

---

**« Des arbres plein la tête... », deuxième partie**  
**Journée de travail Otto Kernberg et Paulette Letarte,**  
**présentation et discussion du traitement d'une « borderline »**

---

Volume 15, Number 2, automne 2006

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/014463ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/014463ar>

[See table of contents](#)

---

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

---

Cite this document

(2006). « Des arbres plein la tête... », deuxième partie : journée de travail Otto Kernberg et Paulette Letarte, présentation et discussion du traitement d'une « borderline ». *Filigrane*, 15(2), 3–27. <https://doi.org/10.7202/014463ar>

# « Des arbres plein la tête... »

Journée de travail Otto Kernberg et Paulette Letarte  
Présentation et discussion du traitement d'une « borderline »

## DEUXIÈME PARTIE

*« Des arbres plein la tête... » est issu d'une journée de travail clinique organisée par la Société psychanalytique de Paris en juin 1985, lors du passage à Paris du psychanalyste américain Otto Kernberg. Madame Paulette Letarte, membre titulaire de l'Institut de Psychanalyse de Paris, avait été invitée à présenter le compte rendu d'une psychothérapie avec un patient état-limite et à le discuter avec Monsieur Kernberg. On constatera que les deux discutants comprennent le processus de ce traitement et prévoient son déroulement de la même façon. Mais leur approche et leurs interventions diffèrent, ce qui offre au lecteur plusieurs occasions de repenser la clinique des borderlines, ses techniques d'interprétation et d'intervention. Ce texte clinique, un dialogue entre deux approches, est riche et toujours actuel ; aussi avons-nous pensé l'offrir à nos lecteurs. Compte tenu cependant de sa longueur, il est présenté en deux parties dont la première est parue dans le numéro Printemps 2006 de Filigrane.*

NDLR

### **Kernberg**

J'ai l'impression que la patiente est engagée dans un *acting out* chronique grave et qu'elle s'arrange pour établir des solutions de compromis entre *acting out* et soumission à la thérapeute, ce qui donne à la thérapeute le sentiment que les choses vont mieux et qu'elle comprend mieux. Mais le sens de ces *acting out* n'est pas systématiquement analysé. Dans mon expérience de telles solutions de compromis peuvent produire une amélioration apparente de la relation entre le thérapeute et le malade, mais au prix d'une consolidation de la maladie. Le patient maintient ce qui est pathologique en dehors du traitement et graduellement il transforme le traitement en un lieu idéal. Voilà le danger !

En même temps le thérapeute reconnaît l'agressivité de cette patiente et elle cherche à travailler avec cette agressivité. C'est une force positive dans le traitement. Je vois donc dans ce traitement des forces positives et des forces négatives.

Un commentaire sur lequel je ne suis pas d'accord : la thérapeute dit que la patiente la traitait comme un « objet idéalisé, sans aucune ambivalence ». Je relis le texte : « La mère devient monstrueuse tandis que l'analyste du face à face devient objet idéalisé, sans qu'aucune ambivalence n'apparaisse en cours de séance. »

### **Letarte**

«N'apparaisse» et «en cours de séance»!... Josée avait très peur d'une ambivalence qui aurait pu détruire l'objet; elle se défendait contre l'organisation de son ambivalence et elle cherchait à maintenir un clivage mère monstrueuse/ thérapeute bonne. Elle craignait le retournement de cette situation et pour mieux se protéger, elle avait recours à sa «technique de l'écureuil»: elle ne montrait que l'oreille saine; elle savait que je connaissais l'autre. Elle cherchait à tout cacher sous une couverture anti-*conflictuelle*.

### **Kernberg**

Je pense qu'il y a beaucoup d'agressivité dans ces séances. Quand Josée ne fait pas savoir ouvertement ses histoires de médicaments, quand elle donne des informations partielles, c'est une sorte de déloyauté, c'est une attaque dirigée contre la thérapeute. Puisque Josée se comporte d'une façon déloyale, je la confronterai à son comportement, avec tact. La thérapeute se sent irritée contre un autre médecin qui, donne des médicaments à sa patiente; je crois que c'est plutôt le déplacement d'une colère réaliste contre Josée. Winnicott parle de haine dans le contre-transfert. Le recours de cette patiente à d'autres médecins est une disqualification extrêmement agressive de la thérapeute et de la psychothérapie. Je confronterais rigoureusement la patiente à cela, séance après séance, car je pense que son expérience de l'ambivalence se transformera en expérience réelle et qu'elle pourrait apprendre à composer avec son intense ambivalence envers la mère.

Au début de ce chapitre, la thérapeute dit: «Le moindre geste de ma part la faisait sursauter.» J'aurais interprété en demandant d'abord: «Qu'est-ce qui vous fait sursauter?» et ensuite j'aurais verbalisé sa crainte d'être attaquée par la thérapeute, ce qui à son tour est une projection de ses propres attaques sauvages et dissociées, sur la thérapeute.

### **Letarte**

Je dois dire que dans les débuts du traitement j'ai préféré ne pas le faire; il me convenait mieux d'appivoiser la patiente plutôt que de lui dire qu'elle avait peur, car nous le savions toutes les deux et j'ai craint que l'interprétation à ce stade du traitement ne soit ressentie comme dénonciatrice.

### **Kernberg**

La thérapeute se comporte elle-même comme un écureuil: elle doit cacher ses interprétations, les livrer par petites touches tandis que la patiente, comme un agent du F.B.I. lit la littérature psychanalytique, contrôle, rejette... Cette interprétation doit être donnée à la patiente, de façon à lui permettre de comprendre en profondeur: 1) la nature de sa relation primitive avec la mère 2) son identification à une mère sadique. mise en actes dans sa relation avec les autres médecins 3) le niveau le plus profond de son ambivalence envers la thérapeute.

Vous voyez maintenant pourquoi je me sens désolé par la formation d'un compromis qui entretient une bonne relation. En effet, celle-ci noie l'envers agressif de la relation dans laquelle la patiente joue le rôle de mère sadique et la thérapeute, celui d'enfant effrayée et paralysée.

Josée prétend qu'il lui suffit d'être avec la thérapeute ; d'autre part elle demande que celle-ci prenne tout en mains. Quoi que fasse la thérapeute, elle a tort. J'interpréterais cette contradiction comme une tentative de paralyser l'analyste. Josée ne cherche pas qu'à se protéger contre l'analyste, elle cherche aussi à la contrôler, par identification à sa propre mère sadique. Quand elle dit : « Sa terreur de l'analyste qui, comme la mère, va penser pour deux et introduire de force des pensées étrangères dans sa tête », c'est une projection. C'est Josée qui pense pour deux en lisant toute la littérature psychanalytique, en étiquetant tout ce qui est dit par l'analyste. Et c'est Josée qui dénie toute créativité indépendante à l'analyste en disant : « Vous n'avez pas de pensée originale, vous n'avez pas de véritable compréhension, vous ne faites que répéter ce que les autres ont dit. » Josée ne laisse pas la psychanalyste jouer sa propre musique.

Mais ici la thérapeute « révisé son langage d'analyste et invente des métaphores » qui lui permettront « d'interpréter indirectement, par de nouvelles images... » Ici l'analyste est forcée de parier presque symboliquement, abstraitement ou métaphoriquement : elle se trouve déplacée par rapport à la réalité de ses sentiments. Josée limite l'analyste en lui faisant ce qu'elle pense avoir subi en tant que victime de la mère sadique.

Quelques mots concernant l'utilisation du contre-transfert dans l'interprétation. J'utilise le terme au sens large. L'analyste ne doit pas nier ce que le patient peut constater, mais il ne doit pas donner au patient plus d'informations concernant le contre-transfert que ce que le patient peut voir. La protection de l'intimité du psychanalyste, lui permet de laisser librement se développer ses fantasmes sous l'influence du patient. Cette liberté intérieure, il importe de la préserver. Elle est particulièrement menacée en face des *borderline* régressés, car nos fantasmes deviennent très primitifs ; nous devons être capable de les tolérer, sexuels ou agressifs, homosexuels ou hétérosexuels, pervers, etc. Cette tolérance peut être très créative à condition que nous nous réservions la liberté nécessaire pour créer. Nous devons toujours marquer un espace entre ce que le patient voit et ce que nous ressentons.

Appliquons ces considérations à un fragment de ce traitement. L'analyste dit : « Vous me séparez en trois personnes... etc, dans cette situation, je ne sais plus qui je suis et je n'arrive plus à penser. » Voilà une belle interprétation et une belle démonstration de l'expérience de l'analyste. Je suis d'accord avec cette compréhension mais j'aurais interprété différemment : en disant par exemple : « Vous me traitez comme une personne libre que vous essayez de diviser de telle sorte que je ne sache plus qui je suis. Je crois que vous essayez de m'empêcher de penser. » Vous voyez la différence ?

Et quand Josée demande : « Connaissez-vous mon quotient intellectuel ? », je ne suis pas d'accord avec la réponse de l'analyste : « Eh bien il y a peu de chances que j'atteigne un score pareil ! » C'est une confession du contre-transfert.

### **Letarte**

Non ! C'est un constat de réalité. En baissant les bras, j'indique mon refus de m'engager dans un marathon intellectuel et j'indique que j'ai besoin de Josée pour que sa thérapie évolue.

### **Kernberg**

Le problème n'est pas de savoir qui est intellectuellement supérieur. Nous n'avons pas à être ni aussi intelligents, ni plus intelligents que nos patients. Nous avons besoin d'une santé suffisamment bonne pour pouvoir les aider. Nous ne devons pas souffrir des mêmes problèmes qu'eux. Notre « névrose » peut nous aider à les comprendre et nous devons avoir acquis les outils intellectuels et techniques pour les aider.

Quand Josée met en avant son quotient intellectuel je lui répondrais : « Qu'essayez-vous de me dire par là ? » ; si elle pense qu'elle est plus intelligente que moi, je chercherais à comprendre pourquoi. J'utiliserais ma compréhension pour lui faire comprendre qu'elle a ce fantasme de m'être supérieure et qu'elle l'utilise dans un certain but. C'est ce que j'appelle « utiliser le contre-transfert ». Au passage je soulignerai l'énorme rivalité de la patiente et ses efforts pour écraser l'analyste ; celle-ci dit : « Vous voudriez être ceinture noire de psychanalyse et m'immobiliser. » La patiente reconnaît le bien-fondé de cette interprétation et elle poursuit par une surenchère : « Vous connaissez mon Q.I. ? » Elle cherche à écraser l'analyste comme sa mère cherchait à l'écraser.

Josée rappelle que sa mère avait dit : « Si tu fais de la musique, tu ne me verras plus » : la mère empêchant la créativité de l'enfant. J'aurais rattaché ce souvenir au transfert en lui : « Cela me rappelle vos efforts pour m'empêcher d'avoir une pensée créative avec vous. Vous faisiez avec moi comme votre mère avait fait avec vous. »

Simultanément, une autre question est en cours : Josée ne parle pas de sa vie à l'extérieur des séances. Ou du moins, cela n'apparaît pas dans le matériel rapporté.

### **Letarte**

Josée ne parle pas de sa vie à l'extérieur. Il faudra des années de traitement avant qu'elle aborde ce sujet. Encore une fois, j'ai respecté cette résistance.

### **Kernberg**

Donc, Josée ne parle pas de sa vie. Elle part en vacances... A-t-elle rencontré des hommes ou des femmes ? Qu'en est-il de sa vie sexuelle ? de sa vie sociale ? Comment se lie-t-elle aux gens ? Nous avons entendu dire qu'elle étudiait, qu'elle s'intéressait à la musique, qu'elle lisait. Mais je n'arrive pas à avoir une image de

Josée dans sa vie extérieure, sauf en ce qui concerne l'*acting out* massif avec les autres médecins ; et encore, il s'agissait d'un déplacement par rapport à la psychothérapie. C'est comme si sa vie extérieure était morte... Cela me paraît très important.

Il arrive fréquemment dans le traitement des *borderline* que la psychothérapie remplace la vie du patient. Il établit un équilibre avec le thérapeute et le reste de sa vie entre en hibernation. C'est une autre forme d'*acting out*, une façon de dire : « Je brûle tous les ponts et je vous mets dans l'obligation, vous mon analyste ; de prendre soin de moi pour toujours et à jamais. » Nous n'avons rien entendu sur la vie sexuelle de Josée. Or c'est une jeune femme de 18-19 ans. Je m'attendais à ce que la sexualité soit un aspect clé de sa vie. Cette absence pourrait signer l'importance d'une sexualité cachée.

### Letarte

Certains des points qui viennent d'être soulevés par le docteur Kernberg seront repris au fil de mon texte et je ne les reprendrai pas maintenant.

Avant de passer au chapitre suivant, faisons le point. En début de traitement, Josée était caractérisée par son angoisse, son incapacité à tolérer toute frustration, sa propension à l'éclatement dans des passages à l'acte tous azimuts. Il va de soi que les débuts du traitement ne l'ont pas magiquement guérie ! Cependant, et comme nous l'avions espéré, les *actings out* se sont d'abord focalisés autour du traitement. C'est ce qui apparaît de l'extérieur. Ce qui n'apparaît pas, c'est que cette focalisation est le fruit de la mise en évidence de mécanismes de clivage et de morcellement. « Mise en évidence », mise en mots, je n'ose pas dire « interprétation » quoique le but poursuivi soit le même : favoriser la prise de conscience, donner sens à une défense qui se répète dans le transfert. La forme de ces « interprétations » n'est pas une forme courante, c'est plutôt un court-circuit métaphorique.

### 5. LES RAISINS SONT TROP VERTS : LA MATÉRIALISATION D'UN FANTASME

*La première étape du traitement a duré trois ou quatre ans. Analyse sous une forme particulière des défenses par clivage et morcellement, par identification projective, contre des angoisses de persécution et contre des désirs fusionnels, eux-mêmes liés à la peur de perdre un objet mal constitué : diviser pour mieux régner, éclater pour mieux se cacher, rendre fou ou faire passer pour fou, dominer par l'absurde. Ce jeu d'angoisse n'implique jusqu'à présent que deux personnes : mère et fille, analyste et patiente. Quant à la peur de perdre la mère, il ne faudrait pas le mettre au compte d'une angoisse dépressive : Josée, tout comme la mère semble-t-il, a peur de perdre sa moitié. Une faille apparaîtra dans ce système, sous la forme de la musique : située en dehors de la mère et reliée au père, en passant par l'amie et l'analyste. Mais n'anticipons pas.*

*Josée a été hospitalisée et elle arrive à sa séance catastrophée. Elle arpente la pièce, s'assoit tout à tour sur chaque horizontale de mon cabinet de consultation :*

*fauteuil, divan, table, chaises, sol, pour se relever tout aussi vite. « Je suis angoissée... Je suis angoissée! Je veux me couper sous le pied!... J'ai peur!... une grande entaille sous le pied avec un couteau... je ne peux plus me retenir! une grande entaille!... Je suis angoissée! »*

*Permettez-moi ici un détour par l'agitation du contre-transfert; cela peut être utile pour retracer l'origine d'une interprétation d'urgence. Je sais que Josée s'est déjà brûlé le pouce, je connais sa propension à glisser vers le passage à l'acte, Angoissée moi-même j'imagine que le fantasme est déjà réalisé: à la plante du pied de Josée j'imagine une vaste entaille qui saigne abondamment. Inutile d'ajouter que je suis consciente de l'hostilité qui sous-tend cette anticipation de la catastrophe! Je poursuis le fantasme: la blessure sera bien soignée et la cicatrisation sera normale. Il restera cependant une séquelle et Josée connaîtra un handicap léger à la marche...*

*J'étais angoissée et navrée pour Josée, mais maintenant je suis carrément furieuse! Je pense: « Quelle imbécile! Ça va déjà assez mal! en plus elle veut maintenant se couper! Si elle veut se couper, qu'elle se coupe! mais qu'elle choisisse un autre endroit que la plante du pied... » Bien sûr, je pense aussi castration etc.; je m'en rapproche même. Mais dans mes fantasmes fous je pars à la recherche d'un moindre lieu, j'opte finalement pour une incision du quadriceps, dans le sens des fibres musculaires... ce n'est pas dangereux, ça ne saigne pas trop et ça ne laissera pas de séquelles. Ces fantasmes sont fous, « complètement fous », aussi fous que les fantasmes de Josée, mais je me rassure à l'idée que jamais personne ne les connaîtra... Cette fantasmagorie débridée procure à l'analyste un bénéfice économique immédiat: Josée m'a placée dans une situation très angoissante et je suis allée me promener dans ma tête, prendre l'air... Pendant ce voyage il s'est passé un certain nombre d'événements qui ont soulagé ma tension de fureur sauvage; je suis un peu soulagée, mon anxiété a diminué et mes associations prendront maintenant un nouveau tour. Bénéfice dynamique aussi puisqu'en cours de route je me suis vengée sur Josée de l'inquiétude qu'elle m'infligeait et du fait qu'elle me prive (en n'abordant jamais la sexualité) de mon bel outil psychanalytique, de mon axe de compréhension...*

*Certes, l'analyste se sent mieux, mais Josée reste toujours aussi effrayée. Elle répète: « Je vais me couper sous le pied! » C'est alors que se déclenche en moi un deuxième temps de fantasmatisation. Dans la lettre qu'elle écrivait après la séance préliminaire Josée disait: « Ce qui m'embête c'est que j'ai mon propre système, par exemple "gazon" et "raisin" signifient la même chose à cause de la fable de La Fontaine: LES RAISINS SONT TROP VERTS »... Le souvenir de cette phrase ramène à mon esprit l'image d'un pied nu, posé sur un gazon, pas coupé... le pied ou le gazon?... Vert, comme le gazon, comme les raisins... Or ces derniers temps Josée parlait de sa mère et elle disait soit: « Ma mère m'empêche de réaliser mes désirs » soit: « Je n'ai pas de désirs. » En d'autres termes Josée répétait: « Les raisins sont trop verts. » Et je repense à la phrase de la mère: « Si tu fais de la musique, tu ne me verras plus », c'est bien ce qu'on appelle « se faire*

*couper l'herbe sous le pied », c'est-à-dire être empêché par quelqu'un de faire ce qu'on souhaite, en être empêché par l'extérieur ou par la projection d'un obstacle intérieur.*

*Je crois maintenant avoir compris : Josée prétendait qu'elle n'avait pas de désirs et l'analyse lui a permis de reconnaître un désir qui est bien le sien. Mais elle doit maintenant se heurter à l'obstacle qu'elle cherchait à éviter en annulant tout désir. Elle voudrait matérialiser cet obstacle, lui faire prendre forme concrète en se coupant elle-même sous le pied.*

*Comment vais-je m'y prendre pour formuler cette interprétation d'une façon claire et nette mais qui ne fasse pas effraction au travers des limites ; ce n'est pas le moment d'avoir recours à une remarque... incisive ! Si j'affirme ex cathedra : « Voilà ce qui se passe à l'intérieur de vous », je franchis la limite et je me place dans la situation où je pourrais l'entailler pour lui faire comprendre qu'elle prétend que quelqu'un veut l'entailler !... Encore une fois, l'analyste se sent impliquée dans une situation de double bind.*

*Je choisis donc de demander l'avis de Josée ; c'est d'ailleurs une attitude que j'utilise beaucoup avec elle car il s'agit de sa vie et je considère qu'elle tient les rênes de ce traitement. Je lui demande : « Est-ce que vous diriez que c'est votre mère qui vous coupe l'herbe sous le pied ? » L'agitation motrice de Josée cesse immédiatement. Elle ajoute : « J'ai reçu ce matin une lettre de ma mère : elle me met en garde contre les médicaments et la psychanalyse qui vont me rendre folle. » Je pense que c'est aussi ce tableau de folie que Josée a présenté en arrivant à cette séance, comme si elle me disait par son angoisse : « Ma mère a toujours raison, et j'en suis la preuve ! »*

## 6. UN PHARE EN OPALINE ET DES ARBRES PLEIN LA TÊTE : IMAGINER À DEUX

*Josée comprend lentement qu'elle se coupe elle-même l'herbe sous le pied et que, par passivité et par projection, elle en accuse la mère. Cette séance des « raisins trop verts » aura un autre effet : j'ai pu entendre une communication concrète, un projet de passage à l'acte, et lui donner une portée symbolique. Josée racontera plusieurs incidents qui mettent en évidence sa difficulté à communiquer autrement que par la réalité immédiate. Elle remarquera le recul de sa mère devant toute communication qui utilise le symbolisme.*

*Revenant un jour d'un stage de navigation à voile Josée racontait son voyage : « Dans le brouillard, le phare de Perros-Guirec était en opaline. Vive réaction de la mère : "Mais que vas-tu chercher là ! Un phare en opaline !... Tu vis dans un rêve ! Tu sais bien que les phares sont faits de pierre et de verre très épais pour résister au vent et aux vagues ! L'opaline, c'est beaucoup trop fragile !" » Désespoir rageur de l'adolescente qui décide alors d'inventer une langue capable de résister aux raz-de-marée.*

*D'une façon très volontaire et très consciente, Josée crée son propre code. Un voisin ayant planté dans son jardin des pensées jaunes, Josée va attaquer la*



*pensée de sa mère en lui disant des phrases apparemment dénuées de sens : « Les jaunes sont pourris... » — La mère : « Qu'est-ce que tu dis là ? Tu es complètement folle ! » Josée ne dira pas que jaune signifie pensées et que pourri signifie méchant ; elle a dit, dans une nouvelle langue « créée spécialement pour ça » : « J'ai des pensées méchantes à ton endroit, et tu ne seras pas capable de les deviner. » La mère se fâche et Josée seule comprend pourquoi ; la mère est maîtrisée ; enfin elle ne comprend plus.*

*Le procédé utilisé par Josée ressemble beaucoup à ce que décrit Wolfson dans Le Schizophrène et Les Langues. Le récit de l'épisode des « pensées » comporte d'ailleurs une teinte ludique, espiègle. Josée est contente d'avoir fait marcher sa mère : « Ils sont fous » devient plus ludique, moins angoissé ; nous glissons vers Astérix le Gaulois : « Ils sont fous, ces Romains ! » Et Josée se souvient maintenant de contes merveilleux qui étaient jadis racontés inlassablement par la mère, des contes pleins d'animaux humanisés, en particulier un crocodile avec un tablier, qui la faisait rire aux éclats.*

*Nous assistons aussi à une première ouverture vers la famille de Josée. Elle n'est plus seule avec sa mère ; deux frères rient aussi en écoutant les belles histoires de la mère. Le père apparaît enfin ! C'est un intellectuel mélomane qui a initié ses enfants à Wagner et qui leur expliquait La flûte enchantée. Pour plaire au père, Josée réussissait ses examens mieux que ses frères. Quant arrivait décembre, les parents donnaient aux enfants des maisons en carton avec beaucoup de fenêtres qui devaient être ouvertes dans un ordre donné, une par jour, jusqu'à Noël.*

### **Chasseguet**

Tu devrais expliquer à Otto Kernberg qui est Astérix le Gaulois car c'est un gallicisme.

### **Letarte**

C'est une bande dessinée fort populaire. Le thème en est : le triomphe de Lilliput. Astérix est un petit Gaulois astucieux qui, avec ses compatriotes, se bagarre contre les Romains. Il fabrique une potion magique qui lui donne une force fabuleuse : quand il frappe un Romain, celui-ci s'envole en laissant ses sandales sur le sol. Il est accompagné d'un énorme goinfre qui écrase les légions romaines à condition d'être récompensé par un repas de sanglier. Astérix le Gaulois, c'est le triomphe magique de l'enfant sur l'adulte.

### **Kernberg**

Ce qui m'impressionne dans cette séquence c'est que Josée soit hospitalisée sans que nous sachions pourquoi. Cela pourrait indiquer une importante rupture dans la réalité extérieure. C'est une illustration de ce que j'ai remarqué plus haut : nous ne savons pas ce qui se passe dans sa vie extérieure. C'est un problème important, qui se produit fréquemment dans le traitement des *borderline*. Or notre responsabilité de thérapeute c'est d'avoir une image complète de la vie de la patiente.

Émotionnellement parlant, la thérapeute n'a pas le pouvoir d'Astérix le Gaulois : elle n'a vu qu'une partie de la réalité et pas le tout. Il est possible que l'effondrement qui a nécessité l'hospitalisation soit le reflet d'un développement dans le transfert, qui n'a pas été contenu dans le transfert. La seule façon de le savoir n'est pas de connaître le transfert, mais de savoir aussi ce qui se passe dans la vie extérieure de la patiente. Sinon, notre interprétation du transfert devient magique.

Je suis frappé par l'importance du contrôle que Josée exerce sur la thérapeute et sur nous tous. La thérapeute ne parle pas de l'hospitalisation de la patiente mais elle parle d'Astérix le Gaulois

### **Letarte**

Josée a été hospitalisée environ quatre ans pendant cette période de neuf ans, tantôt dans une institution, tantôt dans une autre, tantôt pour quelques mois, tantôt pour une fin de semaine, ou même pour une nuit. Je n'ai pas voulu dresser aujourd'hui un bilan des hospitalisations mais montrer le déroulement d'un traitement et le passage vers l'organisation d'une conflictualité intra-psychique et l'accès au plaisir de penser.

### **Kernberg**

Il est évident que la patiente se défend contre la réalité en créant un monde brillant de fantasmes et de significations pendant la séance. C'est une défense qui doit être relevée ; c'est une défense qui nous est proche car nous sommes attirés par le monde des symboles et des significations.

La thérapeute nous a décrit une scène dramatique au cours de laquelle Josée est très anxieuse et veut se couper. Je pense que la franchise, l'ouverture de la communication du D<sup>r</sup> Letarte est vraiment excellente : non seulement elle nous donne une description de haut niveau des significations et interactions du transfert, mais aussi de son contre-transfert. J'éprouve une grande admiration pour cette démarche qui n'est pas habituelle et qui nous permet de communiquer à un haut niveau. Il doit être évident pour chacun que notre analyse personnelle est la voie principale qui permet les différentes techniques.

Je pense qu'à travers ses fantasmes elle nous donne des informations importantes sur le sens transférentiel du fantasme : se couper le pied. J'aimerais suggérer une hypothèse qui recoupe d'ailleurs les conclusions du D<sup>r</sup> Letarte. Les différentes routes qui sont les nôtres nous font arriver aux mêmes conclusions : c'est très intéressant.

Josée est très anxieuse, elle a peur de ne pas se contrôler. La thérapeute se sent d'abord en colère : elle fantasme que si Josée se coupe, elle sera abîmée en tant que femme, d'une façon permanente. Elle sera moins attirante. La thérapeute est très fâchée à l'idée que Josée veut détruire son côté attirant de jeune femme. En même temps, la thérapeute cherche un compromis, ce qui constitue un *acting out* du contre-transfert plutôt qu'un *acting out* dans un fantasme. En d'autres termes, la

thérapeute cherche à établir un compromis plutôt qu'à tolérer pleinement le transfert qui implique :

a) « Je suis très angoissée, je suis perdue et vous, ma thérapeute, vous ne pouvez pas faire quoi que ce soit. » C'est une accusation. Je pense que l'angoisse de la thérapeute a à voir avec l'accusation implicite venant de la patiente.

b) À un niveau plus profond, la patiente peut s'identifier à la thérapeute qui ne lui dit rien, qui est perçue comme la mauvaise mère voulant la tuer. Je pense que la thérapeute ne peut pas supporter d'être la mère destructrice qui dirait : « Tue-toi et va au diable. » Si vous tolérez l'agression envers la patiente, vous pouvez comprendre ce qui se joue : c'est une mère sadique qui veut couper la patiente, la châtrer, la rendre sans attrait et, à un niveau symbolique, lui couper l'herbe sous le pied, détruire sa vie, la castrer complètement. Pas symboliquement mais concrètement.

Nous ne savons toujours pas pourquoi Josée a été hospitalisée et je ferai une interprétation sur la base de la moitié d'une information : le contre-transfert de la thérapeute et ce que j'ai démontré avant le renversement de la situation où la patiente était mère sadique tandis que la thérapeute était paralysée. Je suppose que Josée a eu peur que la thérapeute ne soit pas assez forte pour affronter la mère sadique. Mais je n'en ai pas la preuve ; il reste possible que cette hospitalisation exprime une ré-introjection de la mère sadique.

Autrement dit : au lieu d'agir la relation, thérapeute identifiée à Josée et Josée identifiée à la mère sadique, Josée dirige maintenant l'agression contre elle-même : elle est à la fois la mère sadique qui coupe le pied et la victime coupée. Elle est paniquée parce que la mère sadique est maintenant à l'intérieur et qu'elle ne peut plus s'échapper. Si cela était vrai je dirais à Josée : « Se pourrait-il que votre angoisse exprime le sentiment d'impuissance de votre partie saine face à l'autre partie, celle qui est identifiée à la mère sadique ? Se pourrait-il qu'en même temps vous craigniez que je ne me sente aussi impuissant que vous face à cette mère sadique qui nous contrôlerait tous les deux, vous forçant à revenir à l'hôpital parce que moi, votre thérapeute, je n'aurais pas su vous protéger ? »

Cette interprétation est très proche de l'interprétation donnée effectivement par la thérapeute : « Est-ce que vous diriez que c'est votre mère qui vous coupe l'herbe sous le pied ? » L'agitation de Josée a cessé immédiatement ; bien sûr, elle met son symptôme en relation avec la lettre de la mère qui la met en garde contre les médicaments et contre la psychanalyse qui vont la rendre folle. Je crois qu'il y a ici confirmation de l'attaque par la mère et de l'internalisation de l'attaque. À partir du contre-transfert, vous avez trouvé une voie magnifique qui vous a menée vers une interprétation très précise.

Dans la séquence qui suit vous écrivez : « Josée comprend lentement qu'elle se coupe elle-même l'herbe sous le pied et que, par passivité et projection, elle accuse la mère. » Je pense que cette conclusion n'est pas tout à fait juste car Josée s'est identifiée à sa mère et la mère agit réellement contre elle et contre l'analyste. J'ai

été surpris de voir l'analyste protéger la mère. Je crois que nous assistons ici à un renversement curieux : la patiente veut se couper le pied, ce qui ressemble à un acte concret car symboliquement la mère veut la châtrer. Je crois que l'ordre est inversé : se couper le pied est un acte symbolique devant lequel la destruction par la mère paraît très concrète. Alors la thérapeute écrit que la « mère recule devant toute communication qui utilise le symbolisme » : je crois que la façon dont Josée voit sa mère est le contraire du symbolisme. C'est à nouveau une de ses défenses par le retournement : la mère à l'intérieur s'oppose à ce que Josée puisse voir concrètement ce qui se passe dans la réalité et dans la relation d'objet avec la thérapeute.

Je voudrais préciser encore deux points. Je suis désolé que tout cela soit si compliqué mais ce matériel est si riche...

1) La mère dans la réalité a aussi des aspects bons et bien situés. Quand Josée fantasme « le phare en opaline », la mère lui dit que ce n'est pas réel. Cette mère n'est donc pas que sadique et mauvaise ; par moments elle est capable de soutenir la réalité ; ceci pourrait être utile éventuellement pour montrer à Josée que la mère a des aspects bons aussi bien que des aspects mauvais. Elle pourrait peut-être craindre que les bons aspects de la mère ne soient détruits si elle accepte la mère en bloc, avec ses aspects bons et mauvais. Aussi préfère-t-elle dénier les bons aspects de la mère et les projeter sur l'analyste afin de les mettre en sûreté. Dans la réalité, il se peut que la mère soit surtout mauvaise, mais elle a aussi de bons côtés qui peuvent être sauvés.

2.) La situation œdipienne apparaît non seulement dans le thème de la musique mais aussi dans la place qu'occupe le père. Il souhaite qu'elle joue, il tolère qu'elle joue ; bien sûr symboliquement cette flûte est le pénis du père, mais symboliquement aussi, l'autorisation de jouer représente le principe paternel. Et l'analyste en n'analysant pas complètement l'identification de la patiente avec la mère sadique montre un père qui n'ose pas protéger sa fille et qui se soumet aux côtés destructeurs de la mère. Je crois que la fonction masculine de l'analyste peut être manquante quand il s'agit d'analyser l'identification de Josée à sa mère ; l'analyste manque d'audace pour aborder la vie sexuelle de Josée. Ceci est un sujet général qui peut se relier à l'ensemble de la vie extérieure de la patiente, mais ce point particulier me semble crucial

### **Letarte**

Je commence à comprendre qu'il y a des différences considérables entre vous et moi... Vous vous référez beaucoup à la deuxième topique tandis que je m'appuie davantage sur la première topique. Je pense souvent aux « Deux Principes du Fonctionnement Mental » : Freud y dit bien, en d'autres termes, que « Trop c'est trop ». Bion et les post-kleinien y reviendront ; et en France notre quatuor de psycho-somatiques : Marty, Pain, David et De M'Uzan insistera sur le rôle et l'organisation du pare-excitation, Winnicott parlera de ce Moi périphérique, réactionnel, qu'est le faux *self*.

À partir de ces auteurs et de ce qu'ont dit mes patients *borderline*, je pense que quand un patient est débordé par l'angoisse, il faut d'abord le calmer, chercher à réduire la situation devienne pensable. Il arrive souvent que ce soit un processus en deux temps : réduire d'abord penser ensuite ; n'est-ce pas ce qui a été décrit comme organisation d'un après-coup ?

Je pense aussi que le tuteur peut retenir la plante, mais que l'énergie se trouve dans la plante. Si par notre façon de comprendre et d'interpréter nous ouvrons un chemin, le patient devrait s'y engager de lui-même. C'est pourquoi je parle si souvent d'aménager des ouvertures qui permettent au patient de choisir pour lui-même. J'essaye d'aller vers cette petite quantité d'énergie qui permet ce travail d'orfèvre, ou de joaillier, qu'est la pensée, la fonction symbolique, la capacité de métaphoriser, d'échanger autrement que par des coups de poings ou d'échanger au sujet d'un tiers. Diminuer l'intensité d'une énergie, transformer une énergie libre en énergie liée

Revenons à la suite de l'exposé. Nous verrons apparaître spontanément des thèmes qui n'ont pas été analysés par des interprétations classiques, mais qui ont été préparés. La résistance n'a pas été d'abord analysée, mais Josée n'est pas une névrosée. Le thème du père va se développer sur un mode apparemment spontané et le transfert maternel ambivalentiel va se nuancer d'un transfert paternel.

Josée part donc pour une vacance en Autriche : elle découvre Mozart à Salzbourg. Au début du mois de décembre elle est de retour. Elle a apporté deux maisonnettes en carton avec 25 fenêtres qui doivent être ouvertes une chaque jour jusqu'à Noël. Elle m'en offre une et elle m'intime l'ordre de n'ouvrir qu'une fenêtre par jour : elle vérifiera à chaque séance. J'accepte le jeu qui reproduit pour Josée un jeu d'enfance. Il n'est pas question que je me dérobe alors qu'elle demande de faire des travaux pratiques d'attente avec sa thérapeute ; c'est aussi reprendre sur un mode ludique d'emprise, ses angoisses concernant la place des chiffres dans une succession.

Au printemps suivant Josée me téléphone et sur un ton sans réplique elle m'intime un nouvel ordre fort insolite : « Je veux que vous m'apportiez la photo d'un arbre ! » Je dois avouer que je vacille un peu... et que je pense, moi aussi : « Ils sont fous ces Romains ! » Ça ne fait pas sérieux ! Il n'est pas question que j'apporte la photo d'un arbre à Josée ; par ailleurs, je me souviens de son désespoir quand la mère avait refusé la métaphore du phare en opaline. Refuser maintenant la métaphore de l'arbre, serait refuser quelque chose qu'elle vient de fabriquer dans sa tête. Josée sait bien que je n'apporterai pas de photo d'arbre mais alors, qu'est-ce qu'elle demande dans ce moment d'urgence téléphonique ? Je ne vais pas, non plus, lui servir une interprétation directe concernant le père et son pénis. Je m'entend répondre : « Des arbres !... J'en ai plein la tête !... Encore faudrait-il que je sache lequel vous cherchez ! » J'ai choisi une interprétation indirecte, métaphorique : j'ai reconnu le père sans le nommer. Josée a dû entendre le sens interprétatif de ma réaction car elle répond immédiatement : « Ça va mieux maintenant, je crois que je peux aller dormir. » J'ai eu l'impression que Josée m'avait tendu un piège pour que je désymbolise son activité de pensée et pour que

nous nous retrouvions dans la communication archaïque antérieure, celle qui la contraignait au morcellement. Elle demandait aussi l'accès à quelque chose, à quelqu'un qui serait dans ma tête comme une référence : son père.

### 7. LA FLÛTE ENCHANTÉE : DEUX SEXES ET UNE SCÈNE PRIMITIVE

*Josée s'enhardit : elle parle davantage de son père qui apparaît comme une force capable de diminuer la puissance destructrice de la mère. Il amenait les enfants en promenade le dimanche et il leur enseignait à faire des ricochets sur la mer. C'était un amoureux de la mer... c'est lui qui a initié Josée à la navigation à voile ; il lui a appris à barrer, à lire les étoiles...*

*Josée apporte en séance une carte très technique qui indique les reliefs sous-marins en Bretagne. Elle indique les reliefs dangereux, elle montre les chemine-ments compliqués qu'on doit emprunter pour entrer et sortir d'un port sans s'échouer, en profitant des mouvements de la mer... La thérapeute apprend... comme une bonne petite fille instruite par son père. Josée apporte aussi un traité de Météorologie, car il faut prévoir les tempêtes : « Lisez ça, vous n'avez pas l'air de savoir grand-chose en météorologie. »*

*Je collabore, encore une fois, à ce jeu qui me rappelle les thérapies d'enfants ou un psychodrame individuel à deux personnes. Je mets en réserve ce qui se passe et nous y reviendrons dans un second temps, soit directement, soit par allusion. C'est au moment d'une remémoration ou d'une répétition dans la cure que j'interpréterai, toujours dans un deuxième temps, dans un après-coup. Par exemple : quand, en l'absence de carte sous-marine, Josée reparle des fonds sous-marins j'interpréterai : « C'est aussi difficile à comprendre que l'anatomie » et Josée poursuivra en disant que sa vie aurait été plus simple si elle avait été un garçon, le fils de son père plutôt que sa fille. Mais elle ajoutera : « J'ai parlé déjà de ma sexualité avec d'autres médecins qui ne me connaissaient pas ; quand je serai prête à vous en parler, j'en parlerai. » Je respecte cette défense car je suis toujours impressionnée par le fait que Josée cachait ses secrets dans les arbres ; je fais en sorte de ne pas la forcer à se dévoiler. Elle ajoute que si elle avait été garçon elle aurait étudié la musique plutôt que les sciences humaines : il n'y aurait pas eu de danger car sa mère aurait été fière qu'elle joue d'un instrument. Tandis que fille... « Si tu choisis la musique, tu ne me verras plus... »*

*Un peu plus tard Josée apporte en séance un long étui noir qu'elle pose sur ses genoux : « Vous voulez voir ? » — « Sûrement. » Elle dégaine prudemment une flûte à bec qu'elle me tend. Je prends l'instrument et je l'examine avec soin avant de demander : « Soprano ou alto ? » (Poser la base d'une distinction entre plus viril et plus féminin...) Elle répond : « Soprano » et elle explique longuement l'anatomo-physiologie de la flûte. J'enregistre au passage les éléments qui je pourrai réutiliser dans un deuxième temps, interprétatif, si cette amorce de sublimation venait à l'enrayer.*

*J'ai rendu la flûte à Josée, mais elle s'emploiera à se la faire enlever, comme jadis par sa mère. Elle ira jouer dans des parcs, à côté de dames revêches qui la*

*feront taire : jeux interdits José trouvera un lieu ou elle peut jouer sans qu'on l'en empêche. Mais le problème n'est pas pour autant résolu : Josée a gardé la flûte, pourra-t-elle garder la mère-analyste ? À l'occasion d'un nouveau règlement pour les consultants de la Clinique nous entrons dans une nouvelle cascade de passages à l'acte. Josée va utiliser cette difficulté pour se faire enlever son analyste : elle néglige de mettre ordre à sa prise en charge par la Sécurité Sociale. La Clinique menace d'interrompre les séances ; j'obtiens un délai, bien inutilement car Josée attendra qu'il soit écoulé. La preuve sera faite : « Si tu fais de la musique, tu ne me verras plus. » Une autre preuve est également faite : au nom du préjudice subi par l'institution nous devons toutes les deux nous incliner devant une autorité. Josée pensait que je trouverais un truc et elle est révoltée de voir que je n'en cherche pas. Elle écrit au premier ministre une lettre si bien tournée qu'elle obtient une réponse de son chef de cabinet ! Elle met en conflit deux bureaux de la Sécurité sociale et enfin elle trouve dans un autre hôpital une Consultation Externe qui la reçoit trois fois par semaines, sans qu'elle ait à produire ses papiers de la Sécurité Sociale.*

*Les séances seront interrompues pendant trois mois ; pendant l'intervalle Josée verra régulièrement un psychiatre de l'autre hôpital « pour de simples entretiens de quarante-cinq minutes, trois fois par semaine... » Elle maintient avec moi un contact téléphonique et elle m'écrit pour me prendre à témoin de la bêtise de l'humanité. Après trois mois, les papiers de José seront en règle et elle pourra reprendre ses séances à la Consultation.*

*Elle revient, écumante de colère ! « Ce psychiatre est complètement fou ! Vous savez ce qu'il a fait ? Il a voulu m'envoyer vers un autre psychanalyste ! Il a dit qu'il me donnerait le nom d'un psychanalyste compétent ! J'irai voir ce type et dès qu'il sera bien assis je me lèverai et je casserai tout ! Je vais vous défendre ! Non mais... pour qui se prend-il celui-là ? » Dès que l'orage est calmé j'interviens : « Si mon collègue a dit ça, il devait avoir des raisons... Il a dû penser que j'étais complètement folle. Vous avez dû lui faire le coup de l'oreille... Vous vous souvenez ? À l'Interne vous aviez montré l'oreille qui ne faisait pas mal... » Josée hésite ; elle craignait ma colère et elle se sentait un peu obligée de me venger des torts qu'elle m'avait causés... Elle explique : « Il disait que je faisais exprès pour ne pas être en règle avec la Sécurité Sociale, que je ne me dépêchais pas parce que je vous en voulais... que je voulais être une exception... Je lui disais des choses contre vous et il n'avait pas l'air de me croire. Alors j'ai raconté que je vous ai montré ma flûte et que vous m'avez demandé : "Soprano ou alto ?" C'est alors qu'il a voulu me donner le nom d'un psychanalyste... compétent. » Dans ce deuxième temps de remémoration d'un acting out j'ai pu dire à Josée : « Vous auriez bien voulu que je vous dise que ce n'était pas une flûte mais un pénis, et que je vous empêche d'en jouer ! » Josée sourit comme une adolescente ravie d'avoir été retenue. Trois mois de fugue n'ont pas brisé le fil du processus thérapeutique.*

## 8. DU VENT DANS LES VOILES : INTRODUCTION À LA PSYCHANALYSE

*Nous en étions la sixième année du traitement. Josée revient d'une vacance en bateau. Elle raconte, éblouie, une nouvelle version du « phare en opaline » ; sans crainte elle décrit « le fréuissement des étoiles sur la mer calmée ». Elle parle de plus en plus de sa vie en dehors des séances : elle a connu de nouveaux copains, un grand allemand très musicien qu'elle compte retrouver l'été prochain. La vie avec sa compagne est plus agréable car chacune progresse dans sa propre psychothérapie...*

*Josée m'apprend qu'elle s'est inscrite dans un Conservatoire et qu'elle a choisi l'instrument de ses rêves : le violoncelle. Pendant les années qui viennent elle sera logée à peu de frais par des amis et elle aura toute latitude pour travailler l'instrument et s'engager sérieusement dans ses nouvelles études. Elle voudrait enseigner la musique aux tout-petits et les études supérieures qu'elle a déjà faites lui serviraient de qualification supplémentaire.*

*Josée n'est plus cachottière. Les séances sont envahies par le récit des incidents de sa vie extérieure. Elle fait entrer la musique dans la pièce et je constate que ses connaissances sont beaucoup plus importantes que je n'avais imaginé. Je ne savais pas qu'elle avait autant appris au lycée... je suis aussi étonnée que l'aurait été sa mère...*

*Il est bien évident que l'achat de l'instrument sera l'occasion d'angoisses répétées. Josée inventera une nouvelle version de l'incident de la flûte soprano : elle apporte le violoncelle à sa séance, l'étend doucement sur le divan et demande : « Vous voulez le voir ? » La thérapeute docile, amusée et curieuse répète comme la fois précédente : « Sûrement. » Josée extrait doucement l'instrument de son étui, elle approche une chaise, pose par terre la courroie pour la pique, prend amoureusement le violoncelle entre ses cuisses et d'un coup d'archet tire un son, un seul... Je suis assez émue par la gravité de Josée, par son recueillement, par le côté très intense de cet instant. Pour la première fois, je me projette dans l'avenir de Josée : elle est maintenant engagée dans une voie qui la mènera où elle voulait aller.*

*Ce violoncelle a une belle sonorité, chaude. Je le dis et j'ajoute : « Montrez-moi son dos. » Et nous continuons la leçon d'anatomie... je dois dire que je ressens ce violoncelle comme s'il s'agissait d'un enfant nouveau-né... d'un organe viril mais aussi d'un ventre... Josée explique : elle tourne et retourne l'instrument, le montre en détaillant ses parties : par les ouïes elle me fait voir au sein du violoncelle une petite tige qui est le secret de sa sonorité, une petite tige qui unit les deux tables de l'instrument, qui transmet les vibrations et qu'on nomme l'âme... Je ne commente pas, d'aucune façon ; et Josée ajoute : « J'ai été très surprise quand j'ai tiré un son pour la première fois. Je ne savais pas qu'on ressentait cette vibration entre les cuisses. Je n'aurais jamais pensé que le violoncelle c'était sexuel ! Aussi... »*

*Plus tard Josée connaîtra la peur, non plus pour elle mais pour l'instrument : peur de ne pas jouer bien, de ne pas être à la hauteur du violoncelle, peur qu'un enfant étourdi ne heurte en courant l'instrument. La housse est trop légère et Josée se promène de luthier en luthier, compare les prix, rencontre un jeune luthier qui*



*lui procure un étui robuste et une nouvelle amitié. Elle téléphone triomphante : « J'ai rencontré un jeune luthier ! Il n'y a plus de danger pour mon violoncelle ! »*

*Notre cheminement se poursuit dans un scénario axé sur les partitions, les commentaires des professeurs. Josée travaille avec ardeur ; elle se désespère quand elle a des crampes. Elle m'explique, sans instrument, les exercices d'assouplissement de la main qui lui sont conseillés. Elle insiste sur les difficultés de l'apprentissage, décrit les premiers sons qui lui plaisent, obtenus par hasard et impossible à reproduire volontairement. Elle raconte ce qui se passe entre les élèves à l'école, pardon ! au Conservatoire... Elle apporte des partitions diverses, d'un niveau plus avancé que ce que j'aurais cru. (Je dois dire qu'un jour Josée a entrevu chez moi un piano et qu'elle a compris que je connaissais aussi la clé de sol...) Elle voudrait devenir professeur de musique et elle manifeste une grande admiration pour une enseignante d'histoire de la musique qu'elle décrit comme chaleureuse et érudite. J'ai l'impression que Josée sait se faire aimer et susciter autour d'elle la confiance.*

*Nous traverserons une dure période, autour de l'angoisse dépressive et de la séparation ; mais il n'y a plus de passages à l'acte. Les conflits s'organisent à l'intérieur de l'appareil psychique ; Josée peut maintenant ressentir et tolérer la douleur psychique. Cette période « dépressive » est centrée sur des partitions musicales. Josée apportait des partitions en séances et elle m'indiquait ses difficultés ; je dois dire que pendant un certain temps j'ai été un interlocuteur valable. Mais quand elle a apporté une partition des Oiseaux de Messiaen j'ai dû déchanter... Josée s'est angoissée, elle a voulu que je comprenne à tout prix. J'ai invoqué la différence des générations... « C'est pas possible pour moi. Je suis de la vieille école et je n'ai jamais appris ces rythmes et ce type d'écriture musicale... » Josée est très triste d'avoir dépassé les limites de sa thérapeute. « Si tu fais de la musique, tu ne me verras plus », disait la mère. Nous analysons sa peur de ne plus me voir à cause de la musique, comme jadis sa mère à cause de son père. Josée pense avec tristesse au Stabat Mater de Pergolèse ; elle l'a entendu récemment et elle avait oublié qu'elle le connaissait par cœur, jusqu'à la moindre note ; c'est sans doute le père qui l'écoutait quand elle était enfant, à l'âge où il leur faisait entendre La Flûte enchantée. Josée pleure quand elle pense soudainement à son plus jeune frère, celui qu'elle a initiée à la navigation à voile ; il part maintenant en croisières, mais pas avec elle...*

*Josée a appris à pleurer la perte... elle a aussi appris à rêver des rêves nouveaux qui établissent des liens entre la psychothérapie, l'analyste d'aujourd'hui et des personnages de l'enfance, entre l'histoire de sa thérapie et l'histoire de son développement. « Dans un bac à sable je joue avec Arnaud ; il y a un trou avec de l'eau. Arnaud joue avec un petit avion 747, mais tout a coup l'avion se brise. Je me réveille très angoissée. »*

*Arnaud était un compagnon de jeu de la petite enfance. D'ailleurs dans le rêve il ressemble à un autre copain de l'adolescence et il porte les mêmes lunettes que l'analyste.*

*Cet avion qui se brise., un 747 comme les longs courriers. C'est l'approche des vacances et Josée avait si peur de ne plus me revoir. Elle se souvient de ses colères d'antan, à chacune de mes absences. Maintenant c'est différent.*

*« J'ai peur que vous ne partiez... je ne voudrais pas qu'il vous arrive quelque chose... je ne sais pas comment dire... j'ai besoin de mes séances, ça c'est pour moi., mais je pense aussi à vous, ça c'est pas comme avant. Je vous ai dit que j'avais parlé de ma sexualité avec le Docteur X., il y a plusieurs années. Il faudra maintenant que je vous en parle à vous... mais avant il faut absolument que vous vous reposiez!...»*

### C. Chiland

Je vais introduire la discussion par quelques remarques générales concernant les différences que vous avons senties entre deux techniques et les questions générales que nous aimerions poser à Otto.

Je ferai une remarque relative au souci de diagnostic différentiel d'Otto entre « *borderline* » et « schizophrène » (ou psychotique)

a) quelles sont pour lui les conséquences thérapeutiques... quelle est la différence dans la technique utilisée pour un psychotique par rapport à la technique utilisée avec un *borderline* ? Par exemple, Kernberg a dit : « Un vrai *borderline* n'a pas besoin de médicaments. »

b) est-ce que cette patiente aurait été mise par lui sur un divan ? Elle était certainement très malade et la question du diagnostic différentiel a été articulée, entre autres, par Kernberg autour de l'hallucination et du délire. D'après ce que j'avais dit à Paulette, elle aurait déliré auparavant, mais comme elle a tout lu, nous nous demandions quelle est la part de construction. Délire ou pseudo-délire ?

c) Je ne suis pas, comme Jean Bergeret, partisan de distinctions tranchées et je sentirais un continuum entre le vrai *borderline* et le vrai schizophrène, avec peut-être des fluctuations dans le temps. Autrement dit : devons-nous faire une différence structurale fondamentale ? N'y a-t-il pas des moments tantôt *borderline*, tantôt psychotiques ?

d) Admettons que Josée soit *borderline*, ce qui peut être discuté, je voudrais souligner la différence des techniques entre Paulette Letarte et Otto Kernberg. Paulette disait : référence à la première topique opposée à référence à la deuxième topique. J'ajouterais une autre distinction : interprétation poétique, par opposition à interprétation rationnelle. J'ai trouvé que les interprétations suggérées par Kernberg étaient habiles et pleines de tact, mais je pense que cette malade n'aurait rien entendu. C'est ma réaction personnelle.

En France nous défendons souvent la nécessité d'une interprétation brève et pénétrante. Cette patiente qui a tout lu aurait dit à Kernberg : « Vous parlez comme vos livres, ou comme le livre de X. ou Y. » Ce qui m'a frappé dans les interprétations de Paulette c'est l'effet de surprise obtenu en n'utilisant que des mots simples que la patiente ne pouvait référer à aucune théorie ; Paulette a surtout pratiqué l'intervention à valeur interprétative, comme par exemple : « Soprano ou alto ? »

Il m'a semblé que vos interventions pouvaient être vécues comme une agression ; vous avez insisté à plusieurs reprises sur « tactfully » et je sais depuis longtemps que vous êtes un homme plein de tact. Nous avons coutume de dire qu'un n'interprète pas le comportement, qu'on n'interprète pas l'*acting out*, qu'on n'interprète que le transfert.

### **Kernberg**

Qui dit ça ?

### **C. Chiland**

Nous, en France. Certes, il ne s'agit pas de recettes car il faut faire avec ce que l'on sent dans telle situation avec tel patient et à tel moment de tel traitement. Mais malgré tout, nous répétons qu'on n'interprète pas le comportement, à cause de la blessure narcissique que cela peut impliquer et qui sera ressentie comme une agression. Nous considérons qu'il est inutile d'interpréter l'*acting out*. L'interprétation porte sur le transfert, c'est-à-dire sur ce qui est répété dans la cure. Vous devenez un peu diabolique, et c'est intéressant pour nous, quand vous réussissez à transformer le trait de caractère et l'*acting out* en relation d'objet : cette transformation étant faite, vous interprétez alors la relation d'objet. Votre technique paraît très pure et celle de Paulette pourrait apparaître impure, mais en même temps vous avez envie de savoir quelle est la vie sexuelle de Josée, si elle est hospitalisée et pourquoi. C'est vrai que la vie de Josée fait désordre ! Mais en même temps j'ai le sentiment que Paulette laisse au patient la liberté nécessaire. Si elle avait demandé : « Pourquoi êtes vous hospitalisée ? » la patiente n'aurait pas répondu ou elle aurait répondu à côté. Nous pensons qu'il est inutile de poser des questions, nous préférons intervenir par des interventions, des interprétations car avec des questions vous n'aurez que des réponses... ou des mensonges... Qu'est-ce que Paulette aurait pu faire ? Faire enquête, poser des questions aux autres, cerner cette patiente ? Inutile ou même nuisible : Tout au long de son texte, Paulette indique les questions qu'elle aurait pu poser, mais Josée aborde d'elle-même ces thèmes quand elle est prête à en parler.

Paulette dit qu'elle ne connaissait pas cette mère, d'où ma question à Otto Kernberg : quelle relation fait-il dans la genèse de l'état *borderline* entre l'imgo et la mère ?

### **Kernberg**

La mère réelle, extérieure, biologique ? Par rapport à l'objet interne ?

### **C. Chiland**

Oui... Dernière remarque relative à cette patiente et à l'usage qu'elle fait des mots : « gazon et raisin » sont la même chose parce que c'est vert. Mon anti-lacanisme est bien connu ; je suis frappée par ce que je vois ici et chez les enfants. Avant d'accéder au sens abstrait ou figuré des mots ils ont accès au sens concret.

Qu'est-ce que cette utilisation des mots par Josée et quel est son rapport avec l'utilisation des mots par un enfant ordinaire. Quant aux lacaniens, c'est autre chose, car ils jouent abstraitement avec les mots.

### **Bergeret**

Paulette a montré comment les Français, c'est-à-dire les Gaulois, opèrent. Colette Chiland a montré comment les Français, c'est-à-dire les Gaulois, pensent. Je ne voudrais pas qu'Otto reparte aux États-Unis en disant : « Ils sont fous ces Gaulois ! »

Il y a de grandes différences entre nos idées concernant les états-limites. Quand on parle de névroses, de structure névrotique, on se réfère à des repères solides, psychanalytiques. Quand il est question de psychoses, les repères sont un peu moins solides mais on peut quand même les accepter, les refuser, les discuter. Mais quand nous en venons aux états-limites, nous manquons de repères et nos idées sont très variables et souvent très floues. C'est un domaine dont on parle encore trop peu et je suis heureux que ces journées aient été organisées avec un auteur aussi compétent, sur un problème dont beaucoup ignorent la spécificité économique et les composantes.

Je ne suis pas très d'accord sur les intentions qui m'ont été prêtées par Colette Chiland car je suis de ceux qui pensent qu'il n'y a pas de structure limite et que les états-limites constituent une organisation non encore structurée et qui peut aller dans un sens ou dans l'autre. Ici je me différencie de Kernberg qui donne une définition structurelle de l'état-limite. Cette distinction, importante sur le plan économique, étant posée je suis d'accord avec beaucoup d'autres choses que Kernberg nous a dites, surtout hier.

Aujourd'hui, il est intéressant de voir qu'au-delà de toutes nos divergences dans l'approche économique du problème des *borderline* nous sommes réunis, malgré nous, quand il s'agit de la clinique de ces malades par une constatation : ces malades nous amènent sur un terrain, dans une position, qui entraîne des réactions qui ne sont habituellement pas les nôtres quand nous sommes psychanalystes. Nous l'avons vu aujourd'hui. Et les problèmes du comportement chez ces malades nous entraînent immédiatement dans des problèmes de contre-transfert, de carence de l'imaginaire. J'ai entendu parler d'agressivité : je ne suis pas d'accord avec l'usage qui a été fait de ce terme car ce qui est décrit aujourd'hui correspond mieux à ce que vous nommez « haine » dans vos écrits. Pour moi « agressivité » implique une composante érotique : ce n'est pas ce qu'on rencontre chez Josée. Il s'agit chez elle d'une force beaucoup plus primitive, non encore capable d'être élaborée et intégrée.

Josée prétend qu'elle est toujours en train de rêver mais ce n'est pas du rêve, c'est ce que l'on rencontre chez les toxicomanes en tant qu'imagination et non pas en tant qu'imaginaire. Josée faisait semblant de rêver parce qu'elle ne pouvait pas rêver au sens élaboratif où nous l'entendons.

Le problème de la violence qui sous-tend cette observation tient à ce qu'il n'y a pas de place pour deux. Nous en arrivons à l'étude du statut de l'objet interne

comment passer du comportement à la relation objectale ? L'objet est ici mal élaboré, mal intégré, très peu « subjectalisé » ; l'objet est ici très éphémère, ce qui met l'analyste dans la position si difficile que je décrivais tout à l'heure. Nous sommes exclus de notre position habituelle d'analyste.

Nous avons raison de revenir à l'étude serrée du contre-transfert pour examiner toutes les contradictions que nous pouvons déceler grâce à ce miroir, cet écho du contre-transfert au sein de nos pensées, de nos affect et comportements. Nous devons penser aussi à la relation entre le contre-transfert et l'identification projective ; Josée disait que la mère n'acceptait pas ses fantasmes ; c'est un peu ce que nous avons vécu ici en vous voyant vous débattre tous les deux avec vos contre-transferts réciproques et articulés. L'étude des mouvements d'identification projective serait très positive pour mieux comprendre certaines composantes du comportement. Il faudrait comprendre comment fonctionne une sorte de « pompe à imaginaire », comment nous pouvons favoriser l'émergence de l'imaginaire, non pas en le forçant, mais en créant les conditions favorables à son émergence. C'est le grand problème de la thérapie des états-limites.

## J. Chasseguet

Je voudrais poser quelques questions ponctuelles :

1) D'abord une question très vaste : vous avez longuement contribué à l'étude des *borderline*.

— Pensez-vous qu'il y a une évolution ou une involution chez les patients, et je dirais même dans l'humanité présente, qui fait qu'il y aurait davantage d'êtres humains qui présentent cette structure, ou ce manque de structure ?

— Pensez-vous que ce n'est pas là le problème, mais qu'un plus grand nombre de patients *borderline* se présentent à l'analyse, pour des raisons indéterminées ?

— Pensez-vous que dans la mesure où nous les étudions davantage nous sommes mieux à même de les dépister et que nous les appelons *borderline* alors qu'auparavant nous les aurions considérés comme psychotiques, névrose de caractère ou autre catégorie ?

2) Revenons au cas Josée. Je ne suis pas une spécialiste des *borderline* mais il n'empêche que mon expérience clinique et mon expérience de superviseur m'ont amenée à me faire une certaine idée. J'ai à l'esprit le tableau suivant : arrive un(e) patient(e) dont on pense que ce n'est pas une schizophrène, loin de là, mais plutôt une personnalité hystérique. Après quelques séances on pense que ce qui s'est donné à voir comme, par exemple, une personnalité hystérique, serait plutôt de l'ordre des défenses maniaques ; et on craint de s'être mis les pieds là où il ne fallait pas. Au cours des mois qui suivent on peut s'apercevoir qu'il s'agit d'une apparente hystérie (peut-être même de véritables îlots hystériques) mais en fait *borderline* avec dépression grave, menaces suicidaires etc. Est-ce que vous auriez pensé que Josée était une *borderline* ou une pré-psychotique ?

3) Colette Chiland a établi des différences entre votre façon d'interpréter et celle de Paulette Letarte. Je me demande si la distinction ne tient pas au fait que

Paulette s'adresserait davantage au préconscient. Nous dirions que ce qui importe, c'est que ça fasse « tilt », quitte à ce que ce ne soit pas de l'ordre d'une prise de conscience comme on l'entendrait dans une analyse classique ; ce qui importe, c'est que ça touche le préconscient. Peut-être à la fin de l'analyse la patiente pourra-t-elle dire ce qui s'est passé. Dans sa technique Paulette tient avant tout (sa façon d'être et des présupposés théoriques et techniques sont ici en cause) à s'adresser au préconscient et à court-circuiter volontairement le concept même de prise de conscience, que nous utilisons dans l'analyse classique. À la fin de sa thérapie Josée pourrait être à même de passer de ce niveau préconscient au niveau de la prise de conscience proprement dite.

Colette Chiland dit que nous préconisons de ne pas analyser les *acting out* ni les comportements. Je ne suis pas aussi affirmative qu'elle. En ce qui concerne l'*acting out* : à partir du moment où le patient parle en cours de séance de son *acting out*, l'*acting* devient un matériel d'analyse qu'il est urgent d'analyser en référence à la cure. En ce qui concerne la comportement : en principe nous ne l'analysons pas, mais on peut toujours envisager des exceptions. Il ne s'agit pas tellement de ne pas blesser narcissiquement le malade, mais plutôt d'éviter une sorte d'analyse sauvage, une intrusion dans ce que le malade ne nous a pas apporté dans son matériel verbal. Analyser le comportement dont le malade n'a pas parlé c'est le court-circuiter dans ce qu'il veut bien nous apporter. Je pense toutefois qu'il y a des exceptions : par exemple, il n'y a pas d'analyste qui n'analyse pas le fait que son patient l'a trop ou pas assez payé !...

### I. Schimmel

Je voudrais ajouter à la question posée par Jeannine au sujet de la différence entre toucher le préconscient et favoriser la prise de conscience. Je sens une grande différence entre ce que vous faites et ce que fait Paulette. Est-ce que vous exprimeriez cette différence en vous référant à un autre modèle, tiré par exemple de vos théories de la relation d'objet ?

### X

Josée contrôle tout et L'analyste serait d'accord pour la laisser tout contrôler, jusqu'à un certain point. Vous avez semblé dire que ce n'était pas nécessaire et que ce temps de manipulation (plus ou moins long comme nous l'a dit Paulette Letarte) ne vous semble pas indispensable ? Pensez-vous qu'on puisse aborder les problèmes fondamentaux sans passer d'abord par tout ce temps de manipulation ?

### P. Letarte

En ce qui concerne l'appel au préconscient plutôt que la prise de conscience :

— Dans les cures-type de névrosés, rendre conscient ne veut pas dire que le patient apprenne, ou qu'il devienne plus savant. Cela signifie : que soit levé le refoulement et que l'énergie utilisée pour le maintien du refoulement soit réutilisable par le Préconscient/Conscient ; ceci va de pair avec la prise de conscience.

— Quand nous traitons un *borderline*, n'avons pas à comprendre et à lever la barrière du refoulement. Le patient souffre au contraire des effets d'une carence de refoulement ; son appareil psychique n'est pas finement stratifié comme celui du névrosé. Il fait appel, au contraire, aux techniques les plus primitives qui soient, les techniques de décharge d'énergie qui sont incompatibles avec l'organisation d'une relation d'objet stable. Le mot lui-même devient décharge ! Quand le patient aura appris à refouler, il sera temps de se livrer à l'étude du refoulement. Nous parlons à tort d'analyse des *borderline*, Il s'agit beaucoup d'une tentative de synthèse psychique qui ne peut-être faite que par des psychanalystes... puisque tel est notre nom ! L'analyse proprement dite viendra plus tard. Il aura fallu huit années pour que Josée y parvienne et elle aurait bien pu quitter son traitement, fort améliorée sans aborder « L'Introduction à la Psychanalyse ».

### C. Chiland

Une correction au sujet de l'*acting out*. On n'analyse pas l'*acting out* dans le temps même de l'*acting*, c'est ce que j'ai voulu dire. Mais on ne peut l'analyser que dans le temps de la verbalisation. Paulette évoquait un avant-coup de l'*acting out* et l'organisation d'un après-coup.

### Kernberg

In summary... HELP ! Beaucoup de questions, très difficiles, certaines sont vraiment fondamentales. Je pense qu'il est réaliste de répondre en fonction du temps dont nous disposons encore.

Je vais essayer de clarifier certaines différences auxquelles nous devons repenser. Je répondrai aux questions, dans l'ordre de leur formulation.

Importance du diagnostic : j'ai essayé de décrire une certaine approche technique des *borderline*, une psychothérapie psychanalytique qui peut être techniquement précise. On pourrait l'intituler : « Comment venir à bout des résistances de caractère. » Josée présente plus de problèmes que ceux dont il est question dans l'analyse du caractère. Le traitement de Josée est très proche de ce que beaucoup appellent la « psychanalyse des patients régressés » : certains d'entre nous ne différencient pas la psychanalyse de la psychothérapie, en particulier le *British Middle Group* (Winnicott, Balint, Fairbairn, Gunthrip). Pour certains analystes, tout ce que fait la psychanalyste est de la psychanalyse. Je ne suis pas d'accord avec cette façon de voir (cf mon dernier livre : *Internal World and External Reality* : quelques chapitres traitent de la distinction entre psychanalyse proprement dite et psychothérapie des *borderline*). Le *Middle Group* s'oppose aux kleinien qui aiment dire que « tout doit être analysé » ou des psychologues traditionnels du Moi (Ego Psychology de Hartmann Kris et Loewenstein) qui font soit des psychanalyses pures pour les névrosés, soit des traitements chaotiques.

Quand je pose le diagnostic de structure *borderline*, il en découle généralement une indication pour le type de psychothérapie que j'ai décrite. Ceci n'exclut pas que certains patients soient des indications de cure-type, mais je n'entrerai pas

dans la discussion des critères d'indication. D'autres patients ne pourront pas supporter une psychothérapie psychanalytique et ils devront être traités par psychothérapie de soutien. Je l'ai abondamment expliqué dans mes livres. La technique que j'ai décrite s'applique aux patients *borderline*. Mais si je pose le diagnostic de psychose, je dois savoir de quelle psychose il s'agit : schizophrénie ?... psychose paranoïaque non spécifique ?... psychose maniaco-dépressive ?..., réaction psychotique aiguë aux drogues ou à l'alcool chez un patient *borderline* ? C'est alors que je prendrai les décisions qui s'imposent : ce patient a-t-il besoin de médicaments ?... d'hospitalisation ?..., d'un environnement structuré pour la durée de sa psychothérapie ? Si le patient est psychotique, je n'utiliserai pas avec lui la technique que j'ai préconisée aujourd'hui.

## X

Est-ce que vous emploieriez cette technique pour le traitement des dépressions graves ?

### Kernberg

La dépression est une vaste combinaison de diagnostics... Tout patient déprimé nécessite un examen selon quatre critères :

1. la dépression est la conséquence d'une structure du caractère
2. la dépression est la conséquence d'une disposition biologique
3. la dépression est la conséquence d'une situation ou de la réalité
4. la dépression est la conséquence de l'organisation intra-psychique. La combinaison de ces critères permet de faire un diagnostic et de poser des indications plus précises. Et ici, les connaissances psychiatriques et psychanalytiques s'enrichissent mutuellement.

Quant à la fréquence des séances et l'utilisation du divan : je n'emploie le divan qu'en psychanalyse et je préfère le face à face pour les psychothérapies. Je ne crois pas qu'on puisse faire une analyse à moins de trois ou quatre séances par semaine. Je ne crois pas qu'on puisse faire une psychothérapie psychanalytique à moins deux ou trois séances par semaine. Quant à la psychothérapie de soutien, la fréquence des séances y est très variables : de plusieurs par semaine à une séance par mois.

Je ne suis pas de l'avis de M. Bergeret ni de Madame Chiland. Je pense qu'il y a un continuum entre les diverses formes psychopathologiques d'une part, et d'autre part je pense qu'il existe une structure *borderline* caractéristique et qu'elle se différencie

- \* des névroses : par le syndrome de la diffusion de l'identité
- \* des psychoses : par le maintien de l'épreuve de la réalité. Josée est-elle psychotique ou *borderline* ? J'ai centré mes observations sur l'épreuve de la réalité : il en ressort que Josée est *borderline*.

Comme le dit bien Madame Chasseguet, certains patients apparemment hystériques apparaissent très différents après quelques séances. Pour tout patient présentant une pathologie du caractère d'une certaine gravité jointe à des symptômes



névrotiques multiples graves et chroniques, je me demande s'il pourrait s'agir d'une organisation *borderline*. La décision diagnostique tient à la présence ou à l'absence de la diffusion de l'identité, c'est-à-dire à un manque d'intégration du *self* et à un manque d'intégration des autres personnes significatives. J'ai montré dans un article comment on repère cette diffusion de l'identité, comment elle apparaît sur la plan clinique.

Technique d'interprétation et modèle fondamental : c'est une question fondamentale que celle de l'interprétation poétique par rapport à l'interprétation rationnelle. C'est sur ce point particulier que nous sommes le plus différents et ces différences tiennent à des expériences et des théories différentes. La théorie influence notre expérience qui, à son tour, influence la théorie. Comment résumer ma théorie de la technique ? Voici, en quelques mots : Je n'aimerais pas que vous l'acceptiez ou que vous la rejetiez d'emblée : laissez-la en attente un moment, le temps de la réflexion.

À mon sens, les patients *borderline* fonctionnent beaucoup mieux, sont beaucoup plus normaux que nous ne le croyons. Ceci est fondé sur mon expérience de plusieurs années. Il est vrai qu'ils sont aussi très malades, mais à bien des égards ils ont une capacité de fonctionnement normal. Contradiction ? En effet. Elle pourrait s'expliquer par l'emploi d'opérations défensives primitives. J'essaye de diagnostiquer et d'interpréter ces opérations : vite, tôt, intensivement, et je découvre qu'ils fonctionnent alors beaucoup mieux. Vous pourriez croire que je suis alors très envahissant, car je suis très actif, je pose des tas de questions. Quand je ne comprend pas, je demande ; et si je ne comprend toujours pas, je redemande. Quand le patient dit qu'il ne sait pas, je pense que j'ai atteint la limite des connaissances du patient, mais il faut que j'atteigne cette limite. Comme avec le névrosé, je prends pour point de départ ce qui est conscient. Et ici, on pourrait constater que la capacité qu'a Josée de discuter consciemment de ses problèmes n'a pas été utilisée ; qu'elle ait passé des années de psychothérapie sans parler ouvertement de sa sexualité, sa masturbation, sa relation aux hommes, ses vacances, ses fantasmes masturbatoires, ses fantasmes sexuels !... Alors que tout cela est vraisemblablement conscient chez elle. Elle a forcé l'analyste à avoir peur de soulever ces questions ; elle a contrôlé l'analyste qui n'a pas osé questionner. C'est un mécanisme d'identification projective. Certes Josée paraît maintenant heureuse, mais à un niveau inconscient elle contrôle l'analyste, comme le faisait sa mère avec elle. Nous n'avons pas pu discuter les fantasmes profonds cachés ni le transfert parce que la réalité n'a pas été clarifiée en premier lieu. Telle est mon approche ; je puis avoir tort ou raison, mais telle est ma façon de procéder.

Quant au problème de la relation d'objet chez le *borderline* : il me semble qu'il existe une relation d'objet ténue, potentiellement normale. À partir de ce point de normalité potentielle j'explore les relations pathologiques du malade :

- \* d'abord le *hic et nunc*, c'est-à-dire la mise en lumière du matériel conscient
- \* ensuite, le sens inconscient du *hic et nunc* des relations primitives.
- \* puis la relation d'objet dans le transfert.

\* j'en viens enfin à la relation inconsciente dans le passé.

Au cours du processus thérapeutique j'analyse l'histoire du conflit déterminé dynamiquement autour de la sexualité et de l'agression. Si le patient ne dit pas la vérité et que je m'en aperçois, j'analyse les aspects transférentiels du mensonge. Je commence le traitement à partir de ce que le patient pense consciemment de sa mère par exemple, puis je vais à l'implication inconsciente dans le transfert ; puis, après un long moment, je termine par des fantasmes primitifs concernant la mère dans l'inconscient du patient. Au cours de ce processus, le patient peut se sentir irrité car je fait tout ce que les psychanalystes français déconseillent : j'analyse le comportement, j'analyse l'*acting out*, j'analyse tout ce qui semble dominant sur le plan des affects entre le patient et moi (autant que c'est possible à partir d'une position de neutralité technique). Si le patient ressent cette technique comme narcissiquement blessante, je mets cette blessure en évidence et j'étudie comment elle s'inscrit dans la relation d'objet dominante dans le transfert. Si je suis en colère, je me tais ; quand j'interviens c'est parce qu'objectivement je ne suis pas sous l'influence de mon contre-transfert.

Y a-t-il plus de *borderline* actuellement ? Je ne sais pas. Un certain nombre des tout premiers patients de Freud étaient des structures *borderline* : par exemple l'Homme aux Loups. Anna O. était-elle psychotique ou *borderline* ? Nous sommes plus vigilants et mieux préparés à reconnaître les *borderline*. Peut-être une certaine mode joue-t-elle un rôle... En ce moment, aux États-Unis, tout le monde se voit étiqueter de *borderline* ou de narcissique. C'est exagéré...

### **Letarte**

J'aimerais dire quelques mots en ce qui concerne l'usage de l'interprétation dans le traitement des *borderline*. La pratique de l'interprétation systématique m'inquiète beaucoup car je crains qu'elle ne mène à un contrôle, à une mainmise sur la vie intérieure du patient. C'est encore une histoire de « ceinture noire de judo », mais cette fois c'est l'analyste qui y prétend. Je pense aussi qu'il est important pour le patient qu'il puisse mentir... et être cru ! Il doit pouvoir, si ce n'a pas été encore fait, pouvoir organiser son premier mensonge réussi que « JE » est vraiment différent de « TOI ». C'est ensuite seulement qu'il pourra accéder librement à l'aveu ou à la confiance et à la difficulté d'être « seul dans sa tête ».

Je ne vais ni accepter massivement, ni rejeter d'emblée la technique préconisée par Kernberg. Pour le moment ma conclusion serait la suivante : dans les psychothérapies de patients *borderline*, il faut interpréter plus que Letarte, et moins que Kernberg...

### **Kernberg**

Merci beaucoup pour votre énorme patience, aussi bien intellectuelle qu'émotionnelle. Lorsque des types de pensée très différents se rencontrent il se produit toujours des turbulences difficiles à supporter. Je trouve que vous avez été merveilleux. Je suis très impressionné par le niveau de ces échanges.