 8 ans qu'elle connaît ce garçon. Au début elle avait été très amoureuse de lui, « affectivement et intellectuellement ». Il ne lui plaisait pas particulièrement sur le plan physique. Spontanément elle découvre avec étonnement que ses relations avec les hommes sont de deux types : ou bien elle est séduite physiquement mais n'« aime » pas son partenaire auquel elle se donne cependant ; ou bien elle l'aime « bien qu' » elle n'éprouve pas d'attraction physique.

Après cette constatation, un long silence. « A quoi pense-t-elle ? » — « Rien d'intéressant. » Sous couvert d'inintérêt, elle peut alors évoquer la suite de sa relation avec Philippe qui ne l'aimait pas au début de leur liaison mais était attiré par elle physiquement. Progressivement ce fut l'inverse, il devint réellement amoureux d'elle et voulut l'épouser. Elle refusa parce qu'elle ne l'aimait plus ! Très angoissée et en larmes, elle exprime un regret sous forme dubitative : « Elle a peut-être eu tort, car sans doute l'aimait-elle ; sans doute l'aime-t-elle encore maintenant. » Suivent deux séances de silence de style habituel.

Ma réserve simplement accueillante au cours de ces dernières séances me semblait trouver une nouvelle justification *a posteriori* dans la libération associative qu'elle avait permise. Mais, dès lors que cette dernière paraissait tarie, il était non seulement possible mais utile d'en sortir. Par leur contenu, ces associations confirmaient et rendraient plus prégnante l'interprétation que j'aurais risqué de donner trop tôt après le rêve, lorsque le comportement habituel de Yerma ne permettait guère d'espérer un apport associatif...

Je lui montrais donc que « tout se passait comme si sa culpabilité envers sa mère, dont elle a le sentiment qu'elle lui interdit tout plaisir (le rêve et le sou-

venir du jardin public), la contraignait à se maintenir à distance de l'homme (ne l'aimant jamais au même moment que lui), de même qu'ici elle se maintenait à distance de moi par son silence comme si elle avait peur de prendre du plaisir à me parler, à cause de sa mère ». Cette interprétation se situait à dessein sur le plan strictement œdipien, éludant le matériel plus profond également fourni par ses associations : l'agression sexuelle par l'homme et par la mère, la relation sadique-orale à la mère objet partiel... Il était sans doute discutabile qu'elle souligne, en même temps que sa culpabilité œdipienne, l'érotisation de la parole.

Sa réponse à mon interprétation ne vint qu'après deux séances de silence, sous forme de rêve : « Elle est dans une pièce ressemblant à mon bureau avec un médecin (« mais ce n'est pas votre bureau, mais ce n'est pas vous »). Sa mère entre plusieurs fois dans la pièce en colère. »

Je ne lui montrais pas la confirmation de mon interprétation apportée par le rêve et renforcée encore par son insistance à se défendre qu'il s'agisse de mon bureau et de moi-même. En effet, cette insistance même et les deux séances de silence qui avaient suivi mon intervention, me semblaient indiquer qu'elle avait ressenti comme interdictrice mon évocation de son érotisation de la parole et sans doute le fait même de la mise en évidence de sa culpabilité œdipienne. Je pressentais qu'à cause de mon interprétation et de sa justesse même, par une sorte de transitivity où l'image transférentielle interférait avec le matériel associatif précédent, elle m'identifiait à la mère, au minimum interdictrice et sans doute plus profondément castratrice. D'ailleurs, ce furent trois autres séances de silence. Ainsi, si mon interprétation de sa culpabilité œdipienne, se référant à l'identification à l'image paternelle que je représentais dans le transfert, mobilisait un certain matériel qui en montrait la justesse, elle ne parvenait pas à modifier profondément la dynamique de l'analyse, c'est-à-dire : sa résistance fondamentale à la cure. Il m'apparaissait de plus en plus évident que la raison de cette stagnation résidait dans l'ambivalence de sa position transférentielle : sa composante positive, le timide mouvement d'approche vers l'image paternelle, étant bloquée par la relation massivement négative avec l'image maternelle rejetante. Si en fait, ce blocage des positions transférentielles apparaissait également surdéterminé :

- d'une part, par sa peur de la castration par l'homme (comme permettrait de l'inférer le souvenir-écran de la scène primitive : l'agression sexuelle de son cousin sur sa sœur aînée) ;
- d'autre part, par la peur de son désir vengeur de castration de l'homme (le rêve du frigidaire) ;
- enfin, par celle plus actuelle de la castration par la mère (l'ensemble du matériel se rapportant à cette dernière le manifeste à l'évidence) ;

— et surtout, d'un point de vue kleinien, par la relation agressive angoissante avec sa mère-objet partiel : l'objet dangereux étant le pénis du père incorporé (rêve du frigidaire, souvenir de la glace interdite),

il ne me semblait guère souhaitable, à ce stade, d'aborder d'emblée d'une manière précise, ces aspects trop profonds de son transfert négatif. Les trois nouvelles séances de silence, identiques aux premières dans leur vécu, malgré la récente mobilisation de matériel œdipien, me confirmaient dans mon opinion. J'intervins alors dans ce sens :

Quand je vous montre que vous vous sentez coupable à l'égard de votre mère du plaisir d'être avec moi (j'élude ainsi l'érotisation de la parole), tout se passe comme si vous me ressentiez aussi comme votre mère même, vous interdisant ce plaisir.

Cette interprétation me paraît situer le moment décisif de cette analyse : le virage à partir duquel sera levée sa résistance fondamentale à l'analyse. En effet, au cours du mois suivant, un mouvement saisissant se dessine. C'est d'abord la confirmation de l'image maternelle dangereuse sous forme de rêve.

Elle est seule avec sa mère dans une grande maison qui ressemble à celle de son enfance. Un danger imprécis les menace. Sa mère lui demande de sauter par la fenêtre pour ouvrir la porte de l'extérieur. Elle s'exécute ; elle est alors assaillie par leur chien policier qui lui déchire le visage ».

Le deuxième rêve à la séance suivante : « Elle et sa sœur cadette accompagnent sur le perron (de la même maison) leur mère qui part en voyage : sa sœur tombe, la mère la relève et la malade constate avec horreur que sa sœur est amputée d'un bras. »

Enfin, à la séance suivante, un rêve d'agression homosexuelle : « Elle est seule dans son lit. Soudain elle découvre une vieille femme couchée près d'elle qui tente de la masturber. »

Certes, ce n'est encore que sur le mode du « contact onirique » qu'elle peut seulement se permettre son approche et l'intégration de mon interprétation. Cependant, le ton est différent et c'est elle-même qui établit la relation entre cette fantasmatisation de la mère agressive et mon interprétation.

Suivent quelques séances de silence, mais le style en est différent. Ce n'est plus le mutisme agressif, projectif et revendicateur. En effet, il s'agit maintenant d'un silence plus souple dans son vécu où l'anxiété est plus mobile. Ainsi, elle l'interrompt souvent spontanément, non plus pour m'agresser, mais pour se demander elle-même la signification de ce silence et m'assurer qu'elle en souffre. « Je me tais sans doute parce que j'ai peur de ce que je vous ai dit... de ces rêves sur ma mère... c'est difficile et pénible d'exprimer de telles pensées. » Elle pense que je comprends cela et me remercie de ma « patience » !

Bien évidemment cette même conduite de silence n'était plus l'expression d'une résistance à l'analyse, mais représentait une défense plus souple et mobilisable sur laquelle nous pouvions alors intervenir sans risque de blessure narcissique. D'abord pour confirmer simplement l'interprétation qu'elle en donnait elle-même, puis pour révoquer, en termes dynamiques, en rappelant notre interprétation : la nature de sa peur.

Au dixième mois d'analyse, son comportement défensif essentiel, le silence, nous apparaissait en quelque sorte « domestiqué ». Cette modification du vécu analytique, parallèlement à la mobilisation des fantasmes sur la mère dangereuse, quoique seulement onirique, ne fut pas le seul résultat de notre interprétation sur l'aspect négatif de son transfert ambivalent. Il nous apparut très rapidement que cette ambivalence avait elle-même disparu du champ transférentiel et que nous entrions dans la « lune de miel » analytique, comme son attitude critique à l'égard de son silence et de « gratitude » envers notre « patience » le laissaient pressentir. En effet, les jours suivants, elle nous apporte un matériel homogène sur la relation œdipienne culpabilisée avec l'image paternelle et, fait notable, non plus seulement sous forme onirique, mais aussi par l'évocation directe de souvenirs.

Par une progression remarquable, ce mouvement positif culminera dans l'expression transférentielle du conflit œdipien manifestée par un rêve transparent.

Ainsi elle évoque d'abord un souvenir de l'âge de 9 ans où est préfigurée la forme de ses approches sexuelles futures : « Dans le parc de son grand-père paternel : une allée solitaire. Elle s'y promène avec un gentil cousin qui la transporte sur le cadre de sa bicyclette ; triste et chagrine, elle pleure. Pour la consoler le cousin l'embrasse chastement et tendrement. Cela se reproduisit assez souvent au point que cet endroit devint l'« allée des baisers ». Elle constate qu'à cette époque elle devenait plus souvent triste et chagrine avec ce cousin, et s'amuse de l'artifice. »

Elle sera plus anxieuse lorsqu'en relation avec ce souvenir elle rapporte un moment très pénible de sa maladie à l'âge de 20 ans : « Elle avait peur de la mort, y pensait souvent. Un jour, au cours d'une angoisse plus forte, elle appelle son père ; elle veut voir son père avant de mourir. » Elle en garde encore un vif étonnement car « la relation avec son père avait toujours été très distante et froide... ».

Je lui montrai que tout se passait comme si elle ne pouvait réaliser son désir de se rapprocher de son père qu'à condition d'être malade et d'avoir peur de mourir. « C'est vrai », répond-elle, « au fond de moi je savais que je ne mourrais pas ».

Et le soir de cette séance, elle fait un rêve de « baignade » avec son père. « Dans une rivière : une eau limpide et douce. Ils nagent côte à côte ; son père lui donne la main et soudain elle se sent prise dans un tourbillon d'eau visqueuse et noirâtre. Son père est soudain très éloigné ; il s'efforce de se rapprocher pour

tenter de la sauver. » Le rêve reste imprécis sur la réalité du sauvetage. Cette question trouve sa réponse à la séance suivante dans sa position transférentielle qu'exprime très clairement un nouveau rêve :

« Je suis avec vous dans votre bureau comme pour une séance. Vous me demandez de me déshabiller car vous me dites que pour me guérir il est indispensable que vous ayez un rapport sexuel avec moi. J'exprime ma crainte que votre femme ne soit pas d'accord. Vous répondez qu'elle sait que ce rapport sexuel n'a pas d'importance puisque c'est un acte de médecin qui guérit sa malade. »

Il nous était ainsi aisé de lui montrer la reprise transférentielle de la relation œdipienne exprimée dans le matériel précédent, sans en aborder encore ici la signification profonde (relation à l'objet partiel).

Dès lors, après une année d'« approche », la cure engagée dans l'analyse de ses positions œdipiennes ne pose plus de problèmes techniques particuliers. Nous ne poursuivrons donc pas l'étude du déroulement ultérieur de cette analyse, notre propos ayant été de préciser les difficiles problèmes posés à l'engagement de la relation analytique, par la résistance obstinée par le silence.

Il nous paraît cependant nécessaire pour permettre de situer dans la marche générale du traitement la période d'analyse qui a fait l'objet de ce travail, de compléter la présentation du cas, en résumant très brièvement les grandes lignes de l'évolution de la cure au cours des 18 mois qui suivirent.

### III. — BREF APERÇU SUR L'ÉVOLUTION ULTÉRIEURE DE LA CURE

L'étude approfondie du développement de la cure devrait distinguer trois périodes en fonction des deux critères de l'évolution transférentielle et de l'analyse des positions pulsionnelles :

1. Phase de transfert positif (analyse de la relation œdipienne), déjà abordée à la fin de la période précédemment étudiée et qui s'étend à peu près sur les huit mois suivants ;
2. Phase d'oscillations transférentielles (analyse des positions phalliques-négation de la castration) ;
3. Les quatre derniers mois : période actuelle de transfert maternel à prédominance positive (analyse des relations objectales primitives : objet partiel, objet total).

Nous insisterons davantage sur cette dernière phase au cours de laquelle a pu être abordée en profondeur l'analyse des positions pulsionnelles centrales (érotisme anal, érotisme oral). Si l'on pouvait considérer que le « programme de cette analyse » nous était annoncé dès les premiers fantasmes et rêves (moules du plafond, rêve du frigidaire, souvenir de la glace interdite), il apparaît donc que ce n'est qu'après deux ans de cure qu'il nous a été donné de l'entreprendre au fond.

1. C'est donc d'abord la continuation de l'analyse de ses positions œdipiennes à laquelle nous a mené le développement transférentiel ci-dessus exposé. La relation positive à l'image paternelle est celle vécue dans le transfert, mais sur un mode très léger sans actualisations dramatiques comparables à celles qu'avait provoqué la précédente relation transférentielle négative à l'image

maternelle (nous allons voir qu'ici au contraire elle agit au-dehors cette actualisation par latéralisation transférentielle).

Au cours de cette période, il sera très peu question de ses relations avec sa mère ; par contre est surtout évoqué le matériel concernant son père et dont nous ferons état dans l'anamnèse. A travers l'éprouvé transférentiel, sont valorisés la « patience » du père, le plaisir de la malade à sa conversation, sa culture, son intelligence... Autant d'attraits interdits parce que culpabilisés à l'égard de la mère. L'analyse de l'interdiction œdipienne maternelle s'ouvre progressivement sur la profonde identification à la mère. C'est avec une angoisse profondément vécue dans un *insight* à nouveau dramatique qu'elle se réalise « comme une copie » de sa mère : socialement (son style mondain), professionnellement (la mère tient en fait le secrétariat du père), sur le plan religieux (comme sa mère elle est peu pratiquante, à la différence du père), enfin leur sexualité (frigidité). Elle recula quelque temps la prise de conscience de cette évidence, grâce à la poursuite d'un *acting-out* réalisant une translation transférentielle évidente (aventure amoureuse avec un homme de vingt-deux ans son aîné, père de deux filles de son âge, et dont les qualités sont en miroir celles qu'elle me prête à l'image du père) ; l'élaboration interprétative permit l'émergence du souhait que nous lui interdisions cette relation amoureuse ; souhait formulé par surprise et par là d'un heureux effet dynamique sur la levée de sa résistance par le transfert latéral et l'intégration de ses relations œdipiennes (fidélité à l'image paternelle et identification à la mère : double valence transférentielle que son souhait conférait d'ailleurs à mon image).

2. Ainsi réapparaissait à nouveau manifestement l'ambivalence transférentielle qui se précisera dans la phase suivante sur un mode bien différent de celui qui a fait l'objet même de notre travail. Nous assistons maintenant à une sorte de bi-partition du transfert, soit un étalement dans le temps de l'ambivalence transférentielle : les vécus transférentiels contraires étant actualisés successivement dans un mouvement oscillant et non plus concomitamment comme au début de l'analyse, d'où une relation analytique beaucoup plus souple sans dramatisation paroxystique. Dans la dynamique de ces oscillations, la relation transférentielle positive à l'image paternelle apparaît chaque fois comme une bouée : le tremplin permettant à la malade de faire surface après, et avant de réaborder l'angoissante plongée dans la relation transférentielle négative à la mère. Ce dernier aspect du transfert, réintroduit dans le champ analytique par la reconnaissance de son identification à la mère phallique, oriente en effet l'analyse sur l'interprétation de sa négation de la castration et de sa revendication virile. Notre travail interprétatif s'appuie ici sur un matériel extrêmement abondant (sentiment de bien-être en période de guerre où elle soignerait des hommes blessés, son identification onirique au dentiste-analyste qui m'arrache « deux dents de devant » ; rêve où elle se refuse à l'homme en sueur pour « copuler » ensuite devant lui avec une énorme corbeille vide, etc.). Par ailleurs, à la lumière de ce matériel nouveau, nous avons alors pu utiliser celui fourni par les fantasmes et rêves, notamment celui du frigidaire, du début de l'analyse.

Le moment le plus intensément vécu de cette phase sera celui sur lequel elle débouche naturellement : l'analyse de ses positions homosexuelles. Ce matériel déjà évoqué au début de l'analyse est ici encore surabondant ; mais nous ne pouvons alourdir par trop cet exposé. Signalons cependant : sa peur intense « d'être homosexuelle », c'est-à-dire en fait l'intolérance à la position passive ; de même son extrême angoisse lorsqu'elle évoque sa répugnance à la pénétration anale. Uniformément dans le matériel apporté, elle assume régulièrement le rôle actif, en même temps que progressivement dans le

transfert se stabilise l'image maternelle positive en tant qu'objet sexuel passif.

3. C'est alors qu'au décours du récit d'un rêve qui avive particulièrement sa peur de l'homosexualité passive, elle « retrouve » brusquement, comme souvenir de l'âge de 4-5 ans, ce qu'elle appelle elle-même son « explication enfantine de la sexualité », élaborée en commun avec deux autres petites filles. « J'imaginai alors les rapports sexuels entre l'homme et la femme comme l'acte de ma mère ou de ma nurse m'administrant un suppositoire. » L'appropriation anale du phallus nécessitait une explication sur la possibilité de renouvellement de l'acte. Elle l'avait résolue par l'hypothèse d'une origine digestive : les pénis multiples de la mère phallique provenant de l'absorption de certains mets sucrés. Et le soir de cette séance elle fait le rêve suivant : « Elle porte une très jolie robe blanche pour aller à un bal. Pour y accéder elle doit traverser une grande église dans laquelle se trouve sa mère tenant un buffet et qui lui conseille de prendre quelques pâtisseries et bonbons. Ensuite, toujours dans l'église, elle danse avec un inconnu qui lui caresse les seins : elle éprouve un plaisir intense, « une émotion jamais ressentie », nuancée du regret d'avoir de trop petits seins (signalons que sa mère a une forte poitrine) ; cependant, elle se laisse aller au plaisir et à l'arrière-plan du partenaire, « peut-être est-ce lui-même qui se transforme en « femme ? », apparaît Marilyn Monroe dont la malade contemple l'opulente poitrine avec un plaisir « insupportable » : un orgasme la réveille. »

Nous ne saurions rapporter dans le cadre que nous avons fixé à cet exposé, le travail analytique effectué au cours du mouvement de la cure que l'apport de ce riche matériel a permis : il recouvre en effet les quatre derniers mois de l'analyse et justifierait sans doute à lui seul un mémoire axé sur la relation objet partiel-objet total de notre patiente. Nous ne pouvons donc que schématiser en quelques traits et dans une formulation théorique (aussi bien n'y reviendrons-nous pas) ce que nous avons pu lui montrer de ses positions pulsionnelles anales et orales :

- Réduction de l'homme au sexe incorporé :
  - par voie orale par la mère (bon objet pour la mère) ;
  - par voie anale, sur le mode d'une castration par elle-même (mauvais objet pour elle).
- Fuite de cette castration anale que représente l'hétérosexualité — dans la relation homosexuelle à la recherche du pénis — bon objet incorporé par la mère.
- Annulation de l'agression sur la mère — objet partiel (que constitue la captation de son phallus — bon sein) :
  - par l'inversion de son désir d'incorporation orale du bon objet en crainte de castration anale par le mauvais objet ;
  - par l'inversion de la castration de la mère en don consenti par la mère ;
  - par la transformation de l'objet dangereux (phallus castrateur) en bon objet (sein désirable) ;
  - de même en conférant au pénis (mauvais objet) une valeur bénéfique, médicamenteuse (suppositoire). Cela donnait une signification plus précise :
    - au désir de rapports sexuels thérapeutiques avec moi, rapports également consentis parce que thérapeutiques par ma femme (rêve précédemment rapporté) ;
    - et d'une manière générale à ma « parole » — objet oral :
      - rejetée comme agressive dans sa signification sexuelle de viol castrateur ;

— désirée cependant en tant que bon objet (remède-bon sein) : telle qu'elle est pleinement ressentie dans la phase actuelle de l'analyse.

Nous en sommes là de notre travail analytique : le matériel fourni en réponse à nos interprétations montre qu'elles sont intégrées.

Si cette analyse de début très difficile nous paraît actuellement bien engagée et d'un bon pronostic, nous ne la considérons évidemment pas comme à terminer dans l'immédiat.

Si la patiente connaît maintenant son « métier d'analysée » (1), comme en témoigne la disparition de la résistance par le silence, sa collaboration associative, et la relation analytique beaucoup plus souple, elle a peu tendance à faire « le travail » seule, spontanément.

Elle se sent généralement mieux à l'extérieur, avec cependant des phases dépressives (sentiment de perte d'objet en relation directe avec le stade actuel de l'analyse, mais indiquant une forte résistance au désinvestissement de l'objet partiel). C'est-à-dire que l'analyse de sa position homosexuelle phallique est encore insuffisante. Nous espérons pouvoir la compléter bientôt car se dessine actuellement une reprise de l'analyse de l'Œdipe à la lumière des positions pulsionnelles pré-génitales dont nous venons de faire état.

Ce nouveau tournant dans la dynamique de la cure nous paraît d'autant plus à favoriser qu'il offre la possibilité de dépasser l'un des dangers de l'évolution transférentielle actuelle : la fixation d'une névrose de transfert au niveau de régression orale récemment atteint, du fait des bénéfiques secondaires manifestes de la relation au bon sein que représente en ce moment à l'évidence notre verbe — objet oral surinvesti.

#### IV. — ESQUISSE ANAMNESTIQUE

Au terme de l'exposé clinique de ce fragment d'analyse d'un silence, nous pouvons maintenant, sans déroger à notre méthode, compléter la présentation de la personnalité de Yerma par un rapide aperçu anamnestique. Ce complément nous paraît nécessaire du fait du peu de renseignements biographiques recueillis durant la période de l'analyse dont nous traitons.

L'artifice de cette présentation sera moins gênant ici qu'il ne l'aurait été avant l'exposé clinique. Nous utiliserons en partie le matériel extra-transférentiel fourni bien plus tard en cours d'analyse. C'est dire donc que l'artifice demeure, dans la mesure où matériel transférentiel et extra-transférentiel sont, dans ce cas de résistance obstinée par le silence, encore plus étroitement intriqués que d'habitude. Nous pensons cependant que la mise en place dans l'exposé clinique du

---

(1) Cette notion est certes discutable : s'il faut apprendre au malade « son métier » pour que la cure soit possible, ce cas nous montre qu'il ne peut l'apprendre que s'il a dépassé certaines positions qui l'empêchaient précisément d'obéir à la règle d'association, suffisamment pour le rendre analysable.

matériel qui concerne cette première année d'analyse, aura pallié en partie à cet artifice, qu'exige la clarté de l'exposé.

Yerma est la seconde des trois filles d'une famille de riches bourgeois lyonnais. Entre Anne l'aînée et Marie la cadette, elle se situe elle-même comme le canard élevé parmi les poussins : elle en veut pour preuve son prénom peu usuel, anachronique, dit-elle, en comparaison de ceux de ses sœurs. « D'ailleurs elles sont jolies et elle a toujours été laide. »

Enfin, sinon la mère trop absente, du moins sa nurse lui affirmait à 4-5 ans qu'elle aurait dû être un garçon ; qu'en tout cas sa laideur et son mauvais caractère en faisaient un garçon manqué.

De fait, Yerma a été élevée à distance de ses parents : pendant sa première enfance, vivant avec ses sœurs chez ses grands-parents maternels, dans un domaine de la campagne lyonnaise, elle ne voyait ses parents qu'« en visite », les dimanches. Ils reprirent leurs filles « l'élevage » terminé. Les relations avec les parents n'en deviendront pas plus étroites. Très occupés professionnellement et par leur vie mondaine, ils voient peu les enfants confiés aux bonnes. Nous ne pouvons préciser s'il y eut une ou plusieurs nurses : l'image dominante est celle de la nurse préférant les autres filles à Yerma, déjà évoquée et à laquelle se confond celle de la mère présentée comme rejetante sur fond d'indifférence. Elle ne garde par ailleurs de sa présence que les souvenirs de départs et d'arrivées, rapidement suivis d'abandons : le cauchemar d'une quête jamais assouvie.

Le père apparaît comme un homme « très important », très pris par ses affaires, rarement à la maison mais polarisant l'intérêt de tous lorsqu'il s'y trouve. Intelligent, brillant, cultivé, passionné de musique et de peinture, mais sans contact avec les enfants qui l'indiffèrent et qu'il ignore.

Nous ne rapporterons évidemment pas ici les nuances affectives qui précisent les relations particulières avec chacun des parents. De toute façon, elles ne démentissent jamais ces sentiments de manque, ce vécu de frustration affective massive dans une ambiance de luxe, que Yerma garde de son enfance et qu'elle exprime à travers ces portraits caricaturaux. Toutes ses évocations y restent fidèles, elle ne pourra y apporter que des retouches de détail.

De sa *scolarité* nous ne savons quasiment rien ; elle se dépeint comme un cancre paisible dont le refus scolaire persévéra ; il ne semble pas qu'elle ait obtenu le baccalauréat, sans que nous puissions l'affirmer. Pas d'études universitaires ; mais à partir de 20 ans, apparition d'une motivation intellectuelle assumée et orientée sur un plan très pragmatique avec efficacité relative, nous l'avons vu.

Par ailleurs, elle reçut l'éducation religieuse d'une famille catholique pratiquant à la française, mais très respectueuse des principes. Elle ne semble pas avoir eu de problèmes critiques sur ce plan.

De fait, sa réserve dans le domaine religieux ne paraît pas aussi conflictuelle que celle recouvrant sa *vie sexuelle*. Elle fera longtemps le grand silence sur sa découverte de la sexualité et ses premiers émois. Vide qu'elle justifie comme évidence, par la reconnaissance facile d'une frigidité de toujours. Effrayée par l'apparition de désirs de masturbation en cours d'analyse, elle fera alors l'« aveu » très culpabilisé de ne s'être masturbée qu'une fois dans sa vie, « aux alentours de 20 ans ».

Ses relations hétérosexuelles sont récentes « depuis 3 ou 4 ans ». Elle souffre beaucoup de ne pouvoir aimer le même homme à la fois physiquement et sentimentalement. Nous avons vu qu'elle distingue deux types d'hommes : selon qu'ils provoquent un attrait physique ou un attrait affectif. Pour un seul où la relation fut plus durable, les deux attrait existèrent mais successivement.

L'attitude du partenaire n'est pas indifférente à sa réponse : quand lui l'aimait au début elle n'éprouvait qu'un attrait physique ; ce fut l'inverse par la suite quand l'ami fut las d'attendre. Elle a constaté elle-même cette alternance qui mène à l'échec, toute ébauche de liaison.

*Sa vie sociale* donne un reflet plus terne de cette fragmentation des contacts affectifs. On y pressent un conflit tout aussi réel, mais moins intensément vécu, atténué par une affectation d'indifférence. Ses relations superficielles avec de nombreux amis de milieu artiste, ou de style Marie-Chantal, sur le mode des « surprises-party » ou des vernissages d'expositions de peinture, ne réussissent cependant pas à masquer son sentiment de solitude. De fait, Yerma ne se sent bien dans les contacts sociaux qu'à son travail. Très appréciée pour sa compétence, elle y est bien plus à l'aise avec ses nombreux sous-ordres avec lesquels elle peut se montrer très donnante quel qu'en soit le sexe, qu'à l'égard des rares supérieurs de sexe masculin le plus souvent dévalorisés à ses yeux par leur incurie et leur incompetence.

## V. — LE CONTRE-TRANSFERT

Comment notre interprétation explicitant l'ambivalence du transfert, par la mise en évidence de son aspect négatif à travers l'image maternelle agressive, put-elle avoir cet effet dynamique décisif à ce moment précis ? Répondre que c'est parce qu'évidemment elle était juste..., éluderait le problème qui nous paraît essentiel : celui de son élaboration qui fut sans doute capitale pour l'heureuse évolution du traitement.

Reconnaissons d'abord que jusqu'alors nous avons considéré la conduite de refus de la malade, du fait de son caractère d'opposition massive (outre le silence, ses « agis » en séance) comme un comportement d'allure psychotique dont le donné immédiat, dès la première séance (et rétrospectivement dès l'entretien préliminaire), attestait, nous semblait-il, la signification d'un style de relation objectale très régressif et non transférentiel.

Nous avons déjà signalé le caractère tâtonnant de nos interventions sur les mécanismes défensifs, dans une première phase de l'analyse. Leur seule justification était d'essayer de lever la résistance à l'engagement dans le traitement. Elles ne pouvaient cependant que manquer ce but dans la mesure où, excluant la méthode de Reich, nous « choisissons » une technique d'usure progressive. En effet, justifier par l'importance de l'investissement narcissique des défenses, notre élimination d'une éventuelle analyse serrée de ces dernières, et pourtant décider de les « attaquer » progressivement, recelait une contradiction qui explique le développement tâtonnant et hésitant de notre technique d'intervention à ce stade. Celui-ci évoquait donc en fait un compromis entre notre intolérance non explicitée à la résistance de la malade et la peur de lui nuire.

Nous avons vu par ailleurs que notre première interprétation tendant à « solliciter », prématurément, la mise en évidence du transfert d'émois œdipiens, se situait en porte-à-faux du fait du mélange d'un souci technique de prudence et d'une préoccupation théorique a prioriste de planification de la cure. Compromis de signification comparable au précédent. Il explique notre tendance durable à la seule interprétation de la culpabilité œdipienne, parallèle à notre difficulté à percevoir l'ambivalence du transfert. Du fait de la conduite de silence de la malade, et de la confirmation que le rare matériel fourni appor-

tait sur un plan théorique à nos interprétations partielles, l'explicitation de ce « compromis » n'était guère facilitée. Cependant le contraste entre leur justesse théorique et leur inefficacité sur le plan dynamique nous posait le problème de notre compréhension du cas et, partant, de notre position contre-transférentielle.

Alors que très rapidement après quelques séances où le silence de la malade s'avérait devoir être son style relationnel, notre position contre-transférentielle nous était précisément manifeste, il n'en fut pas de même de notre réaction contre-transférentielle inhérente au vécu de cette relation analytique particulièrement éprouvante.

Le retard de cette explicitation nous semble tenir au fait que si, comme l'enseigne Nacht, à l'attitude « paranoïaque » du psychanalyste au seuil de ses interprétations, doit correspondre l'attitude « auto-accusatrice » dans l'analyse de son contre-transfert, cette dernière était ici d'autant moins facilement sollicitée que la projection et l'identification massives de la malade ne pouvaient éveiller plus immédiatement que des contre-résistances de même type de notre part.

Nous analyserons donc successivement notre position contre-transférentielle initiale puis notre réaction contre-transférentielle circonstanciée par le développement du début de la cure.

#### A) *Position contre-transférentielle initiale*

Dès les premières séances, le comportement de Yerma dans la situation analytique, son mode d'être silencieux, nous montraient à l'évidence qu'il s'agissait d'un « cas difficile ». C'est-à-dire que nous étions amenés à mettre en question notre attitude dans l'engagement de la cure, déjà dans la façon dont nous avons pesé l'indication.

Ainsi il apparaissait que puisque nous avons décidé le recours à l'entretien préliminaire, nous n'aurions pas dû nous limiter à un seul. Certes, même après plusieurs entretiens, il eût été « malaisé » d'infirmier l'indication d'analyse posée par un Maître... Mais cet entretien unique — tranche de contact isolé dans le temps — ne nous avait permis qu'un aperçu très limité du cas. Cette perspective « structurale », certes homogène, n'était uniquement définie et valable que pour cette rencontre donnée, alors que plusieurs entretiens en auraient rectifié les limites et montré la relativité. Notre erreur fut de nous en satisfaire, de la considérer comme suffisante et de n'évaluer sa relativité que d'une manière approximative, réduite à la faible marge ouverte par la perspective limitée d'un seul entretien. Certes, on pouvait entreprendre l'analyse sans entretien préliminaire mais, puisque telle n'était pas notre pratique, nous n'aurions pas dû nous en tenir à cet aperçu faussé par sa limitation.

Nous pensons donc que plusieurs entretiens nous auraient permis de mieux pressentir l'organisation prégénitale (par la confirmation de

l'attitude régressive massive, de l'interdiction rigoureuse des pulsions orales, de la force et de la ténacité des défenses de contact). Ils auraient corrigé l'optimisme de notre appréciation de « structure génitale » portée sur cette seule rencontre sommaire avec cette névrose « hystéro-dépressive ». Il ne s'agit pas là d'une préoccupation intellectuelle, mais, nous semble-t-il, d'une condition nécessaire à la prévention des facteurs facilitant la position contre-transférentielle.

En effet, par cet approfondissement de la structure du cas et l'appréciation préalable de la difficulté dès lors prévisible de la cure, nous aurions évité cette première réaction d'auto-accusation dont nous venons de faire état, peu confortable dans la période d'engagement de l'analyse. Si, en effet, l'attitude d'auto-accusation peut être un instrument technique d'analyse du contre-transfert, elle perd cette valeur à surgir sur un mode réactionnel. D'autant que le « procédé d'aménagement » destiné à alléger ce malaise était trop immédiatement évident et grossier pour être tant soit peu efficace. Il était ainsi trop facile, dans un premier mouvement, de projeter l'accusation sur l'analyste qui nous adressait la patiente : « Ce n'est pas une indication d'analyse mais de psychothérapie. » Accusation atténuée dans un deuxième mouvement d'hésitation : « Elle est sans doute analysable, mais trop difficile » ; enfin rectifiée et annulée par un rétablissement plus objectif, fût-ce au bénéfice d'une gratification narcissique, en acceptant comme réalisable ce qui nous était confié comme possible.

Dès lors, conscient du caractère particulièrement ardu de notre tâche comme de la surdétermination créée par la « difficulté technique à dépasser » (intérêt scientifique du cas !), et enfin de notre assurance même quant à la possibilité de la résoudre, nous pouvions aborder ce silence de manière plus détendue et plus souple.

Nous y aidâ également notre conviction que, face au silence, « le silence de l'analyste appelle l'inconscient » en mobilisant l'angoisse du patient. Bien évidemment ici, étant donnée la rigueur du silence auquel notre propre instrument technique avait à faire face, ce dernier nous semblait devoir être tempéré par une attitude de dosage *in situ*. C'est-à-dire doser notre présence verbale selon l'appréciation du risque de rupture, en visant à rendre l'angoisse mobilisable, entre les deux pôles du tolérable pour la malade et de l'utile sur le plan technique.

La sublimation par laquelle nous avons dépassé notre position contre-transférentielle initiale, n'était guère conciliable avec une trop stricte référence à l'adage de Nacht : « Il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus. »

### B) Réactions contre-transférentielles

Nous avons montré le style de nos interventions et de nos interprétations en insistant sur le niveau auquel nous les situions ; nous avons souligné le caractère désajusté de certaines, en essayant de dégager les erreurs d'appréciation sur la dynamique de la cure qu'elles nous paraissaient impliquer. Celles-ci posaient la question d'une méconnaissance partielle de la position transférentielle de la patiente. Ce problème, dès lors que notre position contre-transférentielle initiale avait été dès le départ analysée et, pensions-nous, dépassée, nous renvoyait aux réactions contre-transférentielles développées par la suite en raison de la dynamique particulière à cette cure.

1) Il en est déjà une immédiatement apparente dans le mode de sublimation par lequel nous dépassions la position contre-transférentielle initiale. Justifier la possibilité de la cure et nous engager à « tenir » devant cette résistance massive, assumée comme un refus, par une motivation d'intérêt scientifique, c'était à vrai dire décider en quelque sorte de faire « malgré tout » de cette « appelée une élue ». C'est-à-dire poser comme déterminante notre volonté de « la guérir » (au sens de « bien l'analyser ») : soit nous placer d'emblée dans une position maternelle de « bonne mère ». En fait, il s'agissait là d'une position transférentielle de notre part dans la mesure où la patiente était prise comme objet : « enfant d'élection à aimer ».

2) Une autre réaction contre-transférentielle nous a semblé se manifester dans notre maniement de la technique de dosage destinée à nous permettre un contrôle dynamique de son angoisse. Si ce dosage a été relativement souple en ce qui concerne les interventions verbales, il nous apparut qu'il l'était moins dans les manifestations de notre présence réelle. Ainsi (lorsque la patiente prolonge le temps de sa séance en restant allongée et parle à ce moment-là, alors qu'elle est restée silencieuse pendant la séance), il est une de nos « réponses » qui aussitôt que manifestée s'avérait discutable : celle qui consista à quitter la pièce et à laisser la malade seule. Si aujourd'hui, après deux ans d'analyse, la structure s'étant révélée moins massivement régressive que nous l'estimions alors, cette « sortie » nous apparaît *a posteriori* techniquement justifiée, il n'en fut pas de même lors de cette critique de notre contre-transfert. Cette critique reste en fait valable, en raison de la position transférentielle qui était alors celle de la malade.

En effet, par cette « sortie », nous avons enfin assouvi sa demande

fantasmatique d' « abandon » : elle ne pouvait manquer de ressentir celui-ci comme agressif et d'y trouver la preuve de notre identification à la mère frustrante, rejetante. Or c'est précisément l'identification qu'inconsciemment nous refusions à cette époque. Si nous l'avions assumée, notre réaction (mais eût-elle été encore nécessaire ?), ne témoignant plus de notre gêne au rôle de mauvaise mère, aurait pu avoir de ce fait même un effet dynamique positif... Il est vrai que si nous avions accepté cette identification au cours des séances précédentes, cet effet dynamique aurait peut-être permis à la malade de dépasser son besoin de telles provocations, comme cela s'est confirmé par la suite. Bien que le rôle du temps dans cette re-structuration ne doive pas être négligé.

3) Nous poser comme « bonne-mère », nous entraînait à refuser l'identification à la mère persécutrice, opérée par la patiente. Notre position était en fait réactionnelle à cette projection de la malade. Le malaise de notre agressivité à l'égard de l'image de la « mauvaise mère » nous poussait d'une part à refuser cette identification et, à l'inverse, à nous identifier à la malade contre la vraie mère devenue pour nous aussi réellement « mauvaise mère ». En même temps, dans notre position de bonne mère, prendre la malade comme objet transférentiel, « enfant à aimer », consistait en fait à projeter sur elle en l'inversant, l'image de la mauvaise mère qui ne pouvait plus alors être reconnue comme telle et disparaissait ainsi complètement du champ relationnel : la patiente devenant en quelque sorte l'objet de notre agression.

A la projection et à l'identification massives de la malade répondaient donc des contre-résistances du même type de notre part. Aussi notre « sortie », comme notre méconnaissance de l'image que nous représentions dans le transfert, témoignaient-elles évidemment de cette agressivité camouflée.

4) Rapidement d'ailleurs nous était apparu que l'attitude de la malade à l'égard de la parole, surtout son agitation devant le silence total, sollicitait de notre part une contre-attitude d'aspect oral. Dans la mesure où il n'était manifestement pas en relation directe avec les éléments superficiels, œdipiens, du matériel, mais avec le contenu de la signification plus profonde, le silence de la malade créait un appel : nous sollicitait à « interpréter plus tôt et loin » (bien qu'en raison de l'organisation du Moi qu'il laissait pressentir, nous ayons évité toute approche de style kleinien). Dans un sens comme dans l'autre, pour nous comme pour elle, le verbe prenait alors une valeur d'objet oral. Ce fait nous orientait vers l'oralité et l'analité de notre contre-attitude ;

nous y renvoyait également notre difficulté à accepter, dans ce cas, les recommandations de Bergler : « Donner, donner et donner des mots », chez les névrosés avec fixation et régression orales importantes.

5) L'analyse de notre réaction « agie » en réponse au refus de la malade de terminer la séance, éclairant ce mouvement contre-transférentiel, nous fit apparaître une de ses conséquences sur le plan technique : notre attitude intellectuelle au niveau des interprétations. Rationalisée par le *primum non nocere*, une certaine préoccupation anxieuse à l'endroit du matériel structural, entraînait une tendance trop rigoureusement planificatrice. (Par référence à la cure-type : respecter dans les interventions la ligne de progression idéale, analyse du plan œdipien avant l'analyse du plan pré-œdipien.) En témoignait le niveau de nos interprétations (celui de la culpabilité œdipienne) au détriment d'une juste appréciation de l'ambivalence du transfert : cette position intellectuelle confortable qui résultait de notre difficulté contre-transférentielle, contribuait en même temps à continuer à la camoufler.

L'explicitation de ces positions contre-transférentielles, en nous rendant la possibilité d'assumer l'image transférentielle de mauvaise mère, nous permit l'interprétation de l'aspect négatif du transfert ambivalent qui devait enfin débloquer l'attitude de résistance à la cure. L'analyse de notre contre-transfert nous permettait ainsi de redevenir efficacement « présent » dans la réalité du transfert.

Ainsi apparaît-il, à propos de ce cas difficile de résistance par le silence, sollicitant particulièrement nos réactions contre-transférentielles, que l'auto-analyse des mouvements émotionnels et son intégration à la dynamique de la cure a permis de restituer à cette dernière une évolution favorable.

## VI. RÉFLEXIONS SUR LA PSYCHODYNAMIQUE DE CETTE CONDUITE DE SILENCE

A travers et en marge de la conduite de silence, le comportement défensif serré de la malade nous avait donc créé des difficultés techniques que cristallisaient en partie nos réactions contre-transférentielles. L'analyse de ces dernières contribua largement à dépasser ces difficultés. En facilitant notamment la levée de la résistance à l'engagement dans le traitement, elle permit à la cure de se poursuivre dans des conditions enfin satisfaisantes.

Il reste cependant que l'organisation défensive de la patiente n'en pouvait être pour autant transformée. Même si son abord analytique en était facilité, ce système défensif n'en persista pas moins, quoique assoupli. Ainsi se confirmait le type de relation objectale régressif

que dès le départ il nous paraissait conditionner. Si en raison de sa nature, ce dernier avait facilité nos réactions contre-transférentielles et amplifié ainsi les obstacles techniques, il n'en demeurerait pas moins que son existence et sa réalité dans la relation analytique constituaient la caractéristique spécifique de l'organisation structurale du cas et posait par là un problème technique réel.

S'il est évident que la réponse des contre-résistances de l'analyste s'effectue dans le sens de la demande sollicitée par les résistances du patient, il ne l'est pas moins, comme le précisent Nacht et Bouvet, qu'en deçà des réactions contre-transférentielles demeure ce qui peut être « imputable à la constitution du sujet ».

Il ne saurait être question d'étudier précisément cette organisation sur la seule base du fragment d'analyse que nous avons choisi de rapporter ici, d'autant qu'il ne porte que sur son début : aussi bien n'était-ce pas notre propos.

Nous resterons donc dans le cadre délimité par l'exposé clinique de notre approche analytique de cette conduite de silence, pour étudier les problèmes théoriques qu'elle nous semble poser sur les plans dynamique et économique.

Nous les aborderons principalement en essayant de définir le type de relation objectale dont témoigne ce silence (1).

Nous avons préféré ne pas envisager d'autres perspectives d'étude qu'ouvre nécessairement l'analyse de ce fragment clinique : relations entre cette conduite de silence et érotisme oral ou érotisme anal ; narcissisme ; masochisme ; discussion sur le type de structure hystérique ou obsessionnelle (ainsi le diagnostic de dépression hystérique auquel nous nous sommes référés n'a-t-il qu'une valeur d'approximation clinique qui nous a paru suffisante pour notre propos)...

En effet, les développements auxquels ces considérations conduiraient ne s'éclaireraient que par un recours au matériel apparu bien plus tard dans la cure : l'utiliser en le désinsérant de la relation analytique le dépouillerait du vécu qui lui donne sa signification ; par contre, rapporter ce dernier nous aurait entraîné à exposer deux ans d'analyse, ce qui aurait alourdi ce travail tel que nous l'avons conçu.

Ainsi la ténacité et l'obstination de la malade et, par ailleurs, l'intense érotisation de la parole qui se révéla dès les premières amorces verbales rompant ce mutisme, ne pouvaient manquer d'évoquer la probabilité d'une régression avec fixation à des stades libidinaux prégénitaux : oral et anal. Et certes par référence aux stades du développement psycho-sexuel qui fondent les essais

---

(1) Ces réflexions ne porteront donc pas sur le déroulement ultérieur de l'analyse dont nous avons fait état par souci de logique, mais dont l'étude approfondie se situerait dans une perspective autre que celle dans laquelle nous avons axé ce travail. Nous nous en tiendrons donc, en ce qui concerne les implications théoriques de cette évolution, à la rapide esquisse que nous en avons donné en la rapportant.

de caractérologie psychanalytique, il serait aisé de décrire le comportement de notre malade en termes de relation d'objet orale mais aussi bien de relation d'objet anale, ce qui montre la relativité de telles descriptions. Cependant, si la connaissance de cette caractérologie prégénitale a pu faciliter notre compréhension et même l'observation de cette conduite, nous ne pensons pas qu'il y ait grand intérêt à ajouter une nouvelle illustration caractérologique aux descriptions magistrales déjà existantes qui se justifient surtout par leur valeur heuristique.

On pourrait également décrire cette conduite en termes de sado-masochisme à travers la dynamique défensive de l'identification à l'agresseur. Et sans doute le type de relation d'objet que nous allons analyser n'est-il que la résultante de l'interférence de ce destin pulsionnel et de ce mode défensif.

Il nous a semblé pourtant qu'en deçà de ces illustrations superficielles de la théorie, cette conduite de silence impliquait une dynamique et une économie pulsionnelles d'un style particulièrement régressif dont l'explicitation ne pourrait que gagner à être abordée sur le plan de régression où il nous a été donné de les observer : celui des avatars de la naissance de l'évolution transférentielle.

1. *Conduite de silence et relation d'objet.* — Dès la première approche, on pouvait déjà considérer que le silence, comme en témoignaient les rares paroxysmes compulsifs d'agressivité, exprimait un refus et une révolte contre nous, à travers ce rejet de la règle de libre association. Ces paroxysmes projectifs révélaient ainsi les pulsions agressives « défendues » par le silence. Cependant, indépendamment de ces contenus épars mais déjà révélateurs, la forme même de cette relation agressive manifestait des tendances destructrices sur un mode très archaïque.

Nous avons été frappé par le fait que ce mécanisme de style manifestement projectif, qui visait (en rejetant sur nous l'auto-accusation culpabilisée de se taire) à mettre à distance l'objet agresseur que nous avions représenté d'emblée dans le transfert, échouait à ce but. En effet, il libérait l'angoisse qu'il aurait dû juguler et qui ne l'était finalement que par l'intervention immédiate de mécanismes plus désinvestis et par là plus efficaces à geler l'affect : l'isolation et la généralisation. Comment comprendre ce curieux développement du mouvement projectif et le processus défensif qu'il déclenche d'une manière stéréotypée ?

La distinction générale, introduite par Bouvet dans sa définition même des instruments de la relation d'objet entre *versus* externe (valeur d'aménagement) et *versus* interne (valeur défensive de ces mécanismes), nous a semblé trouver ici une application précise et très utile à rendre compte de l'originalité de ce processus.

Ainsi le mécanisme de « projection » ne nous semble pouvoir être considéré comme tel, que sur un plan de dynamique relationnelle « externe » (celui de la réalité de nos deux présences : analyste-patient). Sur le plan « interne » fantasmatique, l'économie pulsionnelle qu'il vise à rééquilibrer nous montre que sa signification défensive est tout autre. Loin de mettre à distance l'objet dangereux comme tendrait à le faire une projection, ici s'opère une tentative de réduire à un minima cette distance, en tendant à réaliser une confusion fantasmatique complète entre sujet et objet. C'est-à-dire que l'envers de cette « projection » révèle en fait un effort désespéré d'incorporation de l'agresseur.

Ce qu'il nous est donné d'observer du versus externe du processus défensif dans les trois mouvements (projection, isolation, généralisation), qu'il développe jusqu'à son terme : le silence, n'est que l'expression relationnelle des tendances destructrices réalisant au même instant sur le plan fantasmatique l'incorporation de l'agresseur. La position d'équilibre ainsi rétablie correspond à la quiétude de l'état de silence, ce qui explique l'habituelle sérénité et l'absence d'anxiété de ce silence. Celui-ci semble réaliser la paralysie et la neutralisation de l'agresseur immobilisé, possédé en état de passivité. Mais cette opération défensive est évidemment toujours à recommencer, car l'équilibre est rendu précaire par les inévitables perçus de notre présence réelle qui objectivent chaque fois la « différence » entre ce que nous devenons en tant qu'objet réel et ce que nous sommes en tant qu'objet transférentiel (nous reviendrons sur l'apparent paradoxe de cette distinction). La perception de cette différence perturbe chaque fois la quiétude réalisée par la possession de l'agresseur. Elle déclenche aussitôt le processus défensif interne d'incorporation : agression et métabolisme possessif, que traduisent sur le plan d'aménagement externe la projection puis l'isolation et la généralisation jusqu'au réajustement de la quiétude silencieuse.

Cette opposition entre notre présence réelle et l'image transférentielle qu'elle représente au même instant (objet réel et objet transférentiel) paraît en contradiction avec le concept même de transfert. Cependant il nous semble que dans ce cas de transfert de style psychotique, notre présence gardait constamment une valeur de réalité dangereuse. Ceci explique l'apparente contradiction qui résulta pour nous au début de la cure, du fait que d'une part, par son donné massif et immédiat, la conduite de silence et de résistance à l'analyse nous parut comme un style particulier de relation objectale très régressif et non transférentiel, alors que, d'autre part, les rares aperçus sur le matériel que nous donnaient les fugaces ouvertures de ce silence révélaient, nous l'avons vu,

une position certes régressive mais sans nul doute transférentielle.

Ce contraste entre la valeur de réalité de notre présence et sa valeur transférentielle — contraste ressenti en raison de la structure de la malade d'une manière dramatique — nous semble rendre compte de l'obstination et de la ténacité du silence protecteur des six premiers mois.

La particulière sensibilité de Yerma à la perception de ce contraste nous semble expliquer le blocage de l'évolution transférentielle. Nous pensons qu'il est possible de considérer que, de ce fait, le blocage de la structuration fantasmatique du transfert constitue une sorte de stade de pré-ambivalence préfigurant l'ambivalence transférentielle qui allait s'affirmer. Lorsqu'au sixième mois, la première ébauche de déblocage du silence esquisse un premier mouvement d'engagement dans l'analyse (qu'authentifie l'apparition de la fantasmatisation du conflit œdipien), il semble alors que cette ambivalence vraie se précise. En regard de l'image transférentielle de mère agressive que nous n'avons cessé de représenter, notre présence perd alors de sa valeur de réalité dangereuse (objet réel de panique) pour devenir image transférentielle paternelle positive.

Il est évident que cette confusion du sujet et de l'objet ne pouvait qu'être renforcée par l'orientation de notre position contre-transférentielle dont nous avons vu qu'en dernière analyse elle tendait à camoufler notre identification de la « mauvaise mère » à la malade-objet transférentiel.

En même temps que défense contre l'expression de son agressivité dans la relation concrète, son silence réalisait donc en fait sur le plan fantasmatique l'assomption de ses tendances destructrices envers la mauvaise mère incorporée. Grâce à cette régression, la patiente nous supprimait en tant qu'objet distinct. Pour échapper au danger de changement, de nouveauté que sollicitait la « différence », l'écart maintenu par la perception de notre présence réelle, entre cette dernière et l'image transférentielle, elle tendait à nous égaliser à elle-même, en une identité paisible qu'équilibrait son agressivité sur un mode passif, en fait retournée contre elle-même.

Ainsi les processus dynamique et économique régressifs observés ici, nous paraissent comparables à ceux décrits par Nacht dans les mécanismes de déformation névrotique du Moi. Une véritable confusion entre l'objet et le sujet y permet seule à ce dernier d'éviter sa terreur de l'objet ; cette confusion étant « commandée par la nécessité vitale de supprimer la moindre distance entre sujet et objet ». Cependant, du fait de la sensibilité constante à notre présence réelle et du hiatus

qu'elle maintient ainsi dans l'investissement transférentiel, il semble que chez notre patiente, le style relationnel de sa résistance par le silence, au delà de ce type particulier de choix objectal anaclitique décrit par Nacht, confine au choix suicidaire, comme nous le verrons plus loin. Sur un plan plus profond, l'analyse de la relation objet partiel-objet total qu'il nous a été possible d'aborder récemment (et que nous avons résumée plus haut) nous semble permettre d'explicitier la signification de ce silence, dans la mesure où le verbe est particulièrement investi par cette malade comme « objet partiel oral ». Celui-ci est rejeté en tant que mauvais objet que la mère lui refuse (mauvais sein, pénis castrateur), mais incorporé en tant que bon objet (bon sein, pénis-remède-suppositoire) qu'elle prend à la mère et lui refuse en retour, et que pour annuler son agression elle présente comme accordé par la mère, comme un don consenti.

C'est ce double processus de réjection et d'incorporation de l'objet partiel que nous paraît recouvrir le silence qui prend ainsi une valeur opératoire bien précise du point de vue dynamique et économique.

2. *Silence et « conduite de mort »*. — Nous avons insisté dans notre exposé clinique sur la prégnance de la compulsion de répétition (notamment la stéréotypie de la conduite de silence et la fixité des minimales variations expressionnelles : itérations agressives, etc.). Longtemps le mouvement de chaque séance, et surtout celui de la succession des séances, s'est avéré tourner à vide du fait de la sclérose de cet automatisme de répétition.

Par ailleurs, il apparaît que cette « destruction » fantasmatique de l'objet intériorisé ne se réalise qu'aux dépens d'une auto-destruction concomitante qui en est sans doute la rançon.

Fenichel a insisté sur le fait que dans « l'hystérie d'angoisse où la base pré-génitale est au premier plan » : d'une part la défense contre l'agressivité joue un rôle décisif, d'autre part la peur de l'excitation propre résulte du contenu auto-agressif de cette excitation ; les impulsions sadiques sont retournées de l'objet sur le Moi. « Ainsi la peur de la mort recouvre en fait la peur de sa propre excitation et la mort est mise à la place de la jouissance sexuelle. »

Aussi bien est-ce cette direction auto-agressive des tendances destructrices qui, à travers l'automatisme de répétition, a conditionné en fait l'obstacle majeur à l'engagement de cette analyse. Il importe donc d'en préciser la valeur psycho-dynamique.

Sur le plan clinique, la signification « de mort » de cette conduite de silence et de l'ensemble du comportement défensif apparaît évidente. Freud a insisté sur le fait que le mutisme, notamment en rêve, est une représentation de la mort. Que « ne pas parler » équivaille à la mort de la relation sujet-objet est une évidence descriptive. Mais l'économie pulsionnelle que vient de faire apparaître l'analyse précédente du processus défensif et du mode de relation objectale qu'il implique, condi-

tionne en fait une dynamique où se profile la mort dans une double polarité relationnelle avec l'image maternelle : tuer, être tué. Cette ambivalence hétéro et auto-agressive est bien caractéristique des conduites suicidaires.

Il nous a paru que le *mécanisme de négation* assurait la fonction d'un véritable organisateur de la structuration relationnelle de cette conduite de mort.

Nous ne reviendrons pas sur les manifestations cliniques de cette négation dont nous avons rapporté les modalités variées (à l'exclusion même des attitudes d'isolation ou de généralisation qu'on ne saurait considérer dans leur valeur de négation, que dans une acception très large de ce mécanisme).

C'est dans le champ transférentiel, particulier du fait de l'investissement partiel de l'analyste sur un mode psychotique, que la négation nous semble prendre une valeur organisatrice spécifique de la relation de mort analytique. En effet, soit par irruption sur le mode de l'urgence, soit exprimée *a minima*, elle sert à préserver constamment la relation binaire à la mère. Elle se manifeste comme tentative de sauvegarde, désespérée dans sa dramatisation, chaque fois que l'apparition du « tiers », surgi comme perturbateur (les manifestations de notre présence réelle surtout sur le mode verbal), menace cette relation fantasmatique à la mère.

A l'inverse de l'attitude « normale » caractérisée par Freud dans *Considérations actuelles sur la guerre et la mort*, par la citation mise en épigraphe de notre travail, il nous paraît que c'est à écarter la vie, le mouvement, le changement, sollicités par notre présence, que notre patiente emploie le « voile de silence » qui recouvre et protège en fait l'union binaire à la mauvaise mère.

Le sens de ce mouvement s'éclaire, nous semble-t-il, si l'on considère l'ambivalence qui devait caractériser plus tard la première évolution transférentielle (par la reconnaissance et l'acceptation de l'image paternelle positive). Ce développement de la structuration fantasmatique dans la cure, nous autorise à inférer sans extrapolation aventureuse que notre présence réelle (la vie, source de mouvement et de changement, c'est-à-dire risque de disjonction de la relation binaire), qu'elle s'efforçait de rejeter durant cette période de « pré-ambivalence », représentait déjà la pré-forme de l'image du père alors dangereuse d'autant plus que désirée.

Le recours aux données de l'analyse ultérieure de la relation objet partiel-objet total montre, nous semble-t-il, la signification dynamique et économique que prenait alors notre présence réelle : plus profondé-

ment « cette pré-forme de l'image du père » représentait en fait l'objet partiel ambivalent : qui est en même temps mauvais objet (pénis incorporé par la mère et que celle-ci lui refuse) et bon objet désiré, comme nous l'avons vu.

L'attitude fantasmatique à l'égard de la « maladie » confirme précisément cette signification des conduites de mort dans leur relation à l'image maternelle.

Elle était déjà évoquée dans l'assimilation de la durée de l'analyse à une période de neuf mois.

Au terme du fragment d'analyse rapporté ici, il était aussi apparu qu'à l'extrême de la maladie, la peur d'une mort imminente était la justification à permettre le rapprochement avec le père. En fait, après deux ans d'analyse, lorsque la résistance par le silence avait disparu, l'explicitation de la relation à la mère a fait apparaître qu'être malade était vécu d'une façon consciente, durant l'enfance et même l'adolescence, comme le moyen infallible d'« avoir » la mère pour soi, de la prendre au père et à ses autres sœurs. « Elle, habituellement hostile, lointaine ou absente, restait alors des journées entières auprès de mon lit à me raconter des histoires. » (Nous savons que Yerma n'a jamais pardonné à sa mère d'avoir interrompu et de n'avoir jamais terminé, malgré sa promesse formelle, l'histoire commencée au moment d'un retour du père). En fait, l'érotisation de la parole reçue (de la mère) a précédé et pré-formé en quelque sorte l'érotisation de la parole donnée, comme nous avons pu le voir récemment dans l'analyse de l'objet partiel oral.

Nous pensons que la prééminence de l'investissement de la relation de « mort » avec la mère sur le plan de l'échange verbal, par l'intrication de pulsions érotiques et agressives qu'il y réalise, donne sa signification à la conduite de silence dans l'analyse.

Un propos récent de la patiente illustre bien cette signification de l'investissement de la parole, comme du mécanisme de négation : « Il m'est difficile de vous parler de ma mère... ce n'est pas vous ma mère... peut-être la psychanalyse... la vraie mère c'est la mort. »

Le « non » de la malade vise donc en même temps qu'à rejeter l'objet perturbateur de sa relation binaire, à protéger la quiétude de cette relation.

Si elle semble ainsi revendiquer la « mort » que réalise et perpétue son silence, il nous paraît qu'en niant la vie, sa négation assumée la confirme : c'est-à-dire atteste la réalité de son attrait pour le père. Si sa négation protège son choix de mort, en exprimant ce refus elle s'affirme vivante. En fait, sa contestation de la vie montre qu'elle confère à celle-ci une valeur prééminente, fût-ce sur le mode de la dérision et de l'absurde : ainsi elle est contrainte à « vivre » sans relâche son choix de « mort ». Son équilibre et son ajustement réside donc dans le « comme si » de cette « mort ».

On voit que la conduite de silence ne réalise que l'apparence d'une conduite de mort (et vraisemblablement en est-il ainsi de toutes les conduites de mort restant en-deçà du passage à l'acte).

La référence au critère du temps, par rapport auquel on ne peut pas manquer de situer le Silence ou la Mort, peut nous fournir un moyen d'éclairer ce paradoxe.

Ce n'est que dans le cadre du temps extérieur, celui dans lequel s'inscrit la cure en coupe longitudinale, que le silence s'apparente à une conduite de mort, par la permanence du refus de contact qu'il exprime. Mais si nous tentons de saisir le temps intérieur de la malade dans ses moments de « mort », soit en coupe transversale, tels que les assume par exemple sa négation, il apparaît alors que celle-ci atteste en fait son choix de la vie.

Le « comme si » de la mort est en fait un jeu de la vie. Celui-ci a une valeur de réassurance aussi bien contre la mort (union destructrice à la mère) que vers la vie (le père interdit).

Dès 1916, dans son analyse du *Thème des trois coffrets*, Freud a insisté sur cette signification relationnelle de réassurance, *du choix de la mort* (1) contre la mort. « ... le choix (de la mort) est mis à la place de la nécessité, la fatalité (de la mort). L'homme vainc ainsi la mort qu'il avait reconnue par son intelligence. On ne saurait imaginer *un plus grand triomphe de la réalisation du désir* (1). On choisit là où en réalité on obéit à la contrainte et celle qu'on choisit ce n'est pas la Terrible, mais la plus belle et la plus désirable. »

Nous voyons qu'il n'est pas nécessaire d'évoquer ici l'existence d'une pulsion de mort que d'ailleurs notre observation clinique ne peut nous permettre d'inférer. Bien plus, si elle nous autorisait en première approximation à caractériser ce comportement de silence en termes de conduite de mort, nous venons de voir qu'en dernière analyse, sur le plan psycho-dynamique, cette formulation est elle-même contestable. Elle ne se justifie que sur le plan relationnel :

- puisqu'en effet ce comportement de résistance à l'analyse reçoit son sens (en même temps qu'il le leur donne), de la relation transférentielle et contre-transférentielle ;
- et que par ailleurs le revécu anamnétique, dans la cure, semble permettre de situer, au moment des premières relations objectales avec la mère, la genèse probable de cette structuration relationnelle.

Nous renvoyons ici au matériel apporté par la malade en confirmation de notre interprétation sur l'image transférentielle de mauvaise mère, et de même à certains éléments du matériel extra-transférentiel évoqué par la suite et que nous avons condensés dans l'anamnèse reconstituée. Ces données esquissaient les premières relations objectales en un vécu de frustration affective dans une vie matérielle de luxe ; elles tendent à objectiver, du moins sur le plan de la restructuration fantasmatique, une image réelle de « mauvaise mère ».

---

(1) C'est nous qui soulignons.

La prégnance de tels facteurs relationnels, dans l'histoire et l'actualité de la structuration de cette conduite « de mort », nous paraît suffire à rendre compte de l'existence de cette dernière. La nécessité de « l'expliquer » par l'antagonisme fondamental des deux instincts de vie et de mort reste toujours possible mais s'en trouve reculée d'autant (1).

## CONCLUSION

### *Considérations générales sur la technique de ce cas*

Au terme de ce travail, il apparaît donc que ce silence, bien plus qu'une simple valeur instrumentale de défense, s'est avéré définir un mode particulier de relation objectale dans le champ analytique.

Nous concluons par quelques considérations générales de technique qu'il nous a paru possible de formuler à partir de la confrontation de nos réflexions sur la psychodynamique de cette conduite de silence avec l'étude clinique de la relation analytique à partir desquelles elles ont pu être élaborées.

1. Dans ce cas où le silence est précisément le mode d'expression de l'attitude réfractaire à l'analyse, nous a paru devoir être évitée, plus que dans tout autre cas car elle y est plus spécialement sollicitée, une contre-attitude rigide qui aurait consisté à assigner un terme à l'analyse et à n'en pas déroger, dans le style : « Vos associations ou votre vie analytique », stigmatisé avec humour par Glover.

2. S'il est toujours indispensable dans la pratique de se départir d'une tendance planificatrice tendant à diviser en stades le processus de la cure, pour rester disponible à la demande de chaque « forme individuelle », cela nous a paru d'autant plus impérieux dans l'analyse de ce cas de silence, qu'elle nous a montré la pesée contre-transférentielle qu'une telle attitude impliquait.

3. L'analyse préalable des défenses, selon l'approche rigoureuse de Reich, nous a semblé également à proscrire, du fait de l'investissement

---

(1) Bien que nous ayons terminé ce travail lorsque VIDERMAN fit sa conférence (*De l'instinct de mort*), il nous paraît logique de le situer par rapport à sa très remarquable étude. En effet, nous ne pouvions manquer d'être frappés par la similitude de sa thèse sur la dynamique du transfert et celle que nous venions de préciser à propos de notre cas. La conclusion de Viderman que « l'automatisme de répétition nie le transfert » et que celui-ci dans le « jamais vécu » qu'il offre au malade « introduit la vie », pourrait ainsi être la nôtre. Cependant, notre travail montre que nous ne pouvons souscrire à cette formulation que dans la mesure où elle demeure dans le seul cadre qui en permette l'élaboration : celui de la clinique analytique. Nous avons vu que la relation analytique ici étudiée ne nous paraît pas nécessiter l'existence d'un instinct de mort s'opposant à l'instinct de vie.

profondément narcissique de ces défenses, nécessaires au maintien du mode relationnel prépsychotique qu'elles sauvegardent.

4. Ainsi avons-nous exclu à ce stade la possibilité d'une approche de style kleinien qui aurait consisté à aborder d'emblée l'analyse de la relation objet partiel-objet total, à laquelle invitait le matériel. En effet, chez Yerma, le mode prépsychotique d'appréhension du réel et de l'imaginaire (comme l'impliquait notamment le contraste entre l'importance du silence et la richesse de ses fantasmes), nous parut imposer une activité interprétative très prudente.

5. Deux possibilités d'approche de ce cas réfractaire nous ont semblé dangereuses et à éviter, parce que risquant de « forcer » ou de « passer par-dessus » les défenses. Essayer de vaincre la résistance par le silence en intervenant :

- soit directement sur la conduite verbale de la malade et s'engager d'emblée dans l'analyse des pulsions orales et anales intriquées dans ce vécu particulier du « donner et du recevoir » ;
- soit même plus à distance, sur la situation analytique ainsi déterminée, en lui interprétant la conception sadique du coût dont témoignaient sur fond de silence ses demandes d'intervention active de notre part.

Nous n'avons abordé le matériel dans une perspective kleinienne que bien plus tard, au cours de la deuxième année d'analyse, ce qui s'est avéré alors particulièrement efficace.

6. Restait devant cette résistance obstinée par le silence, en ce début d'analyse, la nécessité de « ventiler » tout ce qui pouvait constituer un obstacle au développement de l'analyse. (Nous avons vu que ce « tout » était d'importance et aussi bien aurions-nous pu le systématiser, par référence à la classification des résistances, et y décrire quatre des cinq groupes qu'y définit Freud : résistance du Ça ; résistance du Moi — résistances de défenses et résistance due au gain secondaire de la maladie ; résistance du Surmoi exprimée par les tendances autopunitives.) Il nous a semblé que répondait plus précisément à cette difficile exigence, la technique de dosage de nos interventions dont le maniement était à régler sur le double seuil : tolérance de l'angoisse par la malade ; mobilisation efficace de l'angoisse. Elle nous a permis d'éviter le danger d'une insistance prématurée sur nos interprétations de transfert et, d'une part, d'amortir ainsi le risque créé par leur précocité, d'autre part, de faciliter en même temps l'élaboration interprétative.

7. Dans ce cas où le transfert négatif domina longtemps le tableau

de ce début d'analyse, l'apparition de matériel onirique sur « fond de silence » posait un problème technique délicat.

Notre première tendance aurait été de ne pas y toucher, en raison même de la réaction de soulagement que nous procurait cette rupture du silence, et du fait même de la résistance dont continuait à témoigner ce contact très à distance. Devant ce « cas difficile » la tentation de « suivre la malade » dans ce matériel était trop grossière pour ne pas être aussitôt critiquée. Cependant, compte tenu d'une part du mode très régressif de relation objectale de cette malade, d'autre part de l'actualisation transférentielle exprimée régulièrement par ces rêves (en fait ils témoignaient du virage du transfert négatif au transfert ambivalent par l'apparition de l'image paternelle positive), cette ébauche de contact nous semblait devoir être prise en considération et motiver une réponse interprétative. La facilitation du contact (évocation et associations directes) qui suivit en donne d'ailleurs une justification pragmatique.

8. Les divers ajustements techniques, que caractérisent ces remarques, évoquent sans doute une « variation de la technique ». Nous rappellerons notre position contre-transférentielle initiale : « malade de psychothérapie », pour marquer la limite du malaise technique que, dès les premières séances, la confirmation de la difficulté du cas avait créée ; l'autre limite étant l'aventure angoissante que représente, au cours des premières analyses, la seule évocation d'une éventuelle « variation de technique » ! Et le vertige que peuvent donner les recommandations suggérées par Bergler, « donner, donner et donner des mots », dans l'analyse des « névroses avec régression orale chez lesquelles l'usage de la technique habituelle » entraîne la résistance du silence ! Si la méthode de Bergler reste dans le cadre des variations compatibles avec la technique analytique puisque son but demeure d'aider à l'évolution aussi profonde que possible, quoique contrôlée, d'une névrose de transfert » (selon le critère défini par Bouvet pour la classification des variations), nous pensons que nos ajustements ne constituent qu'une variation mineure.

9. La plupart des remarques précédentes tendent à faire le procès d'une technique rigide devant un cas de silence de ce type ; c'est-à-dire posent le problème du contre-transfert que de telles attitudes impliqueraient (on aura reconnu au passage celles que l'analyse de notre contre-transfert a ci-dessus explicitées). Certes, la formulation de ces considérations techniques passe par l'explicitation du contre-transfert puisque aussi bien toute attitude à propos d'une patiente (y compris d'écrire un mémoire sur elle) peut être ainsi connotée. Ce ne peut être là que la périphérie du contre-transfert et nous ne pensons pas que les

remarques précédentes se réduisent à une sorte de profession de foi sur la technique d'un cas qui ne serait que l'envers de notre travail analytique, soit sa face contre-transférentielle. Ce n'est point là minimiser l'incidence de cette dernière sur le plan technique. Nous pensons l'avoir, plus haut, largement mise à jour ; nous voudrions cependant y revenir ici pour en préciser la portée générale. Il nous semble en effet que le rôle qu'a pu avoir, sur l'évolution de la cure, l'analyse de la position centrale de notre contre-transfert (dans sa signification, en fait, transférentielle), confirme qu'il s'agit bien là de l'instrument fondamental de recherche et de compréhension, d'un « phénomène inhérent et opératoire » du processus analytique comme l'ont défini, après d'autres, Annie Reich, Paula Heiman et Lucie Tower.

Sans doute est-ce encore plus vrai dans les cas de résistance obstinée par le silence, dans la mesure où ceux-ci sollicitent les réactions contre-transférentielles de manière plus pressante.

Pour terminer ces considérations sur la technique de ce cas et en guise de conclusion de ce travail, nous formulerons une constatation de portée plus générale sur les *divers rôles de la « présence »* tels qu'ils ressortent des différentes approches : clinique, analyse du contre-transfert, réflexions sur la psycho-dynamique.

Sans doute, plus que toute autre, cette analyse d'un silence nécessitait-elle que nous soyons « présents » (au sens donné par Nacht à ce mode d'être de l'analyste). Sans doute aussi, est-ce cela : « être présent devant un silence » qui est très difficile. Nous pensons que notre exposé clinique aura donné une sorte de séméiologie de cette présence et de ses difficultés, à la fois dans ses manifestations verbales et concrètes. Nous ne reviendrons pas sur les incidentes techniques de cette présence que l'on peut caractériser de « réelle ».

Par ailleurs, nous avons déjà insisté sur la dynamique de cette présence, sur son « rôle » essentiel sur le plan fantasmatique : sa valence contre-transférentielle.

Mais nos réflexions sur la dynamique de ce début d'analyse nous ont montré surtout l'importance de la « réalité » physique de la personne de l'analyste, pour cette malade dont l'investissement transférentiel s'effectuait sur un mode psychotique. Nous avons vu que cette « réalité » prenait ici une valeur très particulière de danger, puisque ressentie comme effrayante dans la relation transférentielle binaire. Ainsi, au rôle assumé par la « présence réelle » dans la technique de dosage, et distinct du « rôle contre-transférentiel », s'oppose celui que lui confère

simultanément le mode d'appréhension du réel, de style psychotique de notre malade (d'où la nécessité d'un maniement très nuancé de ce dosage pour éviter le danger de trop se « montrer »).

Ce dernier « rôle » demeure d'ailleurs différent du rôle fantasmatique que nous représentons au même moment dans le transfert (image de la mère dangereuse incorporée).

Il nous est en effet apparu que c'est la réduction de cette « réalité » dangereuse (objet partiel) à un rôle également fantasmatique (image paternelle positive : objet total) qui a permis à travers l'ambivalence transférentielle d'engager cette analyse.

La recherche d'une appréciation précise de la valeur fonctionnelle de ces divers « rôles » de notre présence, nous semble avoir contribué de manière capitale à permettre le dépassement de cette conduite de résistance par le silence.

### BIBLIOGRAPHIE

- BERGLER (E.), Specific types of resistance in oralis regressed neurotics, *The psychoanalytic Review*, vol. 34, n° 1, janvier 1947.
- BOUVET (M.), La clinique psychanalytique, *La psychanalyse d'aujourd'hui*, Presses Universitaires de France, Paris, 1956, t. I, 41-121.
- La cure type, *EMC de Psychiatrie*, 37812 A10 à A40.
- Les variations de la technique, *Revue française de Psychanalyse*, XXII, 1958, n° 2, mars-avril, p. 145-190.
- FENICHEL (O.), *La théorie psychanalytique des névroses*, Presses Universitaires de France, Paris, 1953, t. II.
- FREUD (S.), Thème des trois coffrets, in *Essais de psychanalyse appliquée*, Gallimard, Paris.
- *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, Gallimard, Paris.
- Considérations actuelles sur la guerre et la mort, in *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris.
- GLOVER (E.), *Technique de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris, 1958.
- HEIMAN (P.), On counter-transference, *Intern. J. of Psychol.*, 31, 1950, p. 81.
- KLEIN (M.), *La psychanalyse des enfants*, Presses Universitaires de France, Paris, 1959.
- LEBOVICI (S.), DIATKINE (R.), Etudes des fantasmes chez l'enfant, *Revue française de Psychanalyse*, XVIII, 1959, n° 1.
- NACHT (S.), Intervention au rapport sur l'Introduction à l'étude du transfert, *Rev. française de Psychanalyse*, 1952, n° 1-2.
- Causes et mécanismes des déformations névrotiques du moi, *Revue française de Psychanalyse*, XXII, 1958, n° 2.
- REICH (A.), On counter-transference, *Intern. J. of Psychoanal.*, 32, 1951, 25-31.
- REICH (W.), *Analyse du caractère*, Vienne, 1925.
- TOWER (L.), On counter-transference, *J. of Amer. Psychoanal.*, 1956, 4.
- VIDERMAN (S.), *De l'instinct de Mort*, Conférence à la Société psychanalytique de Paris, février 1960 (à paraître).