

REVUE FRANÇAISE
DE
PSYCHANALYSE

TOME XX

Nos 1-2

JANVIER-JUIN 1956



PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1956

INSTITUT DE PSYCHANALYSE

—
187, Rue Saint-Jacques

SOMMAIRE

XVIII^e CONGRÈS DES PSYCHANALYSTES DE LANGUES ROMANES

Paris, 11-12-13 novembre 1955

CENTRE PSYCHIATRIQUE SAINTE-ANNE

PREMIER RAPPORT

M. GRESSOT

Psychanalyse et connaissance
(*Contribution à une épistémologie psychanalytique*)

Discussion. — R. DE SAUSSURE, M. BENASSY, R. HELD, J. R. DE OTAOLA,
J. DE AJURIAGUERRA.

M. GRESSOT. — *Réponse.*

DEUXIÈME RAPPORT

R. DIATKINE et J.-A. FAVREAU

Le caractère névrotique

Discussion. — F. LECHAT, M. FAIN, S. LEOVICI, J. ROUART, R. DE SAUS-
SURE, M. GRESSOT, M. BENASSY, B. BARTOLESCHI, M. BOUVET.

R. DIATKINE et J.-A. FAVREAU. — *Réponse.*

TROISIÈME RAPPORT

J. MALLET

Contribution à l'étude des phobies

Discussion. — Mme M. BONAPARTE, M. GRESSOT, M. CÉNAC,
R. HELD, F. PASCHE, S. NACHT, S. LEOVICI, Mme M. BONAPARTE,
J. R. DE OTAOLA.

J. MALLET. — *Réponse.*

Le transfert dans la réalisation symbolique

par M. A. SECHEHAYE

I. — INTRODUCTION

Alors que pendant longtemps, on a suspecté les schizophrènes d'être incapables de transfert, aujourd'hui, tous les analystes qui s'occupent de ces malades sont unanimes à reconnaître la possibilité de relations transférentales chez ces patients. Federn a été l'un des premiers à en démontrer l'existence.

Est-ce à dire que le transfert du schizophrène est identique à celui du névrosé ? Il est difficile de l'admettre lorsqu'on sait combien les schizophrènes se montrent inaptes à entretenir des relations objectales vraies, relations indispensables à la situation analytique. Mais avant de chercher ce qui différencie ces transferts, constatons que, comme dans l'analyse classique, le transfert constitue dans un traitement des schizophrènes, l'instrument capital de l'analyste. Ceci quelle que soit la catégorie de malades auxquels on a affaire. Cependant, il n'y a pas de doute qu'il existe des individus, diagnostiqués schizophrènes, qui, ainsi que Nacht l'a fait observer, sont plutôt des schizoïdes avec des troubles névrotiques, chez qui on trouve un transfert semblable à celui du névrosé.

Au contraire, les malades auxquels je ferai allusion dans ce travail, sont des individus ayant opéré une régression des plus sévères et dont le moi est très détérioré. Non seulement, les relations interpersonnelles sont inexistantes chez ces malades mais les relations intrapersonnelles sont profondément troublées, c'est-à-dire qu'ils ont perdu le sentiment de leur existence, de leur identité et de leur situation dans le monde. Dans leur enfance, on trouve presque toujours des frustrations répétées, une carence maternelle précoce et sévère. Les impor-

tants travaux des auteurs anglais et américains sur ce sujet, pour ne citer que quelques uns : d'Anna Freud à Greenacre, Fromm-Reichman, Rosen et Spitz, ont été unanimes à souligner les connexions qui existent entre ces premières expériences et les troubles graves observés dans la personnalité des schizophrènes. Expériences qui marquent d'une empreinte quasi indélébile le psychisme de ces sujets et rendent leurs rapports ultérieurs avec la réalité fragiles et inconstants. Ces malades ont rompu tout lien avec l'objet primaire frustrateur et ont voulu le détruire en se détruisant eux-mêmes. A la place, ils ont édifié un mur de défenses et de compensations aussi solides que rigides. Comment s'attendre, dans de telles conditions, à ce que ces malades fassent d'emblée un transfert sur le thérapeute qui les entreprend ? Au contraire, profondément enfoncés dans leur rêve autistique ils ne s'aperçoivent pas de la présence du médecin, ne le distinguant même pas des objets inanimés qui les entourent. Ce sera donc au psycho-thérapeute de faire les premiers pas, de se faire remarquer du malade par une attitude délibérée et soutenue, bref, de lui imposer sa présence.

Nous voyons ainsi l'un des caractères du transfert chez le schizophrène, qui est d'être, non pas spontané comme c'est le cas chez le névrosé, mais bien *induit, structuré par le thérapeute*, dans la forme qui convient au malade.

II. — PRÉ-TRANSFERT

Au cours de cette première étape du traitement où l'analyste prend toute l'initiative, il semblerait plus exact de parler de « pré-transfert » ou « phase pré-transférielle » que de transfert proprement dit. En effet, il s'agit en premier lieu, d'instaurer des liens de sympathie, de confiance avec le malade, de se faire accepter par lui et, partant, de pénétrer son monde opaque et indifférencié. Tous ceux qui ont procédé à une telle approche savent quelles difficultés on rencontre avant de réussir à établir le plus léger lien avec un schizophrène retranché dans son univers autistique ! Ces périodes de « pré-transfert » n'ont pas encore été étudiées d'une façon suffisamment systématique et, pourtant, elles sont d'une importance capitale, car de leur bonne conduite dépend le succès psychothérapeutique ultérieur. La manière de créer ces premiers liens variera avec le genre de malade et de leurs régressions ainsi que des défenses qui y sont opposées. Mais certains principes seront toujours valables pour tous les cas : c'est ainsi qu'un principe de base (qu'il est essentiel de suivre avec des schizophrènes très atteints) est d'entrer en contact avec les malades *au niveau même de leur régression*,

si archaïque soit-il. Il ne sert à rien, en effet, si le schizophrène se trouve à un stade pré-verbal, d'interpréter oralement ses symboles ou son comportement ou même de lui exprimer notre sympathie et notre désir de l'aider. Toutes les paroles du psychothérapeute ne parviendront pas à traverser le champ de conscience du malade ; elles ne constitueront pour lui qu'un fond sonore indistinct. Par contre, c'est dans ces formes de schizophrénie très régressées, que se révèle l'importance des procédés de « contact et de soins physiques », procédés qui s'adressent au « moi corporel » du schizophrène, et qui utilisent la sensibilité cutanée, musculaire, pour procurer du bien-être au malade et par là créer un contact. Il faut au contraire découvrir le centre même du refuge du patient.

Voici l'exemple d'une petite schizophrène de 6 ans, très détériorée, ne tolérant aucun contact physique ou affectif, perdue dans ses stéréotypies et son maniérisme. Toutes les tentatives pour entrer en rapport avec elle échouèrent. Je compris que le seul plan où cette enfant « existait » encore était le plan de la motricité et seulement dans une partie déterminée de son corps : les pieds. Elle aimait faire des mouvements alternatifs des jambes, couchée sur le dos, qu'elle appelait « La bicyclette. » Je cessai alors de m'adresser à elle pour ne m'adresser qu'à ses pieds. Je les pris dans mes bras, je les caressai comme s'ils étaient un bébé, je les secouai, leur parlant comme à un être vivant, ce qu'ils étaient en fait pour l'enfant ! D'abord je le fis pendant de courts instants, de manière que la petite malade ne coupe pas elle-même le contact. Non seulement l'enfant ne retira pas ses pieds de mes bras mais elle les plaça elle-même sur mes genoux en disant très vite comme malgré elle « Bébés, bébés ! » montrant ainsi qu'elle acceptait le thérapeute comme « mère de ses pieds », la seule partie du corps qui la représentait. A partir de ce moment le thérapeute était non seulement accepté, mais aussi désiré. Des parties de plus en plus larges du corps de l'enfant furent « offertes » à la mère-thérapeute, jusqu'au jour où la petite patiente accepta qu'on touchât son visage, réclamant même des baisers. Il était étonnant de faire l'expérience de quel contact profond et authentique l'enfant se montrait capable sur ce plan moteur perceptif.

Binswanger a signalé combien le simple contact de la main du psychothérapeute sur le bras ou le front peut tranquilliser un malade. Avec des schizophrènes moins régressés, on peut d'emblée établir des relations sur le plan symbolico-verbal en parlant le langage même de l'autisme. On prouve ainsi aux malades qu'on les comprend et qu'on les accepte en tant qu'êtres existentiels.

III. — DÉFENSES CONTRE LE PRÉ-TRANSFERT

Quel que soit le plan sur lequel on entreprend d'établir des relations avec les malades, soyons persuadés que ceux-ci perçoivent nos efforts bien longtemps avant qu'aucun signe n'indique qu'ils en sont conscients.

Voici par exemple, une jeune hébéphrène complètement indifférente depuis plus d'une année. Survint une nouvelle infirmière qui la traita avec une sollicitude toute maternelle, sans cependant obtenir la moindre réaction ou modification dans l'état de la malade. Ce n'est qu'au bout de 3 mois que la jeune patiente sortit de son inertie et se mit à faire des progrès rapides. Lorsque je l'interrogeai, elle me fit part des impressions suivantes : « Tout était gris autour de moi, toutes les paroles que l'on m'adressait faisaient un brouhaha dans ma tête. Puis Nurse Illi est sortie peu à peu de cette grisaille uniforme et je l'ai « sentie », parce qu'elle était si gentille avec moi, qu'elle me soignait comme une maman. » « Mais alors pourquoi ne répondiez-vous pas auparavant quand Nurse Illi vous parlait ? » « Oh, répliqua la malade, j'avais trop peur que ça disparaisse, c'était comme un beau rêve qui pouvait s'évanouir au moindre mouvement. C'est seulement quand j'ai été tout à fait sûre que c'était bien vrai qu'elle ne m'abandonnerait pas que j'ai pu bouger et parler. »

De tels comportements sont infiniment plus fréquents qu'on ne l'imagine. En effet, la recherche du contact par le thérapeute provoque chez le schizophrène un renforcement de son système de défense, et ce renforcement se traduit par une augmentation de l'indifférence, de l'agitation, ou par une fuite plus marquée dans le monde hallucinatoire et délirant.

L'analyste ne doit pas se laisser tromper par ces résistances qui durent parfois des semaines, sinon des mois, et supposer que son action demeure sans effet, ou croire que l'établissement du transfert est impossible. Bien au contraire, la capacité transférentielle n'est pas détruite chez le schizophrène, mais se réduit à la simple compulsion de répétition, qui s'exprime sous deux formes : la compulsion à répéter les *besoins primaires* qui ont été frustrés et la compulsion à répéter les *défenses instaurées* autrefois contre ces frustrations.

C'est cette dernière forme de compulsion des défenses qui est mise en branle dès qu'on essaye d'établir un contact avec le schizophrène. Toute ingérence dans sa vie affective est ressentie comme une menace, un trouble, une perte d'équilibre ; ce qui amène le renforcement du système de protection. Mais derrière ces résistances se dissimule l'être

authentique, le petit enfant carencé d'autrefois, qui a été réveillé par notre sollicitude et qui se met à espérer. Une lutte va s'engager entre ce que Winnicott appelle si justement : « The true self and the false self. » (Le vrai Moi et le faux Moi.)

Dans cette phase de la thérapie, il ne s'agit pas encore de transfert au sens usuel du terme mais bien de *défenses contre le transfert* et de *transfert de défenses*. En effet, le malade se défend contre son désir grandissant d'accepter le psychothérapeute et par crainte d'être déçu par lui, lui oppose les mêmes mécanismes de défense qu'il avait élaborés contre la réalité frustratrice. Greenacre a montré que de tels malades présentent une angoisse intense et quasi irréductible, qu'elle qualifie « d'angoisse basale ». C'est cette angoisse qui est réactivée chez le schizophrène quand le thérapeute veut l'entraîner hors de son autisme protecteur.

Ce n'est pas le lieu ici de décrire les divers procédés que le psychothérapeute a à sa disposition pour vaincre les résistances que lui oppose son patient. Disons seulement que ces procédés varient avec les schizophrènes, leur degré de régression et même avec le tempérament du psychothérapeute : une psychothérapeute comme Fromm-Reichman ne s'adressera pas à un schizophrène de la même manière qu'un Rosen. Quant à nous, l'expérience nous a montré que pour des schizophrènes très infantiles, une attitude maternelle et sécurisante amène presque toujours une sédation de l'angoisse et partant une diminution des résistances. Mais quelle que soit la technique, le but reste le même : devenir nécessaire affectivement au malade et mettre au jour l'être authentique dissimulé derrière la psychose.

IV. — TRANSFERT-GREFFE

Cet objectif une fois atteint, nous assistons à une modification fondamentale dans le comportement du malade. Celui-ci, se sentant compris, protégé, aimé, commence à formuler ses besoins primaires, non plus dans des expressions psychotiques délirantes, mais d'une manière *intentionnelle*, c'est-à-dire qu'il dirige ses besoins vers le psychothérapeute dont il en attend satisfaction. Alors, l'analyste doit se rendre compte qu'il est dorénavant engagé dans une aventure affective, *vitale* pour son malade, et qu'il n'est plus question qu'il se dérobe, sous peine de le voir sombrer. « Si on abandonne un schizophrène, déclare Spitz, on le tue. »

Or, pour mener à chef une psychothérapie aussi difficile que déli-

cate, il est indispensable que l'analyste soit parfaitement conscient de ce qu'implique un « transfert schizophrénique », lequel en réalité est bien plutôt une véritable *greffe affective*. Car, comme nous l'avons vu, on ne peut pas lui attribuer le même sens et la même fonction qu'à un transfert névrotique. Le névrosé, lui, est appelé, grâce aux régressions transférielles, à revivre la situation passée et il doit la surmonter. Il y parvient avec l'aide de l'analyste et en tolérant toujours mieux la règle d'abstinence qui lui est imposée, la tâche de l'analyste, dans ce cas, est de favoriser ces régressions, mais en aucune façon de satisfaire les besoins du patient.

La situation est tout autre dès qu'il s'agit de schizophrènes très régressés. Ces malades ne supportent pas, en effet, de revivre les frustrations passées, même sur le plan transféral, ni même avec l'aide du psychothérapeute.

Tout ce que le patient est capable de faire, c'est de transférer des besoins et désirer qu'ils soient satisfaits. Ces malades vivant en dehors du temps, le passé ne se différencie pas du présent : pour eux, il n'y a pas une frustration passée qui peut s'actualiser à la faveur du transfert ; mais toute frustration nouvelle *est* la frustration primaire et entraîne les réactions pernicieuses de celle-ci. Bien plus, maintenant que le schizophrène s'est dépouillé de ses moyens de protection psychotiques par le nouveau contact avec le thérapeute, il va se trouver entièrement livré aux pulsions et à l'angoisse désagrégatrices.

Mais alors, qu'est-ce que transfère le schizophrène puisqu'il ne tolère pas une actualisation de l'expérience passée ? Ce que le malade reporte sur le thérapeute, ce sont justement ses désirs, ses besoins profonds, *l'espoir de trouver une mère-idéale*. « Tout individu, déclare Freud, auquel la réalité n'a pas apporté la satisfaction entière de son besoin d'amour, se tourne inévitablement vers tout nouveau personnage qui entre dans sa vie. » (*De la Technique psychanalytique*, p. 51.) Or, nous, thérapeutes, sommes devenus ce personnage nouveau dont parle Freud, cette mère-idéale vers laquelle tend désormais toute l'affectivité du schizophrène. Et la meilleure manière de le lui prouver *est de réaliser ses besoins authentiques et ceci sur le plan même où il nous les exprime*, c'est-à-dire un plan symbolico-projectif. On comprend dès lors pourquoi tous les efforts du thérapeute pour montrer son affection au malade sur le plan adulte ou sur un plan artificiellement infantile ne provoquent qu'indifférence ou irritation. Souvent même, cela est ressenti par le schizophrène comme une frustration, un rejet, et suscite un transfert négatif violent, car si le malade exprime ses besoins dans des symboles,

c'est parce qu'il lui est interdit de les manifester directement, même s'ils sont parfaitement légitimes. D'autre part, le schizophrène, si régressé soit-il, n'est pas un enfant ; il demeure un adulte malade. C'est pourquoi le traiter comme un enfant ne pourrait pas constituer une thérapie adéquate. Mais lorsque le thérapeute a réalisé de la bonne manière le besoin profond du patient, alors seulement il est devenu la « mère-idéale », la « vraie maman » comme le disait un petit schizophrène.

Pas un instant le malade n'a le sentiment qu'il s'agit d'un remplacement de la mère réelle ou d'une réactivation du passé infantile. — La situation est donc bien différente de celle que l'on a dans un transfert de névrosé : le schizophrène expérimente dans la psychothérapie une *situation vraiment nouvelle* et qui lui a manqué dans l'enfance puisqu'il n'a pas vécu l'amour de la « bonne mère ». Pour la première fois de sa vie, il se sent aimé, satisfait, sécurisé ; la mère-thérapeute étant l'antidote de la mère « insécure » de son passé. Il semble bien que l'on puisse parler dans ce cas d'une *véritable greffe*. Ce *transfert-greffe* est alors vécu par le schizophrène d'une façon intensive et dramatique, parce que vécu sur le mode de la participation pré-symbolique-magique. Le patient ose désormais formuler ses besoins de plus en plus librement et clairement, c'est-à-dire qu'il les exprime par des formes symboliques et « participatives » et non plus délirantes.

V. — EFFETS DU TRANSFERT-GREFFE

a) Une conséquence immédiate découle de cette greffe affective, c'est la création chez le schizophrène d'un *état de dépendance* quasi absolue vis-à-vis du psychothérapeute. Ainsi, une malade m'apportait une poupée en disant : « Vous devez la prendre entièrement en mains et lui dire à mesure ce qu'elle doit faire. Alors je ferai comme elle. » D'où provient cet état de dépendance si profond du schizophrène, qui s'installe une fois que les liens « mère et enfant » ont été établis avec le psychothérapeute ? Certes, on peut dire que ce besoin nouveau est fonction directe de l'état régressé où se trouve le malade, mais je crois qu'on peut l'attribuer pour une large part à la désadaptation foncière qui est consécutive à la sortie de l'autisme. Le monde autistique, en effet, constituait, jusqu'à présent, le seul refuge du schizophrène, sa seule réalité, réalité qui est remplacée maintenant par celle de la mère-thérapeute. Federn a souligné ce rôle particulier du psychanalyste, lorsqu'il écrit : « L'expérience d'un bon transfert est la réalité majeure

pour le psychosé. » En fait, le schizophrène a passé, grâce au processus du transfert-greffe d'un *état autistique à un état symbiotique*.

Pendant un certain temps, le patient vit uniquement en fonction de la mère-thérapeute, dans des relations affectives aussi étroites qu'archaïques. Il attribue à cette mère un pouvoir illimité, de caractère magique. Le malade attend tout d'elle ; elle est la dispensatrice de son bien-être physique et psychique, l'auteur de tous les événements, bénéfiques et maléfiques, qui surviennent dans sa vie. Bref, elle constitue pour lui le centre du monde et la seule réalité qu'il puisse reconnaître. En dehors d'elle, le schizophrène ne perçoit que vide, froid et menaces.

Si le thérapeute parvient à répondre d'une manière adéquate à ce besoin de dépendance de son malade, il lui permet d'expérimenter cette chose précieuse entre toutes : la sécurité et la détente.

A ce stade, ce que ressent le schizophrène s'apparente à la sensation de sécurité et de bien-être qu'éprouve un nourrisson ayant reçu un bon maternage.

Au début, ce sentiment de sécurité n'est ressenti par le patient que dans des zones extrêmement limitées. En effet, les schizophrènes régressés au niveau oral, ne se sentent en sécurité que dans le cadre transfériel : *enfant-mère-nourricière*. Tout autre aspect de la personnalité du psychothérapeute est encore source d'angoisse et d'insécurité ainsi que de sentiments d'étrangeté (ce que les auteurs allemands appellent : « Entfremdung »). Par exemple, une petite schizophrène avec qui j'avais obtenu un bon contact affectif ne me « reconnaissait » plus en dehors du cabinet de consultation. Si elle me rencontrait dans la rue, elle ne pouvait plus me considérer selon son schème maternel et se détournait de moi avec angoisse.

Cependant, bien que le sentiment de sécurité ne soit éprouvé que dans un secteur restreint, cela suffit pour diminuer fortement les réactions de pseudo-culpabilité aussi intenses que primitives qui étaient liées aux besoins frustrés. Le thérapeute en réalisant les besoins du patient, lui prouve que la nouvelle-mère lui accorde maintenant le droit de désirer, c'est-à-dire le droit de vivre, le droit d'être aimé, ce qui fait tomber l'interdit général sous lequel vivait le schizophrène, et à la place lui procure un intense soulagement.

b) Ceci nous amène à la deuxième conséquence du transfert-greffe : *l'élaboration du Moi*. — Macalpine a très justement relevé que les *relations intra-personnelles*, étaient tout aussi profondément perturbées chez le schizophrène, que les relations interpersonnelles. Mais si le thérapeute offre au malade une sécurisation suffisante, celui-ci commence alors

à construire son « être dans le monde », en prenant appui sur la mère-thérapeute. « Qui suis-je ? » demandait souvent Renée avec angoisse. Pour la rassurer, je devais lui répondre : « Mais tu es Renée, la petite Renée de maman, celle qui reçoit ses pommes. » Ce n'est qu'en affirmant l'existence des relations mère-enfant, que la malade prenait conscience de son Moi, et elle ne pouvait le faire qu'à travers la dépendance transférentielle. Son Moi, elle le découvrait non elle-même, mais à travers le thérapeute. Et l'angoisse de perdre « l'objet » impliquait chez cette malade l'angoisse de perdre son « Moi ».

Melanie Klein a donné à ces deux formes d'angoisse qu'elle a observées chez le nourrisson, les noms « d'angoisse persécutive » en ce qui concerne l'objet, et « d'angoisse dépressive » en ce qui concerne le Moi. Il semblerait que chez le schizophrène, le Moi ne peut commencer à s'édifier qu'à partir d'un état « symbiotique » avec la mère.

c) *Une troisième conséquence du transfert-greffe : la restructuration du monde extérieur.* — Au stade où le Moi est indifférencié et essentiellement oral, on peut également parler chez le schizophrène d'un *environnement oral*. En effet, le schizophrène opère ses premiers investissements dans le monde extérieur, avec les énergies qu'il puise dans la présence de la mère-nourricière. Et ses premières expériences de la réalité, le malade les vit seulement à travers les relations transférentielles avec le thérapeute, qui seul leur octroie leur signification existentielle. Voici par exemple, une jeune schizophrène, qui demandait avec anxiété à propos des objets les plus usuels : « Qu'est-ce que c'est ? A quoi cela sert-il ? » Mais dès l'instant où elle put fixer des liens affectifs de mère à enfant avec le psychothérapeute, elle retrouva aussitôt le sens et l'utilité de ces objets. De même, c'est grâce aux relations transférentielles que le schizophrène commence à organiser les catégories de temps et d'espace. Au début, ces catégories sont réduites à de simples schèmes instinctivo-affectifs comme : désirer, attendre, recevoir. Mais à mesure que le malade se sécurise, à mesure qu'il croit à la *permanence* de l'objet maternel, celui-ci devient pour lui le centre de son univers spatio-temporel.

Les événements, immobilisés jusqu'alors dans un présent continu, commencent à s'ordonner et à se succéder en fonction d'un événement privilégié entre tous : l'heure de la séance. Le schizophrène ramène tout à la présence du thérapeute ; elle seule confère aux actes et aux événements de sa vie : la chaleur, le relief et la réalité qu'il ne peut encore leur insuffler.

C'est pourquoi les processus fondamentaux *d'imitation, d'introjection,*

d'identification à la mère-analyste ne peuvent se produire que sur la base du *transfert-greffe*, après seulement que le malade ait vécu symbiotiquement avec la mère. Dès lors, le schizophrène, assuré de l'amour et de la protection de la nouvelle mère, peut commencer à l'imiter, à l'introjecter, puis à s'identifier à elle, et enfin à s'en différencier. Ces premiers pas vers l'indépendance, le patient ne peut les faire qu'accompagné et soutenu à la fois par la sollicitude et la discrétion de l'analyste, jusqu'au jour où le malade devient assez fort pour dresser sa personnalité en face de celle de son thérapeute. Ce progrès éminent représente cependant toujours une phase critique de la thérapie. Le patient, dans ses premières tentatives d'indépendance, reste suspendu au jugement de l'analyste, dont il craint les représailles d'abandon pour son essai d'autonomie. En conséquence, si le thérapeute montre, à ce moment, un trop grand empressement à favoriser cette autonomie, il risque de voir le malade l'interpréter comme un rejet.

Par contre, s'il suit le patient avec une sollicitude trop marquée, celle-ci sera ressentie par le schizophrène comme un empiétement sur son Moi, une mainmise sur sa liberté. On se rend compte avec quelle mesure on doit agir dans cet apprentissage de l'autonomie du schizophrène, si on ne veut pas susciter chez lui une crise d'angoisse ou de méfiance. Mais dans le cas où le transfert est manié prudemment, le malade parvient alors à dissocier le concept « d'autonomie » de celui « d'insécurité ». Partant, il se montre toujours plus capable de se libérer de sa dépendance infantile et apte à appréhender des aspects toujours plus larges de la personnalité du thérapeute, en tant qu'individualité propre.

Nous avons surtout décrit ici les relations de transfert de la *phase orale*. En premier lieu, parce qu'elles sont primordiales chez les schizophrènes et que c'est à partir d'elles que s'élaborent les relations futures de ces malades avec le monde extérieur. En second lieu, parce que les frustrations orales sévères qu'ils ont subies, ont conditionné et perturbé toute l'organisation libidinale des stades ultérieurs.

Mais, ainsi que nous l'avons relevé dans « l'Introduction à une psychothérapie des schizophrènes », chacun de ces stades ultérieurs comporte ses besoins propres et ses résistances caractéristiques ; et ils posent par conséquent des problèmes psychothérapeutiques différents.

Il va sans dire que le thérapeute doit savoir adapter son attitude générale et sa technique à chaque phase de l'évolution libidinale que traversera, à la manière d'un enfant, le schizophrène. En particulier, l'analyste tiendra compte du fait que si le malade utilise les mêmes

processus de participation, de symbolisation, d'introjection, qu'au stade précédent, il s'en sert maintenant sur des plans nouveaux et pour aboutir à des conquêtes nouvelles.

VI. — DÉPLACEMENT DE TRANSFERT

Dans ce travail de différenciation et d'autonomie, il y a un aspect du transfert qui est à retenir : c'est l'aspect du « déplacement des affects », c'est-à-dire, la possibilité qu'a acquise maintenant le malade de reporter ses sentiments pour l'analyste, sur d'autres personnes. Ici, le mot « transfert » est bien pris dans son sens habituel, sauf que ce que le schizophrène transfère, ce sont des expériences affectives *actuelles* et *nouvelles*, et non pas seulement une situation passée. Favoriser ce processus de déplacement, représente un des actes thérapeutiques les plus importants. Et cet acte, le psychothérapeute doit le faire à chacun des stades que retraversera le malade (stade oral, anal, phallique, etc.). Ainsi un catatonique avait reporté les sentiments de confiance qu'il éprouvait pour moi sur une jeune doctoresse qu'il appelait : « Mademoiselle Secheyay ». Ce petit exemple nous montre, combien le schizophrène, au début, a besoin de sentir qu'il existe un lien étroit entre le psychothérapeute et celui qui le remplace. Car c'est encore sous *l'angle de la participation* que le malade effectue ses premiers déplacements affectifs. Par conséquent, il conviendra de veiller à toujours établir soigneusement ce lien. Si l'opération est bien conduite, le schizophrène en retire un grand soulagement : comme si une fixation centrée uniquement sur l'analyste provoquait à la longue une tension par trop élevée chez lui. On observe aussi que ces nouveaux investissements permettent au schizophrène d'adopter des comportements moins régressés, plus adultes, élargissant ainsi son champ d'expérience. C'est souvent à la faveur de ces déplacements que le malade effectue son premier « geste oblatif » envers le psychothérapeute, lui préparant avec l'aide de l'infirmier une surprise. Il serait souhaitable pour de semblables psychothérapies, de former des collaborateurs ou des infirmiers qui comprennent ces déplacements transférentiels et pour cela les soumettre à une psychanalyse. Seule, cette dernière leur permettrait de saisir ces processus complexes, et de maîtriser les contre-transferts qu'ils suscitent toujours.

VII. — LE TRANSFERT NÉGATIF

Examinons maintenant le rôle du transfert négatif dans une psychothérapie des schizophrènes.

Rappelons d'abord que dans toute analyse classique il peut y avoir

des phases où le transfert négatif domine la situation. Mais si, comme le déclare Freud, « on réussit à éclairer le patient sur la nature véritable des phénomènes de transfert, on enlève aux résistances une arme puissante et on transforme les dangers en gains ». Cette possibilité d'éclairer le malade, dont parle Freud, implique une coopération du Moi ou d'une partie du Moi avec l'analyste. Or, nous savons que nous ne pouvons pas compter sur cette coopération chez les schizophrènes très régressés puisque l'un des caractères essentiels de leur personnalité est la faiblesse de leur Moi.

De plus, comme les catégories temporelles sont inexistantes chez ces grands malades, il n'y a pas pour eux une frustration passée qui se reflète dans le présent, mais une situation actuelle qui *est* la frustration primaire elle-même dans toute sa nocivité. De même pour les schizophrènes, l'analyste ne représente pas dans le transfert négatif l'image de la mère-méchante de leur enfance, mais il *est* cette mère-méchante. Ces malades vivent en effet sur un mode de participation tel qu'ils confondent complètement la frustration primaire avec l'événement actuel qui la symbolise et qui est souvent fort anodin.

Mais à quel moment apparaît le transfert négatif au cours de la thérapie ? Bien des analystes, qui ont été frappés par l'agressivité ou l'indifférence avec lesquelles les schizophrènes répondaient à leurs avances, ont cru y voir les marques d'un transfert négatif dominant le tableau symptomatologique. En fait, ces manifestations ne sont, au début d'une thérapie, qu'une des multiples formes du négativisme schizophrénique. La même erreur peut se produire à propos des défenses que le malade oppose à ses sentiments positifs pour le thérapeute, défenses que ce dernier prend parfois pour le transfert négatif lui-même. Il arrive aussi que le malade veuille éprouver par son agressivité la solidité de l'amour du thérapeute ; ce n'est pas là non plus un transfert négatif. Ces méprises sont fâcheuses car elles pourraient engager le thérapeute à lâcher la partie.

Le véritable transfert négatif n'apparaît que beaucoup plus tard au cours du traitement. Chose paradoxale, il ne survient qu'une fois que des relations positives, solides, sont établies avec l'analyste, une fois seulement que le psychothérapeute a été élu au rang de mère-idéale. Dès cet instant, le schizophrène devient d'une sensibilité extrême à toute situation thérapeutique pouvant être interprétée par lui comme une nouvelle frustration. Un simple retard de l'analyste, une incompréhension ou une erreur de sa part sont ressentis par le patient comme une intention hostile, une volonté de le rejeter. Que dire alors quand le

thérapeute n'arrive pas à reconnaître les besoins de son malade ! Il en résulte une violente agressivité du patient contre l'objet frustrateur, mêlée de culpabilité et d'insécurité : réactions qui mènent directement le schizophrène à rompre les liens affectifs avec l'analyste. Et, comme nous l'avons vu, le patient est maintenant beaucoup plus vulnérable à l'action des pulsions agressives et autodestructrices depuis qu'il est privé de ses mécanismes de défense psychotiques. Rendons-nous à l'évidence : le schizophrène profond ne peut en aucun cas réexpérimenter la frustration primaire. Lorsque je ne sus pas réaliser le besoin de Renée à propos de sa jalousie pour ses frères et sœurs, un transfert négatif violent s'instaura. J'étais devenue la « mauvaise mère », la « mère impie », comme elle m'appelait. D'un seul coup, ce transfert balaya tous les progrès obtenus et provoqua une régression jusqu'à l'extrême limite, une régression fœtale, alors que les traumatismes de son enfance n'avaient produit qu'une régression orale. On se rend compte ainsi de la nocivité et du danger d'un transfert négatif au cours d'une psychothérapie de schizophrène. Une large part des efforts de l'analyste consistera donc à empêcher l'installation d'un tel transfert et tout signe avant-coureur de transfert négatif sera aussitôt coupé à sa naissance.

Cependant, malgré son danger évident et la nécessité de l'écartier à tout prix, l'apparition d'un transfert négatif constitue un bon *moyen de contrôle* pour le travail thérapeutique. En effet, sa présence indique à l'analyste qu'il est en train de se départir de la bonne attitude, qu'il a fait une erreur, omis une intervention, ou encore, qu'il a voulu aller trop vite. Il suffisait que ma malade, Renée, me dise : « C'est tout grand » ou « Tout est découpé » pour que je comprenne que le contact était rompu entre nous et cela par ma faute.

Les rapports de cette patiente avec le monde extérieur étaient encore à un tel point dépendants des rapports avec sa thérapeute que le monde perdait sa structuration, sa réalité et sa vie lorsque le contact était coupé.

Un autre patient avait coutume, lorsque son analyste ne l'avait pas compris, de dire, très angoissé : « La nature est devenue d'un calme effrayant, plus rien ne bouge, une terrible tempête va éclater. » Le médecin savait alors que s'il ne rétablissait pas immédiatement le contact avec son malade, celui-ci allait entrer dans une violente crise d'agitation et d'agressivité.

Il ne s'agit donc pas, avec des schizophrènes très atteints, de savoir réduire un transfert négatif en les éclairant sur sa signification, mais bien de se demander quelle faute on a commise, de la trouver et de la réparer aussitôt.

VIII. — CONTRE-TRANSFERT

Il ne nous reste plus qu'à dire quelques mots sur les phénomènes de contre-transfert dans la Réalisation symbolique. On a beaucoup parlé, ces dernières années, des phénomènes de contre-transfert et de leur fonction dans la situation analytique. En effet, si des lignes de force, comme dans un champ magnétique, partent constamment de l'inconscient du malade en direction du thérapeute, des lignes de force, tout aussi puissantes parfois, partent de l'inconscient du psychothérapeute en direction du malade. On pourrait presque dire qu'une psychanalyse bien conduite l'est autant par un juste maniement du transfert du patient que par un contrôle serré du contre-transfert de l'analyste.

Dans une approche thérapeutique des schizophrènes comme celle de la Réalisation symbolique, le problème du contre-transfert se pose d'une manière particulièrement aiguë car la personne de l'analyste est mise directement à contribution et est appelée souvent à effectuer de réels sacrifices pour son malade. D'autre part, l'analyste se voit obligé de s'adapter à des niveaux de régression extrêmement bas et, s'il a conservé en lui des secteurs régressifs, il aura tendance à trop favoriser la situation infantile du malade au lieu de le conduire à l'autonomie. Par ailleurs, du fait que le psychothérapeute est investi par le schizophrène de pouvoirs magiques illimités, il risque d'utiliser ceux-ci pour compenser ses propres sentiments d'infériorité ou pour des fins narcissiques ; il ressentira alors les tentatives d'autonomie du schizophrène comme la marque d'une ingratitude ou d'une trahison à son égard. Les schizophrènes qui ont une intuition extraordinaire pour percevoir les moindres variations dans l'économie psychique de leur médecin, réagissent à l'anxiété de celui-ci par de l'angoisse, de l'agressivité ou, ce qui est pire, par un retrait dans l'autisme.

En outre, vis-à-vis des manifestations de transfert négatif, l'analyste qui n'a pas conscience de son propre contre-transfert, aura tendance à réagir par de l'agressivité. Bien que non exprimée, celle-ci terrifie le malade et le jette dans une intense angoisse.

D'autres réactions de contre-transfert, si elles sont plus discrètes, sont tout aussi nocives pour le patient : désir inconscient de l'analyste de conserver, au delà du temps nécessaire, son rôle parental auprès du malade — ou au contraire tendance à le pousser trop rapidement vers l'autonomie pour se libérer d'une tâche devenue pesante à la longue. Mais il faut dire à la décharge du thérapeute que la maîtrise des sentiments contre-transfériels est plus difficile dans une psychothérapie

de schizophrènes que dans une analyse de névrotiques. Car il arrive souvent que des schizophrènes gênent par leurs réactions intempêtes la vie privée du thérapeute. C'est ainsi qu'une jeune hébéphrène, lorsqu'elle était mécontente de moi, s'emparait avec une rapidité extrême d'un vase à fleurs et en répandait l'eau sur tous mes papiers et mes livres !

Bref, il n'existe pas de situation plus propice aux phénomènes contre-transfériels qu'une psychothérapie de schizophrènes très régressés. Cela oblige le thérapeute à opérer une constante prise de conscience de ses tendances, de manière à maîtriser toute ébauche de subjectivisme. Encore faut-il veiller à ce que ce contrôle ne nuise pas à la spontanéité des attitudes positives. Car ce sont ces sentiments positifs de bonté et de sympathie foncière que ressent l'analyste pour son patient qui constituent le plus sûr soutien de son effort et de sa persévérance. Ce sont eux qui l'aident à être vraiment la « bonne-mère », celle qui aime son enfant pour lui-même et non pour les satisfactions qu'il pourrait en retirer.

Ainsi l'approche thérapeutique des schizophrènes constitue à la fois une école de don de soi et de self-contrôle.

IX. — CONCLUSIONS

J'espère avoir montré que dans une thérapie de schizophrènes par la Réalisation symbolique, l'instrument le plus précieux de l'analyste reste le transfert : il est la pierre angulaire sur laquelle repose toute technique. Mais comme nous l'avons vu, chez les schizophrènes très régressés, le transfert doit être « induit » par le thérapeute. Alors il devient un véritable moyen de transmutation, un « transfert-greffe », dans lequel ces malades peuvent puiser la force d'accepter la réalité qu'on leur offre et sortir victorieux de cette expérience fondamentale.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XX

N^{os} 1-2. — Janvier-Juin 1956

XVIII^e CONGRÈS DES PSYCHANALYSTES DE LANGUES ROMANES

	PAGES
Le Congrès.....	7
Michel GRESSOT. — Psychanalyse et connaissance	9
Discussion	131
René DIATKINE et Jean-A. FAVREAU. — Le caractère névrotique ...	153
Discussion	202
Jean MALLET. — Contribution à l'étude des phobies	237
Discussion	283

N^o 3. — Juillet-Septembre 1956

HOMMAGE A SIGMUND FREUD

Sigmund FREUD. — Rapport sur mes études à Paris et Berlin (1886)....	299
Sigmund FREUD (traduction et commentaires par Marie Bonaparte).	
— Deux penseurs devant l'abîme	307
E. JONES. — Extrait de <i>La vie et l'œuvre de Sigmund Freud</i>	316
A. AMAR. — Essai psychanalytique sur l'argent	332
C. BAUDOIN. — Freud et la dialectique de l'exogène et de l'endogène...	345
Anna FREUD. — La contribution de la psychanalyse à la psychologie génétique	356
R. LÖWENSTEIN. — Réflexions sur le traitement d'un cas de névrose compulsionnelle	384
S. NACHT. — Instinct de mort ou instinct de vie ?.....	405
F. PASCHE. — Autour de quelques propositions freudiennes contestées.	417
E. SERVADIO. — Freud et la parapsychologie	432
Compte rendu des cérémonies du Centenaire de la naissance de Freud, à Londres, les 5 et 6 mai 1956	439
Institut de psychanalyse : Rapport d'activité 1953-1956	444
Informations	454

N° 4. — Octobre-Décembre 1956

RAPPORTS ET COMMUNICATIONS EN LANGUE FRANÇAISE
AU XIX^e CONGRES INTERNATIONAL DE PSYCHANALYSE

	PAGES
S. NACHT, R. DIATKINE et J. FAVREAU. — Le Moi dans la relation perverse.....	— 457
M. A. SECHEHAYE. — Le transfert dans la réalisation symbolique.....	479
M. BOUVET, P. MARTY et H. SAUGUET. — Transfert, contre-transfert et réalité.....	494
F. PASCHE et M. RENARD. — Réalité de l'objet et point de vue économique.....	517

JOURNÉES ORGANISÉES PAR LE GROUPE VAUDOIS
DE PSYCHANALYSE D'ENFANT

M. ROTH. — Psychanalyse et psychothérapie chez l'enfant.....	525
Discussion.....	534
S. LEBOVICI. — A propos des indications et des techniques psychanalytiques dans les états psychotiques de l'enfance.....	541
<i>Documents</i> : Pierre BADIN. — A propos de la sociologie notariale.....	547
Les Livres.....	549
Les Revues.....	565
Nécrologie. — John RODKER.....	587
Informations.....	590

Le gérant : Serge LEBOVICI.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE Histoire des idées psychanalytiques sur les processus cognitifs et leur exercice

I. - Le besoin de connaître et son inhibition

II. - La pensée logique et la pensée philosophique

III. - L'intelligence et la psychologie de la pensée

IV. - Le jugement de réalité

V. - La connaissance comme sublimation

VI. - Structure du moi et connaissance

DEUXIEME PARTIE La portée scientifique des connaissances psychanalytiques: histoire d'un problème épistémologique

I. - Psychanalyse, philosophie, valeurs

II. - Portée scientifique de la méthode et évaluation des données théoriques

TROISIEME PARTIE Epistémologie génétique et psychanalyse

I. - Observations préliminaires

II. - A propos de l'accord entre la connaissance de type mathématique et le réel

III. - Genèse et structures dans les connaissances de physique

IV. - Psychologie de la connaissance biologique

V. - Analyse critique de la connaissance psychologique

VI. - Le caractère social de la connaissance

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

I. - Introduction à une caractérologie psychanalytique

II. - Etude clinique

III. - Etude génétique

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I. - L'angoisse devant les étrangers

II. - Les peurs inculquées et les peurs héritées

III. - La terreur nocturne et la phobie infantile

IV. - La phobie des petits animaux

V. - Vertige d'altitude, angoisse des rues, agora et claustrophobies

VI. - Reliquats de la phobie infantile chez l'adulte

VII. - Pseudo-phobies impliquant une régression libidinale

APPENDICE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES DU TOME XX

N^{OS} 1-2. - Janvier-Juin 1956

XVIII^e CONGRES DES PSYCHANALYSTES DE LANGUES ROMANES

Le Congrès

Michel GRÉSSOT. - Psychanalyse et connaissance

Discussion

René DIATKINE et Jean-A. FAVREAU. - Le caractère névrotique

Discussion

Jean MALLET. - Contribution à l'étude des phobies

Discussion

N° 3. - Juillet-Septembre 1956

HOMMAGE A SIGMUND FREUD

Sigmund FREUD. - Rapport sur mes études à Paris et Berlin (1886)

Sigmund FREUD (traduction et commentaires par Marie Bonaparte). - Deux penseurs devant l'abîme

E. JONES. - Extrait de La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud

A. AMAR. - Essai psychanalytique sur l'argent

C. BAUDOIN. - Freud et la dialectique de l'exogène et de l'endogène

Anna FREUD. - La contribution de la psychanalyse à la psychologie génétique

R. LOEWENSTEIN. - Réflexions sur le traitement d'un cas de névrose compulsive

S. NACHT. - Instinct de mort ou instinct de vie?

F. PASCHE. - Autour de quelques propositions freudiennes contestées

E. SERVADIO. - Freud et la parapsychologie

Compte rendu des cérémonies du Centenaire de la naissance de Freud, à Londres, les 5 et 6 mai 1956

Institut de psychanalyse: Rapport d'activité 1953-1956

Informations

N° 4. - Octobre-Décembre 1956

RAPPORTS ET COMMUNICATIONS EN LANGUE FRANCAISE AU XIX^e CONGRES INTERNATIONAL DE PSYCHANALYSE

S. NACHT, R. DIATKINE et J. FAVREAU. - Le Moi dans la relation perverse

M. A. SECHEHAYE. - Le transfert dans la réalisation symbolique

M. BOUVET, P. MARTY et H. SAUGUET. - Transfert, contre-transfert et réalité

F. PASCHE et M. RENARD. - Réalité de l'objet et point de vue économique

JOURNEES ORGANISEES PAR LE GROUPE VAUDOIS DE PSYCHANALYSE D'ENFANT

M. ROTH. - Psychanalyse et psychothérapie chez l'enfant

Discussion

S. LEBOVICI. - A propos des indications et des techniques psychanalytiques dans les états psychotiques de l'enfance

Documents: Pierre BADIN. - A propos de la sociologie notariale

Les Livres

Les Revues

Nécrologie. - John RODKER

Informations