Document generated on 05/09/2025 4:13 a.m.

Santé mentale au Québec

L'impasse en psychothérapie psychodynamique ou la pertinence des paradoxes
Deadlock in psychodynamic psychotherapy or the relevance of paradox
El impase en psicoterapia dinámica o la pertinencia de las paradojas
O impasse em psicoterapia dinâmica ou pertinência dos Paradoxos

Wilfrid Reid

Volume 31, Number 2, Fall 2006

Ethnopsychiatrie

URI: https://id.erudit.org/iderudit/014836ar
DOI: https://doi.org/10.7202/014836ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Reid, W. (2006). L'impasse en psychothérapie psychodynamique ou la pertinence des paradoxes. *Santé mentale au Québec*, *31*(2), 293–308. https://doi.org/10.7202/014836ar

Article abstract

The author refers here to the saying : prevention is better than cure. In this context, he describes some pitfalls that are inherent in the process of psychodynamic psychotherapy. In trying to avoid these pitfalls, they are presented following the chronological unfolding of the psychotherapy. In so doing, the author brings out a new paradigm of the analytic method, the paradigm of transitionnality. These considerations tend to emphasize the heuristic value of the notion of paradox.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2006

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

L'impasse en psychothérapie psychodynamique ou la pertinence des paradoxes

Wilfrid Reid*

L'auteur se réfère ici à l'adage disant qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Dans ce contexte, il décrit un certain nombre de pièges qui sont inhérents au processus de psychothérapie psychodynamique. Pour mieux tenter de les éviter, ces pièges sont présentés en suivant le déroulement chronologique de la psychothérapie. Ce faisant, l'auteur dégage un nouveau paradigme de la méthode analytique, le paradigme de la transitionnalité. Cette réflexion veut mettre en lumière la grande valeur heuristique du concept de paradoxe.

Tout proche
Et difficile à saisir, le dieu !
Mais aux lieux du péril croit
Aussi ce qui sauve.

Hölderlin (1993, 162).

Dans l'abord des cas difficiles, la démarche de psychothérapie psychodynamique (PP) comporte toujours peu ou prou un risque d'impasse thérapeutique. Or la clinique contemporaine offre à foison des cas difficiles, aussi il importe de baliser cette démarche afin de réduire le risque d'impasse et ce en repérant d'emblée un certain nombre de pièges que nous tenterons d'éviter. Selon l'adage, il vaut mieux prévenir que guérir.

De cette manière, nous orientons notre travail dans le sens d'une réflexion sur la méthode thérapeutique. Ceci dit, cette réflexion sur la méthode renvoie à une nouvelle théorisation du fonctionnement psychique ; cette nouvelle théorisation est d'ailleurs rendue nécessaire par l'abord des cas difficiles ; citons ici quelques auteurs : Winnicott (1975), Green (1990), Bergeret (1974), Reid (1996). Ponctuellement, nous introduirons a minima ces considérations théoriques. Cependant,

* Wilfrid Reid, psychiatre et psychanalyste, directeur du Centre de Psychothérapie, Pavillon Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Cœur, membre de la Société et de l'Institut Psychanalytiques de Montréal.

faisant fonds sur la méthode, ce texte aura comme fil conducteur le déroulement chronologique d'une PP[1].

Un premier paradoxe

D'entrée de jeu, introduisons un premier mot-clé du présent travail en désignant un premier paradoxe apparent, utile tout au long de la démarche. Nous pouvons le formuler ainsi : il est nécessaire d'accepter d'échouer pour peut-être éventuellement réussir. En effet, la réussite comme seule issue possible où le refus de l'échec signe, côté thérapeute, un fonctionnement psychique sous l'égide de la toute-puissance de la pensée. Pour le thérapeute, il suffit de désirer le succès et le désir s'incarne nécessairement dans la réalité : ainsi désirer et réaliser un désir sont une seule et même chose. Nous avons là une image en miroir de la problématique psychique fondamentale des états limites quand l'omnipotence constitue le principe régulateur du fonctionnement psychique. Dans ce contexte, le refus de l'échec transforme la thérapie en une épreuve de force dont le thérapeute ne peut sortir gagnant. Dans la vie psychique normale, lors du rêve, la psyché carbure à l'omnipotence en ce sens que les pensées du rêve, aux yeux du rêveur, prennent valeur de réalité. Cette réalité normalement se dissipe au réveil. J. B. Pontalis cite le mot d'un enfant de 3 ans : « les rêves, c'est quand ça reste dans la tête, les cauchemars, c'est quand ça vient dans la chambre… » Le dedans devient dehors (Pontalis, 2000, 36).

Dans le fonctionnement psychique sous l'égide de l'omnipotence, ce n'est pas dans la tête du patient que ça se passe, mais plutôt dans la tête du thérapeute ou celle du conjoint ou celle du patron ou encore celle du parent quand il y a une mobilisation affective de la souffrance psychique. Nous sommes en deçà de la transitionnalité, dans une indifférenciation du dedans et du dehors. Au plan métapsychologique, toute la vie est vécue sur le mode du cauchemar. Évitons un malentendu. L'omnipotence comme principe régulateur de la vie psychique n'entraîne pas un sentiment conscient de toute puissance ; par un mécanisme de retournement en son contraire, au plan de l'affect, le patient vit un profond sentiment d'impuissance quand l'obstacle interne à la réalisation personnelle, déplacé au dehors, prend, à ses yeux, valeur de réalité.

La situation de PP

La situation de PP comporte essentiellement deux paramètres : le cadre et le processus. Le patient doit être considéré comme le gardien du processus car lui seul peut induire un processus thérapeutique. Par

ailleurs, le thérapeute représente le gardien du cadre ; en effet, il doit créer un terrain qui soit favorable au surgissement du processus. Winnicott, dans une lettre à Mélanie Klein, formule une critique à l'endroit d'un collègue : « On sentait que s'il faisait pousser une jonquille, il penserait qu'il fait sortir la jonquille du bulbe et non qu'il permet au bulbe de se transformer en jonquille avec une nourriture convenable » (Winnicott, 1989, 69).

Le début de la psychothérapie

Selon nous, il est un piège propre à cette étape : le piège de l'engagement prématuré. II est, en effet, utile d'offrir au patient un temps qui précède le début formel de la psychothérapie. D'où l'intérêt d'introduire trois ou quatre rencontres préliminaires. Edmond Gilliéron a formalisé une théorie de ces premiers entretiens sous le vocable du modèle des quatre séances. À la limite, chacun peut théoriser à sa manière ces entretiens ; l'essentiel m'apparaît la mise en place d'un temps préliminaire.

Ce temps préliminaire permet de soupeser la possibilité d'une réponse thérapeutique sans devoir nécessairement jouer au devin. II s'agit, en quelque sorte, de faire la preuve du mouvement en marchant. Nous cherchons à faciliter la possibilité que quelque chose se passe. Si véritablement quelque chose se passe dans les premiers entretiens — nous préciserons ultérieurement la nature de la chose — nous sommes autorisé à considérer la possibilité que quelque chose de l'ordre d'un processus thérapeutique se passe ultérieurement dans la psychothérapie.

Le cadre et le processus

Une situation de PP comporte fondamentalement, disons-nous, ces deux paramètres que sont le cadre et le processus. Le processus a trait au changement attendu dans la démarche soit, dans une définition classique, faire en sorte que l'inconscient devienne conscient. Dans une PP, la visée de la cure ne concerne pas directement un changement symptomatique. Ce changement symptomatique est plutôt recherché indirectement par l'entremise d'un changement dans le fonctionnement psychique. Le cadre, quant à lui, réfère au non changement, c'est-à-dire à tout ce qui idéalement demeurera constant tout au long de la démarche. Nous aborderons dès lors un nouveau paradoxe ; cette fois, nous sommes en présence d'un paradoxe réel car il ne peut être résolu : le non changement est nécessaire au changement. Souvent la difficulté à instaurer le changement relève principalement de la difficulté à instaurer ce non changement, cet invariant que représente le cadre analytique.

Nous introduisons ici une nouvelle formulation du cadre analytique. Dans la perspective devenue classique, le cadre comporte à la fois un dispositif physique et un dispositif psychologique. Quant au dispositif physique, nous retrouvons la situation divan-fauteuil ou le face à face, la fréquence et la durée des séances et la présence ou l'absence d'honoraires. Pour le dispositif psychologique, il a trait à la règle des libres associations, à la règle d'abstinence, ainsi qu'à l'attention flottante, à la neutralité bienveillante et à la règle d'or du silence[2] du thérapeute.

Dans cette nouvelle formulation, ces dispositifs forment le volet externe du cadre ; ce dernier comporte, de plus, un volet interne, soit un volet inhérent au fonctionnement psychique du patient. Ce volet interne comprend lui-même une double dimension intrapsychique et relationnelle. La dimension intrapsychique concerne la capacité d'effectuer cette action psychique spécifique qu'est l'acte de représentation, c'est-à-dire la capacité de rendre compte d'un état mental et ce indépendamment de l'objet auquel il se réfère dans la réalité extérieure (Widlöcher, 1996). Le patient peut, dès lors, chercher à rendre compte ou à comprendre comment il se sent par rapport à sa mère sans devoir référer aux attitudes ou au caractère de sa mère. Quand il parle de sa mère, cela s'inscrit dans une activité psychique où inconsciemment, il différencie les images construites par lui de sa mère et la réalité de sa mère.

Quant à la dimension relationnelle du volet interne du cadre, elle a trait à la capacité d'entrer en relation avec un objet à la fois présent et absent, ainsi devant la non-réponse a priori du thérapeute face aux sollicitations du patient, ce dernier peut maintenir un mouvement d'élaboration psychique, ne serait-ce qu'en associant sur le malaise suscité par cette non réponse. Nous abordons là une paradoxalité réelle, une paradoxalité nécessaire à l'instauration d'un psychisme individuel. Citons André Green : « l'objet absolument nécessaire à l'élaboration de la structure psychique doit s'effacer. II doit se faire oublier comme constituant de la structure psychique ; il existe sous la forme de l'illusion qu'il n'est pas constitutif de la structure psychique, mais se donne comme différent de celle-ci, comme objet d'attraction ou de répulsion » (Green, 1993, 381).

Dans cette théorisation, avoir un psychisme propre, c'est avoir la capacité d'effacer l'influence de l'objet externe dans la constitution de ce psychisme et partant développer l'illusion que l'objet est extérieur à ce psychisme qui, dès lors, devient une entité fonctionnelle distincte, d'où la capacité d'entrer en relation avec un objet présent/absent. C'est l'accès à l'espace transitionnel (Winnicott, 1975) qui permet la différenciation de l'intérieur et de l'extérieur. Dorénavant ce qui se passe dans sa tête, pour le patient, ne se passe pas nécessairement dans la

réalité extérieure. Dès lors, il fait sens de rechercher du sens en soi-même. Le travail interprétatif, cette méta-communication, devient, dans l'inconscient, légitime aux yeux du patient.

Ainsi le patient fera état de l'inutilité de rencontrer le thérapeute. Ce contenu sémantique, comme tout contenu sémantique, ne peut en lui-même nous renseigner sur son analysibilité. Pour le processus analytique, en séance, sera davantage déterminant le cadre interne ou le contexte psychique dans lequel surgit ce contenu psychique. Hypothèse favorable : le patient a accès à la transitionnalité, le thérapeute inutile est à la fois présent et absent. Le discours revêt un statut paradoxal. Au plan verbal, il est fait état de l'inutilité du thérapeute, en même temps, au plan infra-verbal, dans l'enveloppe de silence qui entoure les mots, nous savons entendre qu'il est utile de rencontrer le thérapeute pour lui parler de l'inutilité de le rencontrer.

Hypothèse défavorable : nous sommes en deçà de la transitionnalité, en deçà de la paradoxalité du discours. Le thérapeute est inutile et il importe au patient d'avoir raison pour maintenir son intégrité narcissique. Dans l'infra-verbal, dans le silence qui enveloppe les mots, nous pouvons entendre qu'il s'emploie inconsciemment à faire la preuve que le thérapeute est inutile.

Les entretiens préliminaires

Dans les entretiens préliminaires, nous serons attentif à repérer l'existence du cadre interne dans le fonctionnement psychique du patient. Si le cadre interne est présent, nous avons une indication franche de PP. En l'absence d'un cadre interne très apparent, nous tenterons de dégager les virtualités et les potentialités d'actualisation minimale du cadre interne quand le thérapeute offre une plus grande présence, tout en continuant d'offrir le rapport à un objet présent/absent. Traduisons cliniquement ces éléments théoriques. La question peut se formuler ainsi : dans quelle mesure il se passe quelque chose dans ces premiers entretiens, c'est-à-dire dans quelle mesure le patient fait l'expérience affective de l'émergence d'une parcelle de sa réalité psychique, parcelle qu'il reconnaît comme différenciée de la réalité hors psyché. Pour ce faire, le thérapeute prendra soin d'offrir le rapport à un objet présent/absent et ce, paradoxalement, — nous avons là un paradoxe de la méthode — auprès d'un patient dont le fonctionnement psychique ne permet pas le rapport à un objet présent/absent.

Une patiente consulte en clinique externe pour un trouble dépressif majeur qu'elle relie d'emblée au décès de sa mère survenu il y a 3 ans. L'anamnèse met en évidence un rapport très conflictuel avec la mère.

Nous observons une parentification manifeste du rapport à la mère, qui appelle sa fille « maman » quand la fille prendra soin de la mère lors de la maladie qui entraînera le décès. La patiente avoue penser continuellement à cette mère décédée depuis maintenant 3 ans ; en même temps, elle dit souffrir d'être incapable de pleurer en pensant à sa mère. Or, en lui offrant le rapport à un objet présent/absent, nous facilitons l'émergence d'une nouvelle expérience affective ; à son grand étonnement, la patiente s'avère capable de pleurer en notre présence. Quand on lui souligne cette capacité qu'elle méconnaît, elle fait état du mode d'écoute du thérapeute. La patiente fait ainsi la preuve du mouvement en marchant ; le mode d'écoute propre au cadre analytique s'avère facilitateur d'une remise en mouvement d'un processus de deuil.

Ces premiers entretiens, sur ce mode, ont pour nous un double intérêt. Côté thérapeute, ils permettent d'observer, de visu, l'émergence d'un changement psychique dans le présent : ce qui, en soi, est le meilleur gage d'un changement futur. Côté patient, ils permettent l'expérience affective du climat relationnel d'une PP. II y a là un double mérite : d'abord celui de favoriser un consentement plus éclairé à une PP éventuelle. De plus, il inscrit dans la relation, le délai ou la suspension de la réponse du thérapeute aux diverses sollicitations explicites ou implicites du patient. Or, cette suspension de la réponse est nécessaire pour introduire dans la relation cette méta-communication que constitue le travail interprétatif. À nouveau, le patient fera l'expérience affective, sinon d'une « utilisation » de l'objet (Winnicott, 1975), du moins d'une tolérance au rapport à un objet présent/absent dans la mesure où le malaise vécu, si grand soit-il, n'entraîne pas une angoisse paralysante, voire le refus de communiquer. Nous avons là une indication limite de la PP. A contrario, en l'absence de ce cadre psychique minimal, il vaut peut-être mieux renoncer à entreprendre une PP formelle. Selon le contexte clinique, nous pouvons envisager une psychothérapie de soutien, une psychothérapie inspirée d'un autre modèle théorique, voire des entretiens à visée psychothérapique. Ces dernières démarches peuvent faire appel, à des degrés divers, à une compréhension psychodynamique sans se référer au cadre analytique tel que défini dans ce travail.

La démarche de psychothérapie

II importe de le reconnaître d'emblée : si le patient n'a pas accès à l'expérience affective du caractère distinct de la réalité psychique, nous aurons à envisager un changement de paradigme au plan de la méthode. Nous quittons le modèle classique de la remémoration où la visée de la cure consiste dans la levée de l'amnésie infantile. Nous songeons plutôt

à un nouveau paradigme que nous pouvons désigner comme le modèle de la transitionnalité ; l'enjeu fondamental est de faciliter l'instauration de l'espace transitionnel. Selon la formule heureuse d'André Green, il s'agit « d'autoriser l'enfance à se constituer comme mémoire fictionnelle » (Green, 2000, 220).

Pour schématiser l'expression clinique de la non-reconnaissance affective du caractère distinct de la réalité psychique, nous pouvons songer à un exemple type, celui de l'alcoolique. Outre son problème d'alcool, ce dernier a un second problème, celui de ne pas avoir de problème d'alcool. Mutatis mutandis, nous retrouvons toujours cette double problématique chez les patients présentant une problématique limite.

Aussi en est-il de cette patiente qui, au décours de la rupture d'une relation amoureuse, accuse une dépression majeure accompagnée de fortes impulsions suicidaires. Son discours en séance porte, de façon privilégiée, sur ses doléances à l'endroit de l'ex-conjoint. Or, ces doléances ne concernent pas le départ du conjoint — la patiente a elle-même initié la rupture — mais plutôt sur le fait que cet ex-conjoint n'a eu de cesse d'exercer une violence psychologique tout au long d'une relation qui a duré plus d'une décennie. Une question, dès lors, se pose : comment, dans un tel contexte relationnel, comprendre que la rupture puisse entraîner la pensée impérative de s'enlever la vie ? La nécessité vitale de la présence physique de ce conjoint violent représente une réalité psychique qui ne peut être reconnue. Si le thérapeute attire son attention sur cette réalité psychique, elle dira comment « il y a là un mystère qui ne m'intéresse pas ». Ainsi, elle dévoile une double problématique, il y a la présence d'un « mystère » et le désintérêt ou l'incapacité de penser ce mystère, il y a l'existence d'un très grave problème relationnel et la nécessité de se désintéresser de ce problème pour le maintien de l'intégrité narcissique.

L'infléchissement des paramètres de la méthode

Dans ce mode de fonctionnement psychique limite, la problématique fondamentale a trait à l'indifférenciation dedans-dehors quand il y a mobilisation affective. Paradoxalement, — il s'agit d'un paradoxe défensif, non pas maturatif — la caractéristique majeure de l'activité psychique consiste dans l'abolition ou la non-reconnaissance affective de la réalité psychique. De là, l'infléchissement nécessaire des grands paramètres de la méthode analytique que sont le transfert, la référence au passé et l'interprétation.

Le transfert

Premier paramètre : le transfert. II cède le devant de la scène au contre-transfert. De façon constante nous observons une préséance du contre-transfert sur le transfert : les éléments privilégiés du transfert, dans un premier temps, ne sont pas explicités dans le contenu verbal ou la dimension sémantique du discours du patient ; ces éléments se réfugient, pourrait-on dire, dans le contenant verbal de ce discours. Le contenu verbal d'ordre transférentiel n'est pas vécu inconsciemment par le patient comme se situant dans un espace identifié comme fantasmatique, ce contenu est plutôt inconsciemment situé dans un espace identifié dans son psychisme comme l'espace de la réalité extérieure. Ces éléments transférentiels apparaîtront d'abord dans le vécu contre-transférentiel de sorte que le contre-transfert, dans son accessibilité et son élaboration, deviendra l'enjeu fondamental de la démarche..

« Tout proche et difficile à saisir le dieu ! Mais aux lieux du péril croit aussi ce qui sauve » nous dit Hölderlin (1993, 162). Ainsi en est-il de ce dieu qu'est la toute-puissance ou la démesure, non comme contenu, mais comme principe régulateur inconscient de l'activité psychique du patient. Chez ce dernier, rappelons-nous, cette toute-puissance demeure tapie derrière un mouvement de transformation en son contraire, elle est vécue comme un profond sentiment d'impuissance. Ce sentiment s'ignore comme sentiment ; il prend volontiers valeur de réalité et se présente au patient sous la forme d'une fatalité.

Cette démesure, comme principe régulateur, comme contenant, sera d'abord éprouvé en séance, dans un vécu contre-transférentiel, sous la forme d'un grand péril présent dans la démarche thérapeutique. Ce péril prend tantôt la figure du suicide, tantôt la figure d'une décompensation psychotique, tantôt celle de la rupture brutale du lien thérapeutique, voire simplement celle de l'échec de la démarche. À cet égard, le thérapeute aura toujours à naviguer entre deux écueils contre-transférentiels. Un premier écueil : celui de ne pas véritablement ressentir cet éprouvé contre-transférentiel, qui n'en sera, dès lors, que plus agissant dans la relation thérapeutique. Un second écueil : celui de s'engouffrer dans ce péril en lui donnant valeur de réalité. Dans les deux cas de figure, le contre-transfert devient un obstacle à l'élaboration de ce grand péril par le patient. Or cette élaboration psychique, en médiatisant la toute-puissance, est un parcours obligé pour un accès éventuel à la transitionalité. Nous avons là ce qui n'est pas le moindre paradoxe de notre projet thérapeutique : « ce qui sauve » réside dans la mise à jour et la traversée « des lieux du péril ».

La référence au passé

Deuxième paramètre à revisiter : l'intérêt pour le passé. Nous devons reconnaître qu'une certaine utilisation du passé de la part du patient ne représente pas une voie de dégagement de la conflictualité interne mais davantage le signe pathognomonique d'un fonctionnement psychique limite dans la mesure où elle marque une indifférenciation dedans-dehors. Le recours au passé s'inscrit dans un mouvement qui court-circuite la reconnaissance du conflit interne dans l'actuel. Ainsi la dame au lapsus : au début du premier entretien, elle présente de cette manière, « les causes » de son état dépressif : selon elle, dans ce qu'elle désigne comme « le court terme », il y a le rapport à un conjoint violent psychologiquement, « à moyen terme », il y a la non-reconnaissance par la famille de la violence psychologique d'une sœur jumelle à son endroit, sœur jumelle avec qui elle refuse tout contact depuis de nombreuses années. Or, l'état dépressif survient au moment de la rupture avec le conjoint violent. Dans ce contexte, la référence au passé fait l'économie du conflit interne dans l'actuel soit le désir de rupture avec le conjoint et en même temps, la nécessité vitale de la présence physique de ce conjoint ; son départ suscite, en effet, une angoisse qui conduit à des pensées impératives de suicide au point où, durant une certaine période, elle conviendra, avec ses filles, d'un contact téléphonique aux deux heures.

Cette utilisation du passé doit être distinguée de celle qui survient dans le prolongement d'une certaine élaboration psychique conduisant à la reconnaissance affective de la conflictualité interne inconsciente. Nous songeons à cette patiente qui, suite à une élaboration progressive de son vécu transférentiel, en viendra à découvrir sa très grande difficulté inconsciente à prendre soin d'elle-même. Subséquemment elle pourra dire : « J'ai davantage pris soin de ma mère que j'ai pris soin de ma vie ». Dorénavant, elle se représente elle-même comme un agent actif dans sa vie actuelle et dans sa vie passée alors qu'auparavant elle se figurait son existence sous la forme d'un fatum, d'un destin. II est devenu possible, pour elle, de se découvrir un passé qui implique une participation active de sa part.

L'interprétation

L'interprétation constitue l'outil privilégié du modèle classique de la méthode de PP. En présence d'un fonctionnement psychique limite, il est nécessaire de revoir la part relative du travail d'interprétation par rapport à un certain travail de liaison, de plus, nous devons envisager des modalités nouvelles du travail interprétatif. De fait, la légitimité du

travail interprétatif ne va pas, d'emblée, de soi pour le patient, car, la légitimité de la recherche du sens comporte une condition préalable : il doit d'abord faire sens de rechercher le sens. Dans une problématique psychique limite, la souffrance psychique n'est pas vécue affectivement comme la résultante d'un conflit intrapsychique c'est à dire un conflit entre deux forces antagonistes issues l'une et l'autre du monde intérieur. Cette souffrance est davantage conçue plus ou moins consciemment comme la résultante d'un conflit dedans dehors. S'il est un psychisme à interroger, c'est celui d'autrui.

Selon l'adage, « good fences make good neighbours ». Dit autrement, il importe de distinguer pour unir. Cette indifférenciation dedans dehors opère dans un mouvement plus large d'indifférenciation qui s'étend à tout le territoire intrapsychique. D'où une indifférenciation dans l'exercice des fonctions du Ça, du Moi et du Surmoi. Ce manque de distinction conduit paradoxalement à un excès de division et la présence d'un discours davantage dissociatif que véritablement associatif. Les divers groupes d'associations verbales, dans une séance, forment volontiers des îlots distincts ; ces groupes d'associations sont souvent perçus inconsciemment comme tout à fait sans aucun lien les uns avec les autres. Ainsi, la nécessité d'un certain travail de liaison.

Une patiente présente un rêve où, au plan du contenu manifeste, elle est engagée dans un rapport érotique avec son thérapeute. Par la suite, elle évoquera, non sans une note de découragement, sa difficulté à changer les choses. Elle cite en exemple son retard à la séance précédente. Pour venir, elle a pris un chemin qu'elle connaît moins, sachant pertinemment qu'elle risquait de cette manière d'être en retard. Visiblement, la patiente ne semble pas soupçonner le moindre lien entre son retard et le grand malaise ressenti au sujet du matériel onirique. Le thérapeute proposera l'existence possible d'un lien entre le contenu du rêve et le chemin choisi : « vous voulez dire que j'aurais un désir pour vous ? » ; elle montre de la sorte comment sa vie psychique nocturne est, pour elle, totalement dissociée de sa vie psychique diurne. Le travail de liaison tente de réduire ce mouvement dissociatif.

Outre l'apport d'un travail de liaison, le fonctionnement psychique limite demande également un infléchissement du travail interprétatif. II s'agira moins de repérer ce qui se dissimule derrière le discours du patient, nous tenterons davantage d'intéresser le patient à son mode de fonctionnement psychique. La question paradigmatique devient : comment ça fonctionne là-dedans ? Ainsi la dame au lapsus est aussi désignée pour la présentation de ce lapsus dont l'élaboration deviendra significative lors des premiers entretiens. Du point de vue de

l'observateur extérieur, elle y exprime la grande angoisse inconsciemment associée à la rencontre avec elle-même et le besoin de se fuir, de se perdre dans l'autre. D'où la nécessité vitale de la présence physique d'un autre qui, semble-t-il, s'emploiera à la nier dans son existence propre.

Observons maintenant les choses du point de vue de la patiente. Elle veut signifier son intention de ne pas retourner avec l'ex-conjoint et alors elle dira : « je ne veux pas retourner avec moi ». Durant un très court moment, elle se montre étonnée de son lapsus ; puis très rapidement elle affiche son désintérêt pour ce lapsus : « je ne veux pas savoir pourquoi je dis ça ». Au-delà de la signification x ou y du lapsus, c'est tout le champ des significations qui est rejeté. Dit autrement, nous observons une force psychique puissante qui s'emploie à combattre farouchement la reconnaissance de l'existence du champ propre de la psychothérapie, celui de la métacommunication, soit la communication portant sur la communication.

Conséquemment, le travail interprétatif portera d'abord, non pas sur la signification du lapsus mais plutôt sur le refus de rechercher la signification du lapsus. Mi-sérieux mi-badin, nous l'inviterons à chercher à comprendre son refus de chercher à comprendre. Elle se montre alors davantage intéressée à comprendre. Un certain travail de liaison devient possible. II lui est proposé l'existence d'un lien entre son lapsus et le thème abordé au début de la séance ; elle disait alors se sentir « loin » d'elle-même, sentiment qu'elle était tentée d'attribuer à la médication. Tout cela n'est pas magique ; là comme ailleurs, il n'y a pas de miracle. Cette fois, l'intervention fait mouche. La patiente devient triste, elle ressent sa tristesse dans une grande angoisse, elle s'agite sur sa chaise, devient maladroite, échappe la boîte de kleenex ; puis elle dira se sentir « comme un cerf-volant dont la corde est coupée ». Comment mieux dire son besoin de se fuir elle-même, son besoin d'une grande distance avec son monde affectif, avec son existence propre ?

Par ailleurs, en regard de l'interprétation d'une façon plus générale, nous devons reconnaître qu'aux marges de l'analysable, il est un paradoxe apparent du travail interprétatif. Ce paradoxe peut être formulé ainsi : plus une interprétation nous semble évidente, plus il est souhaitable de s'interroger sur la pertinence de cette interprétation. Paradoxe apparent, disons-nous. Un paradoxe réel demande à être maintenu, à titre d'exemple, nous avons besoin d'autrui pour devenir autonomes. Le paradoxe apparent, quant à lui, peut être résolu. Le caractère évident, pour nous, de l'interprétation traduit la nature du mouvement défensif qui s'inscrit dans une visée de désappartenance psychique. La défense

principale porte essentiellement sur le contenant psychique et s'exprime dans un mouvement d'extériorisation du conflit interne, de sorte que le contenu fait moins l'objet d'un déguisement. Dans la problématique limite, ce sont davantage les contenants inconscients que les contenus inconscients qui font obstacle à l'élucidation de la conflictualité interne, nous dit André Green (2002).

Dorénavant, le véritable enjeu du travail interprétatif concerne moins la vérité de l'interprétation que sa pertinence ou sa justesse. Nous avons à jauger les données d'espace et de temps. Qu'en est-il des espaces psychiques susceptibles d'accueillir ce contenu interprétatif ? Sommes-nous dans un moment approprié ? Cette interprétation, toute vraie qu'elle soit, est-elle recevable actuellement ? Au contraire, risque-t-elle simplement de disqualifier le vécu affectif du patient ? La réponse à ces questions réside dans la contre interprétation c'est-à-dire dans la réponse du patient à l'interprétation.

À cet égard nous serons attentif, moins à l'acceptation ou au refus de l'interprétation, davantage à la capacité du patient de recevoir l'interprétation comme une interprétation et non pas uniquement comme un geste d'amour ou de haine. Ce qui est en cause, c'est l'ouverture à la métacommunication. Dans ce contexte, le couple interprétation contre interprétation forme une unité fonctionnelle. II importe de prendre note de la contre interprétation. À son insu, le plus souvent, le patient nous enseigne ainsi comment travailler avec lui. Le cas échéant, nous pouvons faire porter l'interprétation sur la contre-interprétation.

La fin de la psychothérapie

Une question se pose inévitablement en ce qui concerne la fin de la psychothérapie : s'agit-il d'une terminaison ou d'une interruption ? D'une manière générale, cette distinction n'est pas toujours facile à établir ; dans les problématiques limites, elle tend même parfois à s'estomper. La littérature souligne d'ailleurs comment, dans ces problématiques, la psychothérapie se déroule souvent en plusieurs phases avec des mouvements d'aller et de retour. Ceci étant, le départ apparaît parfois d'emblée prématuré. Dans ce contexte, à défaut de réussir la rencontre thérapeutique, à l'image de ces couples qui, ne pouvant pas réussir leur union réussissent parfois leur séparation, nous devons tenter de réussir l'interruption afin de préserver les conditions générales pour une reprise éventuelle.

Nous mettons en place les conditions relationnelles de cette reprise si nous parvenons à éviter deux écueils opposés. Le premier écueil serait de ne pas suffisamment faciliter l'élaboration psychique du projet

d'interruption ; le second consisterait à s'engager dans une démarche de surinterprétation qui, côté thérapeute, tiendrait à un refus personnel de l'échec thérapeutique et, côté patient, pourrait facilement être vécu comme une tentative de mainmise sur lui. L'une et l'autre de ces expériences relationnelles risquent de compromettre toute reprise de la psychothérapie.

Conclusion

Les impasses thérapeutiques nous engagent dans un questionnement de nos théories. Le processus de renouvellement de nos théorisations, en aucune manière, nous dispense du souci de veiller au bon usage de cette théorie, en étant sensible à sa double dimension positive et négative, en effet, la théorie peut tantôt éclairer, tantôt occulter la réalité clinique.

En même temps, rien n'est utile comme une bonne théorie, selon Kurt Lewin. Évitons le piège d'un certain pragmatisme qui tenterait de faire l'économie de la théorie ; gardons à l'esprit que l'idée d'approcher la clinique sans théorie est une théorie et non des meilleures car, en s'ignorant, elle ne peut être remise en question. D'autre part, nous devons reconnaître que la théorie risque de nous éloigner de la clinique quand, de par l'investissement narcissique de notre théorie, celle-ci, à notre insu, devient garante de notre intégrité narcissique.

V. Kabsambellis (1999) nous dit le rôle d'objet tiers que peut jouer la théorie dans la rencontre avec le patient : « L'objet de l'objet ne peut pas être le sujet ». L'objet tiers renvoie à la nécessité d'introduire un ailleurs dans toute relation humaine. Pour le thérapeute, cet ailleurs, dans la relation, s'incarnera, entre autres, dans un certain investissement de la théorie. En même temps, celle-ci se doit de se faire « oublier » en séance, par exemple, si je pense « transfert » en séance, je me situe en complète extériorité par rapport au vécu affectif présent dans l'échange en cours.

À ce sujet, il est une difficulté observée en supervision, celle d'introduire prématurément la théorie dans l'écoute d'une séance en accueillant d'emblée le matériel en des termes théoriques qu'il eut été tout à fait possible d'utiliser avant même la séance. Nous évitons, de cette manière, la démarche « de repérer la parcelle simplifiée » (Winnicott, 1975) de la conflictualité interne inconsciente présente dans la séance. D'où une question toujours utile : qu'est-ce que ce patient aujourd'hui à son insu est en train de me direde sa réalité psychique inconsciente ?

Cette écoute de la réalité psychique du patient se doit de devenir une écoute transitionnelle en ce sens qu'elle porte tout autant voire davantage sur les contenants que sur les contenus psychiques. Nous devons constamment garder à l'esprit que le patient présentera à jets continus des grands pans de sa réalité psychique comme relevant de la réalité extérieure. Pour repérer le mouvement projectif, il est une question que nous devons éviter de nous poser. Les éléments de la réalité extérieure présentés par le patient existent-ils vraiment dans la réalité extérieure ? Nous devons constamment avoir en mémoire que la projection est la mise au dehors du dedans. La présence d'emblée de la chose au dehors n'entrave d'aucune façon mais facilite plutôt la mise au dehors du dedans.

D'une manière privilégiée, l'écoute portera sur les aléas de l'accès à la transitionnalité : ce que P. Fonagy et al. (2004) désignent sous le terme de mentalisation. Dans la communauté psychanalytique francophone, nous nous référons à une troisième topique [3] ou plus précisément au travail psychique nécessaire pour l'instauration de cette troisième topique dont les instances sont le soi et l'objet et dont l'enjeu est la différenciation dedans dehors. Dans cette nouvelle perspective théorique, les première et deuxième topiques deviennent des complexifications de la troisième topique.

Dans l'écoute transitionnelle, l'attention est dirigée avant tout sur l'activité psychique elle-même et ses diverses modalités au-delà des contenus de cette activité. En bref : qu'en est-il de la reconnaissance affective de la réalité psychique comme entité distincte de la réalité extérieure ? Ainsi, quand le patient me parle de son conjoint, est-il inconsciemment, à ses yeux, en train de me parler de l'image construite par lui, de ce conjoint ou plutôt, à ses yeux toujours, de la réalité de ce conjoint ?

Nous décrivons ici des modèles abstraits en dégageant deux pôles distincts de reconnaissance et de non-reconnaissance de la réalité psychique. La clinique nous offre heureusement un continuum entre ces pôles. Notre écoute pourra ponctuellement repérer un îlot de reconnaissance surgissant le cas échéant dans une mer de non-reconnaissance. Cet îlot devient, dès lors, un lieu privilégié d'intervention en vue d'élargir la reconnaissance affective de la réalité psychique. II s'agit d'aider le patient à se doter d'un psychisme individuel c'est-à-dire, à se doter d'une véritable capacité élaborative car, pour chacun de nous, cette capacité élaborative représente notre meilleur outil pour un aménagement heureux de notre conflictualité interne inconsciente.

Notes

1. Le présent texte concerne à la fois la PP à long terme et la PP brève. II est évident que la PP brève s'insère plus naturellement dans le mandat de nos milieux institutionnels, en même temps, nous devons reconnaître que la pratique du long terme enrichit considérablement la pratique de la PP brève.

1. La règle du silence du thérapeute ne signifie pas que le thérapeute doit s'enfermer dans le mutisme, il doit faire silence sur le contenu manifeste du discours du patient.

2. Les première et deuxième topiques ont été introduites par Freud. Dans la première topique, les instances sont les systèmes conscient, préconscient et inconscient. Dans la deuxième topique, les instances sont le ça, le moi et le surmoi.

Références

BERGERET, J., 1974, *La dépression et les états limites*, Payot, Paris.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E., TARGET, M., 2004, *Affect Régulation, Mentalization, and the Development Of The Self*, Other Press, New York.

GREEN, A., 1993, *Le travail négatif*, Édition de Minuit, Paris.

GREEN, A., 1990, *La folie privée, psychanalyse des cas limites*, Gallimard, Paris.

GREEN, A., 2002, *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine, méconnaissance et reconnaissance de l'inconscient*, Presses universitaires de France, Paris.

GREEN, A., 2002, *La diachronie en psychanalyse*, Édition de Minuit, Paris.

HÖLDERLIN, F., 1993, *Odes, élégies, hymnes*, Poésie/Gallimard, Paris.

KAPSAMBELIS, V., 1999, *Communication orale* lors de la « Quinzaine scientifique du pavillon Albert-Prévost », édition 1999.

PONTALIS, J. B., 2000, *Fenêtres*, Gallimard, Paris.

REID, W., 1996, L'analyse du transfert limite ou la limite du transfert analysable : la valeur heuristique de la notion d'utilisation de l'objet, in Doucet, P., Reid, W., eds, *La psychothérapie psychanalytique, une diversité de champs cliniques*, Gaétan Morin Éditeur, Montréal, p. 199-220.

WILDÖCHER, D., 1996, *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*, Éditions Odile Jacob, Paris.

WINNICOTT, D. W., 1975, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Gallimard, Paris.

WINNICOTT, D. W., 1983, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque, Payot, Paris.

WINNICOTT, D. W., 1989, *Lettres vives*, Gallimard, Paris.

ABSTRACT

Deadlock in psychodynamic psychotherapy or the relevance of paradox

The author refers here to the saying : prevention is better than cure. In this context, he describes some pitfalls that are inherent in the process of psychodynamic psychotherapy. In trying to avoid these pitfalls, they are presented following the chronological unfolding of the psychotherapy. In so doing, the author brings out a new paradigm of the analytic method, the paradigm of transitionnality. These considerations tend to emphasize the heuristic value of the notion of paradox.

RESUMEN

El impase en psicoterapia dinámica o la pertinencia de las paradojas

El autor se refiere aquí al adagio que dice que vale más prevenir que lamentar. En este contexto, describe un cierto número de trampas que son inherentes a los procesos de psicoterapia psicodinámica. Para mejor intentar evitarlas, presenta estas trampas siguiendo el desarrollo cronológico de la psicoterapia. Con ello, el autor desprende un nuevo paradigma del método analítico, el paradigma de la transicionalidad. Esta reflexión intenta poner de relieve el gran valor heurístico del concepto de paradoja.

RESUMO

O impasse em psicoterapia dinâmica ou pertinência dos paradoxos

O autor refere-se aqui ao adágio que diz que é melhor prevenir que remediar. Neste contexto, ele descreve um certo número de armadilhas que são inerentes ao processo de psicoterapia psicodinâmica. Para melhor tentar evitá-las, estas armadilhas são apresentadas seguindo o desenrolar cronológico da psicoterapia. Assim, o autor apresenta um novo paradigma do método analítico, o paradigma da transicionalidade. Esta reflexão pretende ressaltar o grande valor heurístico do conceito de paradoxo.