



# De l'illusion à la désillusion dans le travail psychanalytique : un imaginaire à partager

**Dominique Colpé, Sylvie Kockelmeyer**

DANS **CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE 2019/1 n° 52**, PAGES 187 À 205  
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807392649

DOI 10.3917/cpc.052.0187

Date de mise en ligne : 15/04/2019

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2019-1-page-187?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# DE L'ILLUSION À LA DÉSILLUSION DANS LE TRAVAIL PSYCHANALYTIQUE : UN IMAGINAIRE À PARTAGER

Dominique COLPÉ\* et Sylvie KOCKELMEYER\*\*

---

**RÉSUMÉ** Dans cet article, les auteurs s'interrogent sur les échecs dans le travail psychanalytique, qu'elles différencient des ratés du travail psychanalytique. Elles mettent en perspective les concepts d'illusion et de désillusion, considérant leurs nécessaires intrications afin de permettre la construction d'une aire intermédiaire garante de tout processus. L'impossibilité d'une telle mise en jeu pour des raisons qui appartiennent à l'analyste, au patient ou à leur relation peut conduire à un sentiment d'impuissance, de déception et des vécus de désespoir chez ces protagonistes.

**MOTS-CLÉS** relation psychanalytique, illusion, désillusion, échec, omnipotence.

---

\* Psychologue,  
psychanalyste SBP

\*\* Psychologue,  
psychanalyste SBP

**ABSTRACT** In this article, the authors question the failures in psychoanalytic work, that they differentiate difficulties from psychoanalytic work. They put in perspective the concepts of illusion and disillusion, considering their necessary entanglements in order to allow the construction of an intermediary area guaranteeing any process. The impossibility of such a game for reasons that belong to the analyst, the patient or their relationship can lead to a feeling of helplessness, disappointment and experiences of desperation in these protagonists.

**KEYWORDS** psychoanalytic relationship, illusion, disillusion, failure, omnipotence.

Entrer en psychanalyse est-il le résultat d'un malentendu partagé, d'un idéal jamais rencontré, d'un engagement tronqué à la base dans une histoire qui, pour bien fonctionner, ne peut que décevoir ?

L'enjeu identitaire, professionnel comme personnel du psychanalyste, est aussi mis à l'épreuve dans ces processus analytiques à travers l'impact de la rencontre avec le patient.

André Green (2010)<sup>1</sup>, s'arrêtant sur les ratés de ces rencontres, questionne, du côté du patient comme du côté de l'analyste, ce qui a empêché parfois, souvent, la mise en route d'un véritable processus transformateur, oserions-nous dire d'une cure idéalisée.

Pour notre part, nous souhaitons nous arrêter ici sur ce qui se passe dans le travail psychanalytique en interrogeant l'impossibilité du « trouver-crée » une aire d'illusion et de désillusion et de mettre à l'épreuve théorico-clinique l'échec possible de ce travail.

Une des causes évidentes émane probablement de l'idéalisation de la psychanalyse et des attentes illusoire du patient, de l'analyste ou des deux protagonistes engagés dans cette relation analytique. La désillusion inévitable avec son lot de déceptions inexorables renvoie au désespoir associé à un non-changement. La guérison magique tant désirée ne s'est pas réalisée ou, pire encore, rien n'est venu atténuer la douleur de vivre.

1 Cf. *in fine*.

Illusions et désillusions sont inévitablement entrelacées et les risques d'impasses sont nombreux. S'y intéresser permet de questionner les fondements psycho-dynamiques indispensables pour qu'un processus puisse se mettre en mouvement. Sur quoi le couple thérapeutique va-t-il pouvoir s'appuyer pour qu'une réelle mobilisation psychique puisse se développer ? Comment empêcher la répétition compulsive et son risque de déliaison mortifère ?

## La rencontre thérapeutique, un jeu à deux, qui s'éprouve tôt

En nous référant à Winnicott, l'illusion est la condition nécessaire à l'émergence d'un espace intermédiaire nommé transitionnel. Cette aire, d'une importance primordiale, est au cœur du décollement avec l'objet primaire et de la création d'un appareil à penser. Il s'agit d'être capable de traiter par soi-même les poussées d'excitation tant internes qu'externes. Une mère « suffisamment bonne » permettrait ainsi le passage du principe de plaisir au principe de réalité. En effet, en s'ajustant au plus près des besoins du nourrisson, elle crée l'illusion que le sein offert est sous le contrôle magique de l'enfant, favorisant son pouvoir fantasmatique d'omnipotence. Suivant J.-P. Lehmann, la mère lui offre l'illusion qu'« *existe une réalité extérieure qui correspond à sa possibilité de créer ce dont il a besoin.* »<sup>2</sup>

Effectivement, le lien aux objets primaires a pour tâche d'illusionner par une adéquation suffisante des soins mais aussi de désillusionner progressivement et avec modération de façon à ce que le psychisme puisse se construire sans effondrement massif. Qu'en est-il des patients pour qui cette phase d'illusion n'a pu être opérante et chez qui l'espace intermédiaire n'a pu se construire ? La rencontre avec la désillusion qui se serait faite trop brusquement ou de façon trop vive, empêcherait toute réappropriation de l'objet dans sa réalité.

Les patients vis-à-vis desquels nous éprouvons le plus de difficultés sont, sans conteste, ceux dont la douleur de vivre est liée à une faille très profonde de l'ajustement maternel et environnemental à leurs besoins primaires. Ils ont pour la

2 Lehmann, p. 123, cf. *in fine*.

plupart subi, de manière cumulative, un environnement envahi de violences psychique et physique.

Ces patients sollicitent notre contre-transfert sur un mode réparateur et induisent souvent, en nous, un vécu d'omnipotence. Nous serions le bon objet qui leur a tant manqué. Particulièrement mobilisateurs et éprouvants sont les cas de patients suicidaires. Ils nous mettent à mal et mobilisent en nous des affects de détresse, de peur, d'angoisse et de colère.

### Au risque de se perdre avec Marilyn

Comme le reconnaît humblement Litza Green<sup>3</sup>, le danger dans ces prises en charge est d'être séduit par la détresse de ses patients et d'être dans une toute-puissance illusoire malgré les risques d'une répétition de l'échec.

Ce fut sans aucun doute le cas pour Marilyn Monroe. Green (2010)<sup>4</sup> reprendra quelques fragments du livre de Schneider<sup>5</sup>. Marilyn Monroe a été en analyse chez Greenson pendant 30 mois ; ce n'était pas sa première analyse. Elle avait été auparavant cinq ans chez une analyste (Margareth Hohenberg) puis chez Marianne Kris, fille du pédiatre de Freud. C'est cette dernière, lors du départ de Marilyn Monroe vers la côte Ouest, qui l'adresse à Ralph Greenson, une célébrité psychanalytique. Greenson intervenait dans la vie professionnelle et privée de Marilyn, il était même rémunéré par la production de la 20th Century Fox afin que Marilyn Monroe respecte ses engagements vis-à-vis d'eux. Il lisait ses scénarios, analysait ses contrats et était en relation avec ses metteurs en scène qui étaient nombreux à ne pas supporter le caractère imprévisible de l'actrice. Il fut également très présent lors de ses procès avec ses producteurs. Il supervisait sa médication et il invitait Marilyn dans son univers familial. Elle était devenue proche de sa femme et de ses filles.

Après le suicide de Marilyn et envers et contre toutes les critiques qui lui ont été adressées, il aura ces derniers mots pour elle : « *Mon enfant, ma douleur, ma sœur, ma déraison.* »<sup>6</sup> Nous savons par ailleurs que Greenson s'appelait Roméo et sa sœur jumelle Juliette ! Peut-on y voir un lien avec sa relation si particulière à sa patiente ?

3 Green (2010), p. 162, cf. *in fine*.

4 Cf. *in fine*.

5 Cf. *in fine*.

6 Green (2010), p. 20, cf. *in fine*.

André Green écrit : « *Il n'y avait aucune limite aux tendances réparatrices de Greenson et sa méthode était dès lors inévitablement vouée à l'échec. Il était visiblement de plus en plus dépendant de Marilyn. Le jour de son décès, elle semblait aller bien. Elle souhaitait terminer son analyse mais aucune date n'avait été fixée.* »<sup>7</sup>

Greenson, pris au piège de sa propre omnipotence, voulait combler le vide de sa patiente et donner à cette dernière l'illusion d'avoir trouvé, dans la réalité, l'objet qui lui faisait défaut depuis toujours. En occupant toutes ces places réparatrices, il n'a pas permis à Marilyn de se confronter suffisamment à l'absence de l'objet et de créer une aire intermédiaire.

« *Il semble qu'il ait ignoré les travaux consacrés aux carences premières en rapport avec la pathologie maternelle.* »<sup>8</sup> La mère de Marilyn était psychotique, et visiblement elle ne s'était pas rendu compte qu'elle avait une fille. Elle l'avait abandonnée comme l'ont fait, après elle, des mères de substitution. Pourtant, Greenson n'ignorait pas le concept d'objet transitionnel. Lorsqu'il partit en voyage en Europe avec son épouse, il confia à Marilyn une pièce de jeu d'échecs afin qu'elle puisse supporter la séparation. Marilyn avait choisi un cavalier. Quand elle perdit cet objet, elle ne put tolérer plus longtemps son absence, elle l'implora de revenir au plus vite. Sans doute, cette pièce – le cavalier – fut plus un « objet fétiche » qu'un « objet transitionnel » pour Marilyn.

Ces situations se rencontrent fréquemment avec les patients suicidaires mais pas seulement. Il semble que la bonne distance avec l'objet est impossible à trouver, toujours trop loin ou trop près. C'est l'abandon ou l'explosion !

Dans la même veine, Winnicott élabore son concept « La crainte de l'effondrement »<sup>9</sup> après le suicide d'une de ses patientes. Il considérait d'ailleurs qu'il était le seul à pouvoir s'en occuper. Elle se donnera la mort lors d'une de ses absences. Il dira d'elle : « *J'ai perdu ma fille unique. C. est morte hier. Elle était mon fléau.* »<sup>10</sup> Cette formulation exprimerait ce condensé d'amour et de haine contre-transférentielle. Green, lui, sera particulièrement attentif à la place du masochisme, du patient comme de l'analyste, dans ce type de prise en charge. Nous pensons bien entendu au masochisme sous la forme de névrose d'échec, le patient et l'analyste se complaisant inconsciemment dans l'impossibilité de ce travail

7 Green (2010), p. 18, cf. *in fine*.

8 Green (2013), p. 22, cf. *in fine*.

9 Winnicott (2010), cf. *in fine*.

10 Rodman, p. 303, cf. *in fine*.

analytique en acceptant une souffrance dont le sadisme n'est pas absent.

Winnicott vieillissant écrivait ce poème à propos du désir de réparation :

*« Mère est en bas à pleurer, à pleurer, à pleurer  
C'est ainsi que je l'ai connue  
Un jour, allongée sur son giron comme maintenant sur  
l'arbre mort  
J'ai appris à la faire sourire, à arrêter ses larmes,  
à la déculpabiliser, à remédier à sa mort intérieure  
Lui donner vie était ma vie. »  
in L'arbre<sup>11</sup>*

On pourrait relever, chez l'un comme chez l'autre, des vécus douloureux en lien à l'objet primaire. Winnicott fut préoccupé, dès sa plus jeune enfance, par le besoin de réanimer psychiquement sa mère. André Green, quant à lui, évoque une mère dont les pensées étaient tournées vers la France, où sa fille aînée se faisait soigner pour une tuberculose osseuse. De plus, lorsqu'il a deux ans, sa mère perd sa sœur brûlée vive dans un accident, ce qui la plonge dans un immense désarroi qui alimentera probablement son concept de « la mère morte. »<sup>12</sup>

## De l'illusion...

Reprenons nos concepts d'illusion et de désillusion. Pour Freud, la notion d'illusion n'est pas tant « jouer » que « se jouer », voire « se faire jouer » par le désir. Il ne s'agit pas d'un espace de jeu à deux comme le décrit Winnicott mais d'une rencontre singulière entre soi, son monde intérieur et le monde extérieur, une rencontre qui transforme nos sens comme nos ressentis. On voit là combien nos perceptions n'ont pas grand-chose en commun avec nos organes de sens et la réalité car elles sont déjà des constructions psychiques, les rêves étant un moyen de donner forme aux désirs pulsionnels inconscients. L'illusion serait donc la projection de notre désir sur notre environnement. Pourtant, l'illusion n'est pas une hallucination pathologique mais une sorte de fantaisie

11 Rodman, p. 370,  
cf. *in fine*.

12 Green (1994),  
cf. *in fine*.

permettant de supporter la détresse infantile et la condition humaine.

Voici l'état d'esprit de Freud en 1927 dans « L'avenir d'une illusion » : les croyances religieuses « ...qui se donnent comme des dogmes, ne sont pas des précipités d'expériences ou des résultats ultimes de la pensée, ce sont des illusions, accomplissements des souhaits les plus anciens, les plus forts et les plus pressants de l'humanité ; le secret de leur force, c'est la force de ces souhaits. Nous le savons déjà, l'impression d'effroi liée au désaide de l'enfant a éveillé un besoin de protection – protection par l'amour – auquel le père a répondu par son aide ; la reconnaissance du fait que ce désaide persiste tout au long de la vie a été la cause du ferme attachement à l'existence d'un père – désormais plus puissant, il est vrai. »<sup>13</sup>

Dans cette optique-là, « se faire des illusions » serait au mieux, comme chez Winnicott, une issue pour pouvoir renoncer à l'omnipotence infantile. Elles peuvent nous introduire dans un imaginaire valorisant nos capacités créatives et au pire nous enfermer dans la folie d'une croyance dogmatique repliée sur elle-même. C'est ainsi que Freud comprenait les phénomènes religieux et les constructions philosophiques. Nous pouvons y ajouter les concepts psychanalytiques : croire pour se donner de l'espoir car parler d'illusion sous-entend la rencontre avec l'expérience de la désillusion en mettant à l'épreuve la capacité de la supporter.

## ...à la désillusion

Penser l'illusion et la désillusion nous renvoie forcément à l'article « Analyse avec fin et analyse sans fin. »<sup>14</sup> Cette écoute psychanalytique est bâtie sur un trépied : la névrose infantile se rejoue dans la névrose adulte et se répète dans la névrose de transfert. Mais cela ne suffit pas à éviter les nombreuses impasses dont il fait l'expérience dans sa pratique.

Dans ces désillusions, il constate : « Il n'y a pas moyen de devancer une élaboration thérapeutique inconsciente dont le matériel n'arrive pas, d'une façon ou d'une autre, dans les séances. » L'approche « intellectualisante » n'accélère pas le processus en cours s'il ne se réactualise pas dans le transfert.

13 Freud (2009), p. 79, cf. *in fine*.

14 Freud (1998), cf. *in fine*.

Il doit également faire le deuil de l'analyse « complète » et « définitive » alors qu'il s'agit d'une rencontre singulière avec tel analyste à telle période de la vie de ces deux protagonistes. De plus, il relève qu'il n'y a pas une réelle différence entre un analysé et un non-analysé ! Mais Freud va surtout interroger ces prises en charge interminables quand l'économie psychique du patient ne change pas véritablement. Il comprend ces analyses « sans fin » par l'intensité pulsionnelle mobilisée face à la force des traumatismes vécus dans une instance psychique incapable de l'intégrer : « *Les traumatismes précoces affrontés par un Moi immature modifient ce Moi par des défenses trop coûteuses créant un noyau inanalysable.* » Voici brièvement son illustration : « *C'est comme si d'un livre original, le psychisme, à force de censure, de déformation et de refoulement, nous en offrait une copie tellement altérée que nous ne trouvons plus trace ni du livre de base ni des censures effectuées. Il n'y a donc plus moyen de retrouver, dans la psyché du patient, des traces du traumatisme initial.* » L'inanalysable est rendu invisible, introuvable pour la psyché du patient, inatteignable pour le thérapeute.

Nous voyons combien il est précieux, pour le psychisme, d'être capable de vivre ces illusions dans le transfert, là où les sentiments d'amour comme de haine se nourrissent à la fois du réel et du « *pas vrai* » selon les mots de Green. Le risque est de se retrouver aux prises avec une relation surinvestie, duelle, sans accès à une pensée mobilisante ou/et être face à une rencontre paradoxale dans une relation gelée, désincarnée comme sans affect. Le trop chaud du transfert comme le trop froid de l'investissement empêchent justement cet espace de jeu nécessaire, garant d'une tiercéité si chère à Winnicott, d'un travail de métaphorisation selon Green.

Peu de psychanalystes osent dire : « *Cela ne marche pas comme on voudrait que cela marche...* » Green s'étonne tout en trouvant pourtant surprenants « *les résultats auxquels on arrive !* »<sup>15</sup> Il constate que l'arrêt de ces prises en charge, longues et difficiles, ne suscite pas l'effondrement tant craint par l'analyste. Nous retrouvons, dit-il, chez la plupart de ces patients une même déstabilisation « stable ». Mais il y a parfois, et c'est bien sûr très inquiétant, une décompensation somatique grave : le corps, témoin de l'impensable, resterait, sans l'espace thérapeutique contenant, le seul réceptacle

15 Green (2010), cf. *in fine*.

à cette détresse enfouie dans un appareil psychique vidé ou plutôt évidé...

Revenons à Green : « *Je ne fais aucune distinction entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle... Vous pouvez lire mes travaux, si vous en avez envie, comme une autobiographie.* » La détresse enfouie ... sa folie privée ... dont il dit : « *Tant que je ne pourrai pas l'élaborer théoriquement, cela restera en moi comme une espèce de corps étranger.* »<sup>16</sup>

Il conceptualise ses altérations du psychisme dans le concept « d'un négatif du négatif » en lien avec une souffrance associée à un défaut de rencontre avec l'objet. Il s'agit alors de rejouer l'empêchement de se décoller de cette nécessaire illusion primaire fondatrice du narcissisme ou au contraire de rester collé à un excès de désillusion lié à la perte de celui-ci. Ces deux aspects induisent une expérience en négatif et plus encore. Il y a, dans un second temps, un désaveu de cette expérience, le « rien / nothing » devient du « no-think », de la non-pensée bloquant tout accès à cette part du psychisme du patient. Il ne reste que les défenses activant l'attachement et l'identification à des objets primaires figés qui maintiennent le sujet dans sa douleur mélancolique. Cette construction psychique repliée sur elle-même reste accrochée à ces expériences précoces déficitaires. Nous sommes en face d'une structure narcissique essentiellement mise au service du manque et de la douleur masochiste.

Toute relation et donc inévitablement la relation thérapeutique risque de fragiliser cette « forteresse » perpétuellement vécue au bord d'un effondrement majeur. Plutôt du « rien », du blanc car le moi immature refuse d'avancer ! Surtout ne rien sentir « de cela » même si la vie n'est plus que perte de sens et souffrance mais pas de « ça » !

## **Dans la réalité de nos cabinets de consultation, d'un côté du miroir !**

La situation clinique que nous allons vous présenter interroge ce qui pousse l'analyste à poursuivre son activité professionnelle malgré ses propres difficultés physiques et/ou psychiques à mener à bien son travail. Notre vignette situe notre propos avec un parti pris, celui de donner la parole à la

16 Green (1995, p. 155, cf. *in fine*).

patiente. Nous découvrirons comment, après une phase d'illusion potentiellement porteuse de changement, un vécu de désillusion vient figer le processus thérapeutique.

Ophélia est italienne, elle vit en Belgique, elle a suivi son mari expatrié pour des raisons professionnelles. Lors de notre première rencontre, elle exprime combien elle est restée traumatisée par une expérience analytique vécue il y a quelques années en Italie. Elle a suivi cette psychanalyse à raison de trois séances par semaine. Après trois ans et demi, son psychanalyste décède. Face à cette épreuve, elle aurait souhaité faire un travail de groupe, pour ne pas revivre une perte similaire. Elle ajoute : « *Dans un groupe, tout le monde ne meurt pas en même temps.* »

Avant d'aborder cette épreuve traumatique en séance, elle effectue un saut dans le temps et raconte : son mari a eu un très grave accident qui avait nécessité une longue convalescence. Elle était alors enceinte de son premier enfant. Dans un état d'épuisement, elle décide de consulter une femme analyste. Après sept années elle a quitté cette première analyste, ayant fait le constat qu'elle n'avait jamais eu l'once d'un mouvement agressif à son égard. Ophélia était consciente que le besoin qu'elle avait d'un ajustement au plus près de ses besoins primaires avait exclu toute attitude négative. L'analyste s'était souciée de lui offrir un cadre sur mesure, très réparateur par rapport aux souffrances de sa petite enfance et au drame actuel. Elle avait quatre séances par semaine, sur le divan, dont deux la même journée, pour lui éviter de trop longs trajets.

Ophélia ne pouvait, ne voulait pas toucher à ce lien harmonieux et enveloppant. Quel soulagement d'avoir enfin trouvé le bon objet ! Elle avait donc contribué à ne rien vouloir changer mais savait intuitivement que tout un pan de sa vie intérieure, son agressivité, sa destructivité, n'avait été l'objet d'aucun remaniement. Elle ne pouvait imaginer réussir ce travail de transformation avec cette analyste sur laquelle elle projetait son incapacité à supporter sa haine. Elle reconnaît aujourd'hui n'avoir pas voulu toucher à cette bulle narcissique mais la nécessaire régulation entre illusion et désillusion a malheureusement été absente.

Peu de temps après la fin de cette première analyse, Ophélia se décide à rencontrer un analyste homme, consciente que

pour accéder à plus d'authenticité, le conflit est nécessaire, et qu'il sera peut-être plus aisé à le vivre avec un homme plutôt qu'avec une analyste femme. Cet homme, dans les entretiens préliminaires, la conforte dans son choix, il lui parle d'une voix douce et ferme, lui prêtant la plus grande attention. À ses yeux elle se sent exister. Elle ne se souvient pas du tout de ce qu'il lui a dit mais elle pense que celui-là, c'est sûr, va supporter son amour « impitoyable ». Les deux premières années, sur le divan, elle le sent présent mais elle ne garde aucune trace de ce qui s'y est dit ; il ne lui reste rien, aucun souvenir.

Au début de la troisième année, il paraît à Ophélie que son analyste a mauvaise mine ; il lui semble ralenti. Les choses se compliquent lorsqu'à une séance de l'après-midi, l'analyste s'endort et se met à ronfler allègrement. Pétrifiée, elle ne sait que faire. Elle commence à tousser, fait du bruit, de plus en plus fort, elle se sent extrêmement angoissée de rester là, dans ce huis clos, enfermée. Il se réveille enfin ; l'heure est passée. Il arrête la séance mais fera semblant de rien.

À la séance suivante, alors qu'elle tente d'aborder le sujet, il manifesterait un mouvement d'humeur. Elle comprend : ne peut-elle pas parler d'autre chose que de ce petit moment insignifiant ? Dans les rencontres suivantes, sa vigilance est exacerbée par son inquiétude : comment ne pas l'endormir ? Est-elle si peu intéressante, l'ennuie-t-elle ? Que doit-elle mettre en œuvre pour le maintenir éveillé ?

Quelques semaines plus tard, voilà qu'après un autre moment d'assoupissement, il intervient en français, sa langue d'origine, au lieu de l'italien ! À partir de là, elle est incapable de laisser libre cours à ses pensées. Pourquoi ne s'est-elle pas levée dès la première séance, lorsqu'il ronflait ? Pourquoi n'a-t-elle pas manifesté son mal-être ? Elle a été prise dans une situation inextricable dans laquelle son agressivité à elle ne pouvait que se retourner contre elle.

Après coup, elle se dit qu'elle avait perçu depuis plusieurs mois des signes de la fragilité de son analyste. Son teint était terreux, il émanait de lui une forme de lassitude, d'épuisement. En avait-elle eu inconsciemment pitié ? À l'annonce de son décès, elle se souvient d'avoir éprouvé des sentiments très contrastés : à la fois une immense tristesse mais également un soulagement. Elle allait être libérée de ses rendez-vous devenus insupportables. Pendant plusieurs mois après le

décès, elle se réveillait dans un état de torpeur, sans aucune représentation mais avec une sorte d'angoisse sans nom. Elle ne savait pas à qui s'adresser, et raconter ce qu'elle avait vécu. Elle se sentait coincée dans une situation paradoxale. Parler... mais à qui ? En parler c'était trahir son analyste, en dénonçant son incapacité à exercer son métier. Ne rien en dire c'était être complice et laisser d'autres patients se retrouver dans une situation similaire, d'être confrontés à un analyste malade ou défaillant.

Nous restons préoccupés devant son récit en nous demandant quelle écoute cet analyste a pu offrir à sa patiente.

L'espace analytique est saturé par la préoccupation de l'analysante pour son analyste, au détriment d'une attention à son propre monde interne. Le soin psychique est inversé et la dissymétrie analytique fortement mise à mal. La patiente est confrontée à l'intime de son analyste où tout espace intermédiaire est anéanti. Nous pouvons percevoir dans cette relation une forme de séduction inconsciente de la part de l'analyste : « Occupez-vous de moi ! » Son attitude sadique n'est pas loin non plus, notamment lorsqu'il accuse la patiente de faire grand cas de ce rien du tout : la réalité de son endormissement. Les vécus d'Ophélie sont banalisés ou suscitent de l'irritation. Sa colère mais aussi ses mouvements plus agressifs ne peuvent être accueillis, analysés, sous peine qu'ils ne deviennent persécuteurs pour son analyste.

Dans nos entretiens, Ophélie interroge son immobilité devant ce mauvais traitement. Elle comprendra cette position masochiste comme une répétition de son histoire infantile. Petite fille, dès qu'elle tentait d'exprimer à sa mère une insatisfaction, un mécontentement ou de la détresse, elle se vivait comme une enfant compliquée voire insupportable. Sa mère alors désinvestissait leur relation et montrait des signes de retrait allant jusqu'à l'effondrement. Alors Ophélie craignait plus que tout de perdre l'amour de sa mère.

Tout mouvement agressif, elle le comprend aujourd'hui, mettait en difficulté une mère fragile et incapable de supporter la moindre critique. Cette mère ne pouvait pas accueillir et transformer la souffrance de sa fille qui sans doute lui rappelait trop la sienne. La détresse de la fille, sa colère, se transformait chez la mère en plainte non exprimée mais perceptible de son propre malheur.

Elle sentait qu'il fallait en permanence la rassurer narcissiquement, ne pas remettre en cause ses compétences maternelles. Elle s'est rendu compte que sa mère était très déprimée, régulièrement absente psychiquement, et qu'elle, enfant, cherchait à tout prix à la maintenir vivante.

Nous comprendrons petit à petit que cette patiente a eu à revivre, dans cette expérience avec son analyste, un contact avec une mère morte. L'analyste était présent physiquement, mais psychiquement absent. Elle s'est, dès lors, comme lorsqu'elle était enfant, sentie coupable de ne pas pouvoir réanimer son objet d'investissement. Ce contact avec la fragilité de son analyste met à mal la neutralité et le principe d'abstinence. Tout le jeu possible entre la présence et l'absence a disparu. Ici la patiente est seule en présence physique d'un analyste psychiquement absent. La mère morte n'a pas pu être traitée dans l'aire d'illusion, mais est devenue une réalité. Cette patiente a été plus que désillusionnée, elle a vécu une forme de désespoir. Ses cauchemars récurrents témoignent d'une douleur abyssale.

Le cas de cette patiente nous fait penser inévitablement à la situation qu'a vécue André Green avec son analyste Bouvet. Nous le citons : « *Ce fut une analyse des plus classiques, malheureusement fortement infléchie par ses ennuis de santé. Il y avait de ma part un déni de son état et je ne peux pas dire que son attitude ait fait grand-chose pour analyser ce caractère dénégateur, au contraire sans doute mon déni rencontrait-il aussi le sien...* »... « *Je n'avais pas voulu prendre acte de l'impression qu'il était très malade, ou, si je percevais quelque chose d'inquiétant : Ce sont mes projections. C'était une situation assez folle.* »<sup>17</sup> « *...Bouvet étant malade, il avait un parcours de vie limité ; je devais bien le sentir, malgré mes dénis, ce qui devait beaucoup gêner mon transfert avec lui. Peut-être qu'en plus il y avait mis du sien. Je me souviens d'une séance d'analyse où Bouvet a été saisi d'une quinte de toux interminable. Quand il s'est arrêté, je lui ai dit : "J'ai cru que vous alliez mourir." Il m'a donné une interprétation, ce qui était parfaitement justifié, mais il a éprouvé le besoin d'ajouter : "Après tout, ce n'était qu'une quinte de toux."* »<sup>18</sup> Bouvet décédera quelques mois après la fin de cette analyse, à l'âge de 48 ans.

Le patient craint de devenir « le mauvais sujet », celui par qui le mal arrive, rejoignant peut-être ainsi le fantasme de

17 Green (2001), p. 72, cf. *in fine*.

18 Green (2001), p. 77, cf. *in fine*.

l'enfant destructeur, renvoyant au mythe d'une famille sans histoire. De quoi serait-il plus coupable, de dénoncer l'abus ou d'être complice de l'abuseur ? Dans tous les cas, nous nous retrouvons face à la confusion des langues et ses conséquences délétères.

Nous savons combien ces questions sont difficiles à aborder au sein de nos sociétés professionnelles. Ces zones de silences sur ces positions éthiques et déontologiques questionnent nos collusions inconscientes les plus intimes jusqu'à protéger ces dérives, surtout si nous appartenons à cette famille professionnelle.

## De l'autre côté du miroir

Oscar a maintenant plus de 60 ans et nous pouvons dire que nous avons fait quasi toute notre carrière ensemble.

Notre sentiment d'échec comme psychanalyste dans cette prise en charge particulière n'a fait qu'augmenter avec les années, nous culpabilisant de n'avoir pas trouvé la bonne porte tenue ouverte avec assez d'insistance, pour mobiliser réellement le psychisme de ce patient.

Ce n'est pas faute de nous être interrogée et d'avoir cherché de l'aide toujours avec la même question : un processus psychique est-il en cours chez ce patient ? Nous tentions continuellement de mieux saisir les enjeux inconscients de la relation thérapeutique comme dans notre contre-transfert, ne sachant pas s'il nous fallait arrêter ou continuer la prise en charge... sans jamais pouvoir trancher d'un côté ou de l'autre.

Nous nous sommes souvent sentie, face à lui, comme un alter ego plus chanceux, un double moins douloureux. Non pas qu'il ne se soit rien passé dans sa vie : réussite professionnelle et confort matériel, femme et enfants suivi d'un divorce difficile, rencontres diverses mais sans accrochage amical et amoureux satisfaisant, le laissant dans un sentiment de solitude sans fin.

Oscar parle constamment d'une existence non vécue de laquelle est absent le sentiment de gratitude que l'on peut avoir pour une vie faite. Il n'éprouve aucun plaisir, même pas celui d'être heureux à certains moments, sans oser aimer et se sentir suffisamment aimé en retour.

Oscar baigne dans une douleur sourde en permanence mais une douleur qui reste en deçà d'une réelle conscience tant il est envahi par des angoisses tétanisantes. Il a le sentiment de se battre constamment contre un chaos externe comme interne. Toute son énergie s'épuise à lutter contre une peur intense car toute rencontre intime est associée à un risque de mort imminente via des irruptions somatiques explosives.

Ainsi, un chagrin d'amour prend la forme d'une crise cardiaque, l'ampleur d'une tâche difficile le met au bord d'une hypertension alarmante. Il est toujours à fleur de peau, à fleur de mort. Comment savoir sur quel terrain nous pouvons le retrouver ? En séance, son paroxysme dramatique et ses inquiétudes somatiques paralysent nos élaborations psychiques, les siennes comme les nôtres. Nous vivons un contact en surface de peau, nous sommes submergée par des remous sans histoires !

Ces années ont permis de reconstruire quelques bribes d'une histoire familiale en miroir à ses vécus internes : traumatismes violents, décompensation maternelle grave, lien d'emprise au père, vécu d'humiliation. Nous avons tenté de recharger émotionnellement ses parties sclérosées, insensibilisées mais aucune greffe n'a réellement pris. Il n'y a toujours pas beaucoup de chair interne alors que cela continue de suinter de partout. Il peut dire parfois qu'il s'aime un peu plus même si ses vécus d'insatisfaction et de danger restent dominants.

Oscar évoque une scène récente vécue régulièrement au sein de sa famille d'origine. Les contacts étant rares et toujours difficiles, ils ont décidé de se retrouver tous ensemble dans un restaurant. Le père ne vocifère plus depuis qu'il a arrêté de boire. La mère, plus vivante que d'habitude, raconte ses projets dans un face-à-face avec sa fille. Lui est là, personne ne lui parle, on ne lui demande rien. Le repas est fini, il paye l'addition pour tout le monde comme d'habitude et il s'en va.

« *Je suis transparent* », dira-t-il, « *avec eux comme avec les femmes, elles ne me voient pas.* » Les autres femmes, sa mère, sa sœur... Pourtant nous, comme analyste, nous le voyons. Nous n'avons jamais pu le lâcher mais nous ne semblons pas exister comme personne pour lui-même s'il peut aussi dire : « *Moi je viens ici parce que je me sens en confiance avec*

*vous. Vous, vous me connaissez !* » Au prix de quel « déni », nous disions-nous intérieurement.

Avec lui, nous nous sentons investie comme un objet mais un objet avec des qualités particulières : ferme, face à lui, sensible, car il nous touche et ne nous ennuie jamais. Un objet, pourtant, qui ne peut pas prendre vie, paralysé dans son transfert. Nous vivons une dépression en miroir partagée jusqu'à un certain point car nous ne pouvons pas faire le mort face à lui. Nous avons besoin de nous montrer vivante, présente, parfois trop, pour survivre face à ces angoisses d'anéantissement. Lui, il ne sait pas jouer avec ses pensées et ses émotions. Enfin si... Parfois, à de très rares moments, il a du coup l'impression de découvrir le monde, de se sentir exister, mais cela ne tient pas ! Tout est à nouveau balayé par un sentiment de danger immédiat, une catastrophe à venir. Il s'appuie sur des faits de la vie réelle et qui nous font chaque fois nous dire : et si c'était vrai ? Questionnement qui nous prive de notre propre intériorité psychique pour attirer notre écoute vers l'extérieur.

Oscar est-il vraiment au bord de la faillite, est-ce vraiment un infarctus, ce coup de poignard dans le dos et cette paralysie du bras ? Seraient-ce les prémices d'une rupture d'anévrisme, ces symptômes qui l'amènent aux urgences plusieurs fois ce mois-ci ? Cette femme rencontrée est-elle vraiment si folle et hystérique qu'il doit fuir, une fois de plus ? Nous lui en voulons de rester dans ses symptômes répétitifs jusqu'à détester cette position masochiste qu'il nous fait subir. À supporter l'intransformable, nous nous sentons une incapable.

Nous sommes interpellée par cette question « et si c'était vrai ? ». Dans cette formulation : le « vrai » ment ! Il y a quelque chose qui ment dans notre rencontre car l'objet réel n'est pas l'objet psychique. Le réel met en échec l'espace d'illusion nécessaire à toute élaboration et nous laisse enfermer dans un temps suspendu où rien ne bouge. Oscar utilise une réalité pour faire constamment écran entre lui et moi mais surtout entre lui et lui.

Notre histoire semble ne garder aucune trace de séance en séance. Elle se raconte par bribes sans que nous puissions la comprendre et l'intégrer à un fil narratif. Toute douleur psychique est rapidement effacée, inaccessible, non pensable. Est-ce pour cela qu'il se sent invisible ? Nous entendons aussi « invincible », « non touchable ». Nous nous débattons dans

une mer visqueuse où on ne peut ni se laisser porter ni se perdre au risque d'y rester.

Comment aurions-nous pu lui faire comprendre que derrière la confiance qu'il témoigne envers et contre tout, sa haine envers l'objet est toute proche. Nous sommes restée dans une position quasi traumatique. Sa demande d'amour idéalisé et toujours insatisfaisante cache une peur de l'objet séparé de lui car hors de son « contrôle ». D'une certaine façon, il a figé nos séances au lieu d'oser se frotter à une relation décevante mais pensable et transformable. C'est là que nous aurions peut-être pu nous rencontrer plutôt qu'en fétichisant le thérapeute dans la fonction du « uniquement bon réparateur » comme dans le cas Marilyn.

Cet arrêt dans la symbiose nous appartient probablement à tous les deux mais survivre ainsi l'un à l'autre lui a-t-il permis d'étoffer son appareil à penser ses mouvements internes et son histoire ? Nous nous sommes souvent sentie comme l'écho de ce monde intérieur : un corps submergé de sensations plus que d'affects dans une indifférenciation entre lui et nous, un objet primaire à peine contenant et inintelligible.

Dans cette prise en charge, nous sommes restés dans une relation paradoxale. L'illusion d'avoir enfin trouvé un objet sur lequel s'appuyer n'a jamais pu être expérimenté. Cela demandait probablement une trop grande prise de risque, la dépendance dans l'objet énigmatique suscitant un vécu d'anéantissement. Ici, l'angoisse a le goût de l'annihilation et passe dans le corps, au plus loin de la pensée. D'un autre côté, nous n'avons jamais pu élaborer la désillusion du chemin parcouru, sujet trop à risque pour son narcissisme fragile. Dans ces prises en charge, lors de la séparation, l'objet thérapeutique n'est pas détruit et le deuil de la relation ne peut pas être élaboré car celui-ci doit toujours être gardé disponible pour ces patients.

## En conclusion

Nous pouvons constater que le concept d'illusion comme de désillusion recouvre des aspects qu'il nous faut préciser à chaque situation. Nous percevons combien ces deux concepts sont articulés, intriqués l'un dans l'autre.

Au regard de la psychanalyse, illusion et désillusion reflètent toutes nos idéalizations, sollicitant inévitablement la tentation de faire taire nos propres failles internes et nos désirs de réparation.

Mais qu'en est-il dans la réalité de notre travail ?

L'illusion comme la désillusion concerne les deux acteurs de cette fiction de départ. Dans la prise en charge de nos patients, ne pas en faire un outil d'élaboration entraînerait le risque d'enkyster les échecs et les impasses inévitables.

Pour Ophélia, son premier analyste ne lui permet pas de construire une aire d'illusion où l'ambivalence lui aurait permis de se décoller de l'objet primaire. Son second analyste devient réellement une mère morte et il n'y a plus de processus possible tant la désillusion est devenue du désespoir.

Dans le cas d'Oscar, le patient étouffe son analyste en injectant un vrai collapsus avec la réalité et plus aucun mouvement n'est possible. La relation reste fixée aux objets traumatiques de l'enfance et à la « non expérience » thérapeutique... telle qu'envisagée du côté de l'idéal thérapeutique.

Nous avons, dans toute rencontre psychanalytique, l'illustration de ce que l'on pourrait nommer une folie à deux. L'enjeu serait alors : devoir l'éprouver pour pouvoir s'en défaire. N'est-ce pas cela qui rend le processus thérapeutique possible ?

Nos deux cas illustrent trois situations cliniques : l'attitude réparatrice de la première analyste d'Ophélia, la souffrance impensable de son second analyste malade qui ne peut pas reconnaître sa propre détresse et ce qu'il fait vivre à ses patients, et l'analyse d'Oscar qui témoigne de la rencontre avec un objet impossible, ni suffisamment illusionnant ni désillusionnant.

Rentrer au cœur de la relation thérapeutique en donnant accès à la colère, la déception et la haine de la rencontre avec la réalité reste un chemin difficile. Les fantasmes de destructivité qui se confondent avec l'acte de détruire et d'être détruit empêchent de se décoller des objets primaires internalisés. Ils sont déjà vécus comme si fragiles, si peu fiables, ces objets-là !

Oser « jouer » avec ces enjeux-là suppose une assise narcissique suffisante chez le patient comme chez l'analyste. L'émergence d'un appareil à penser s'articule sur un vécu

d'omnipotence éprouvé suffisamment pour pouvoir être aussi suffisamment ébranlé. Nous avons vu que lorsque la désillusion est évitée, elle peut laisser le patient dans une dépendance délétère. Nous avons également pu constater que, lorsque la désillusion arrive trop tôt, trop brutalement, empêchant l'assise de l'illusion omnipotente, alors rien ne peut se tempérer. Le repli narcissique se transforme en armure et il est bien difficile d'assouplir ces défenses de survie. Patient et analyste sont enfermés dans ces relations « à la vie, à la mort », se nourrissant d'un fantasme d'éternité. Un propos de Pontalis nous revient : « *Il y a des patients dont nous dépendons pour être vivants, c'est-à-dire pas seulement pour assurer notre homéostasie, mais pour qu'en nous aussi cela bouge, continue à bouger, même un peu, et chacun de nous est plus prompt à identifier la dépendance d'autrui qu'à reconnaître la sienne.* »<sup>19</sup>

19 Pontalis (1977), p. 175, cf. *in fine*.

- J. ABRAM, *Le langage de Winnicott*, Paris, Éditions Popesco, 2009 (2003).
- S. FREUD, *L'avenir d'une illusion*, Paris, Flammarion, Paris, 2009 (1927).
- S. FREUD, « Analyse avec fin, analyse sans fin » in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1998 (1937).
- A. GREEN, *Le discours vivant*, Paris, PUF, 1973, Quadrige 2004.
- A. GREEN, « La position phobique centrale » in *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- A. GREEN, « La mère morte » in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1983 (1980), coll Critique.
- A. GREEN, *Un psychanalyste engagé*, Paris, Calmann-Lévy, 1994.
- A. GREEN, *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*, Paris, Odile Jacob, 2010, coll Psychologie poches, 2013.
- J.-P. LEHMANN, *Comprendre Winnicott*, Paris, Armand Colin, 2009.
- J.-B. PONTALIS, « À partir du contre-transfert : le mort et le vif entrelacés » in *Entre le rêve et la douleur*, Paris, Gallimard, 1977.
- F.R. RODMAN, *Winnicott, sa vie, son œuvre*, Toulouse, Érès, 2010.
- M. SCHNEIDER, *Marilyn dernières séances*, Paris, Gallimard, 2008, coll folio
- D.W. WINNICOTT, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- D.W. WINNICOTT, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2010, nrf.

## Bibliographie