

# Résurgences de l'infantile traumatique dans la cure psychanalytique - Florence Guignard

## Introduction

Ma participation à ce cycle « réalité, trauma, fantasme » proposé par François Sacco va se centrer sur la complexité des *liens* qui se tissent dans le champ transféro-contretransférentiel entre *l'infantile* et *le traumatique*, lorsque ces deux éléments sont mobilisés par *la régression* inhérente au *processus analytique*. Je vais donc commencer par rappeler, ou re-préciser, les termes de ma proposition.

## 1. L'infantile

L'infantile est convoqué sous divers angles dans l'ensemble de l'œuvre freudienne :

1. Dans le *polymorphisme* aux allures de perversion de la sexualité infantile ;
2. Dans les aléas de l'installation d'une *économie entre le principe de plaisir-déplaisir et le principe de réalité* à partir de la mise sous tension d'un champ mobilisant aussi bien *l'hallucinoire que le perceptif*.
3. Dans la découverte de la *précocité du fonctionnement psychique inconscient* produisant d'une part, des *contenus* psychiques, et d'autre part, une *instance refoulante* qui fonctionnera simultanément et la vie durant sur *deux modes : primaire et secondaire*.
4. Dans l'organisation du psychisme, dès les premières *relations sensorielles* et les premières *actions motrices* sur le *corps propre* et les objets de la *réalité extérieure* avec, au niveau du *système PCS*, la constitution de la *double spirale des processus primaires et secondaires* comme *matrice de la vie fantasmatique* d'une part et *des processus de symbolisation* d'autre part.
5. Dans l'*organisation odipienne* spécifique à l'espèce humaine, avec les différents niveaux de sa complexification, tant *relationnelle et objectalisante* que *narcissique et identificatoire*.
6. Dans la conceptualisation de *l'Infantile en tant qu'espace psychique*, cadre-tenant de cette organisation odipienne, pour le libre échange des conflictualités intrapsychiques entre les trois instances : *ça, Moi et Surmoi*.
7. Dans la conceptualisation de la *névrose infantile comme modèle axial*, tant de la *psychopathologie* que de la *situation thérapeutique*, sous sa *forme homologique de névrose de transfert*, les points de fixation et le mécanisme défensif de régression donnant l'impulsion à *l'incessant parcours entre le passé et le présent, entre les formes infantiles et les formes adultes d'investissement et de pensée*.

La révolution apportée par la découverte freudienne de la sexualité infantile [1] n'a rien à voir avec le fait que les enfants puissent trouver un plaisir pulsionnel dans la tétée et dans les fonctions excrétoires, ni même dans le fait que ces plaisirs demeurent inscrits dans l'organisation sexuelle de l'adulte. Le véritable scandale de cette découverte réside dans la *signification génitale* de ces plaisirs d'organes et de ces premiers investissements du corps propre et du corps d'autrui.

Il importe donc de rappeler avant tout que, dans la découverte freudienne de la sexualité infantile, le *sexuel* est à la fois *premier et génital*.

En 1996, rassemblant, dans *Au Vif de l'Infantile* [2] les paramètres qui me semblaient incontournables pour tenter une figuration de l'Infantile, j'écrivais (p. 16-17) :

« Étrange conglomérat historico-anhistorique, creuset des fantasmes originaires et des expériences sensori-motrices mémorisables sous forme de traces mnésiques, l'Infantile peut être considéré comme le lieu psychique des émergences pulsionnelles premières et irréprésentables. De cet « avant-coup », nous ne connaissons que les rejetons représentables, sous la forme des *théories sexuelles infantiles* d'une part, et des *traces mnésiques* d'autre part.

Structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinales ou haineuses qu'épistémophiliques, l'Infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural « souple », qui fait que l'on est soi et pas un(e) autre. Irréductible, unique et par là même universel, l'Infantile est donc bien ce par quoi notre psychisme va advenir, dans tous les développements de sa bisexualité psychique organisée par l'Œdipe.

Aux limites de l'ICS et du système PCS, l'Infantile est le point le plus aigu de nos affects, le lieu de l'espérance et de la cruauté, du courage et de l'insouciance ; il fonctionne la vie durant, selon une double spirale processuelle et signifiante, et l'on peut le retrouver même dans les pathologies les plus lourdes, à condition de ne pas confondre celles-ci avec le mode d'organisation normal de cet Infantile.

Et si, jusqu'à notre mort, il continue à agir simultanément au niveau des processus odipiens secondaires et au niveau des mécanismes primitifs, c'est bien parce que cet Infantile humain a en partage la force pulsionnelle inouïe dont on peut constater le fantastique déploiement dans le rythme de développement psychique des premiers temps de la vie humaine.

Pourtant, l'aspect pulsionnel n'est pas seul en jeu dans cette tentative de définition de l'Infantile. Dans sa forme métaphorique, le concept vaut aussi pour ce qu'il entraîne avec lui de l'hallucinoïde et du proto-symbolique, préformes en devenir permanent dans toutes nos activités mentales. Une fois dénoués, grâce à la cure analytique, les points de fixation qui figent nos modes d'être et d'avoir dans une stérile répétition, ces préformes vont redonner leur vigueur et leur efficacité pulsionnelle sous-jacente aux organisations plus matures, « donnant le ton » à notre personnalité de sujet, dans notre fonctionnement adulte habituel. »

## **2. L'infantile traumatique**

T. Bokanowski a développé ici même il y a quelques semaines l'histoire du concept de traumatisme dans l'ouvrage freudien, ainsi que les apports essentiels qu'y a ajoutés Ferenczi. Je vous renvoie donc à sa conférence pour cet historique. Se basant, pour ses développements, sur les élaborations cliniques et métapsychologiques de Ferenczi, il opère une distinction, intéressante pour notre sujet de ce soir, entre trois termes : « *traumatisme* », « *traumatique* » et « *trauma* », au regard de la cure psychanalytique :

1. Le **traumatisme** désigne *la représentation de l'événement* et son impact sexuel sur l'organisation fantasmatique du sujet (fantasmes originaires).
2. Le **traumatique** désigne *le principe économique* qui régit le traumatisme (le défaut de pare-excitant, etc.); le traumatique n'est jamais totalement symbolisable.
3. Le **trauma** désigne *l'action*, tant positive que négative, du traumatisme sur l'organisation psychique : troubles identitaires, zones psychiques mortes, etc. La conséquence la plus directe et la plus importante du trauma est un *clivage* qui s'opère dans la personnalité naissante du jeune enfant. Il est très important de comprendre que ce clivage ne suit pas les lignes des clivages normaux et fondateurs propres à l'organisation psychique personnelle de tout sujet, mais il est *imposé par la pathologie* de la personne, ou de la situation, traumatogène.

Je rappelle que c'est Ferenczi qui a articulé la théorie de la *séduction* avec celle du *traumatisme* : confronté au caractère inévitablement *séducteur* de l'adulte, l'enfant peut éprouver tant les démarches que l'absence de démarches de communication de l'adulte à son endroit comme une sollicitation de son excitation sexuelle. Cette sollicitation est éprouvée comme un *viol psychique* en raison du caractère violent et excessivement effracteur, pour le Moi de l'enfant, de ses propres pulsions et de celles de l'adulte. Cette effraction a pour conséquences, d'une part, une excitation sexuelle prématurée – on dirait aujourd'hui qu'elle est « non-contenue » par l'objet – et, d'autre part, un traumatisme narcissique par sidération du Moi naissant. Il en découle une asphyxie, voire une agonie de la vie psychique.

Ainsi, pour Ferenczi, le trauma doit être considéré comme résultant d'une *absence de réponse de l'adulte face à une situation de détresse de l'enfant*. C'est à lui que l'on doit les descriptions du *clivage auto-narcissique* - ou *clivage somato-psychique* - qui se produit chez *l'infans* dont les besoins corporels ont été plus ou moins bien satisfaits, mais dans des conditions de cécité ou de surdité psychique de la part de l'entourage. Dans la même perspective, D. Meltzer a parlé de *clivage passif*.

Ferenczi a su qualifier de *traumatiques* des attitudes d'*absence psychique* de la mère ou de son substitut ou, à l'opposé, d'*exigence démesurée* et d'*insensibilité aux affects de l'infans*. Il y a vu la cause d'un vécu de *dedisqualification*, voire de *déni de ses affects*, ce qui est éprouvé par *l'infans* comme un véritable « *viol de la pensée* ». Défendant sa conception de la *confusion des langues* - langage de la passion chez l'adulte, langage de la tendresse chez l'enfant -, Ferenczi a donc décrit une modalité du traumatisme qui était demeurée inaperçue jusqu'alors, puisqu'il met en cause les qualités de la personne objet d'amour et, par voie de conséquence, celle de l'analyste, en particulier, « l'hypocrisie professionnelle » de ce dernier.

### **3. Temporalité, trauma et régression dans la situation analytique**

La question des liens existant entre la temporalité réelle et la temporalité psychique est évidemment bien trop vaste pour que je l'aborde ici autrement que sous les deux angles extrêmement précis qui concernent notre sujet. Pour de plus amples recherches, Je vous renvoie notamment aux deux ouvrages suivants [3] [4] : MATTE BLANCO I, (1975) *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*. Duckworth. London. GREEN A., (2000) *Le temps éclaté*, Les Éditions de Minuit, Paris.

J'évoquerai ici la situation de la temporalité au regard du trauma d'une part, et de la régression liée à la situation analytique d'autre part.

### **a) Destruction de la temporalité par l'action du trauma**

Si l'on suit les avancées que je viens de rappeler, on voit que l'action du *trauma* suscitée par le *traumatisme* a été de surimposer un *clivage passif* aux mécanismes psychiques qui constituent la base de l'organisation de la personnalité du sujet, c'est-à-dire : clivage actif, déni, idéalisation, omnipotence et identification projective [5]. Le régime économique du *traumatisme* surimpose répétitivement et inexorablement le *traumatisme* du passé jusqu'à *l'inclure comme un morceau de réalité dans le présent*. Contrairement aux personnages d'un monde conventionnellement désigné comme fantastique, cette *inclusion* a, du point de vue de la croyance inconsciente, une *valeur hallucinatoire, voire délirante* par moments. Pour prendre une métaphore dans la littérature du théâtre, c'est l'apparition de Banquo à Macbeth après que celui-ci l'a tué, par opposition à l'apparition des trois sorcières.

### **b) Destruction de la temporalité par la régression expérimentale dans la situation analytique**

Que se passe-t-il lorsque la conjoncture psychopathologique du traumatisme rencontre, chez un patient, la situation expérimentale de la cure analytique qui on le sait, favorise expérimentalement *la régression en séance* ? Notons, tout d'abord, que ceci n'est pas seulement valable pour la cure type, mais également pour ses variantes, et en particulier pour la situation analytique avec l'enfant. Tous les psychothérapeutes d'enfants ici présents pourraient sans doute en témoigner : en raison de l'angoisse qu'elle entraîne, tant chez l'enfant que chez le soignant, *la régression de l'enfant* en séance prend des formes souvent difficiles à supporter, tel le chahut, la destruction du matériel, la survenue d'un contact corporel, parfois érotique, souvent agressif, avec la personne du thérapeute, ou encore, la fuite phobique hors du cabinet de consultation.

Deux possibilités se présentent alors à l'analyste :

- soit, il demeure fasciné par le *traumatisme* en tant qu'événement, qu'il va considérer comme le « point O » dont parle Bion [6] et utiliser de façon tautologique comme la cause initiale et la conséquence ultime de tout ce qui se passe dans la relation analytique ; il y a, alors, de fortes chances qu'il ne s'y passe rien de signifiant ;
- soit, il n'investit pas tant le traumatisme que la personne vivante avec laquelle il est appelé à entrer en contact, et son attention se portera alors spontanément vers les sources vives de cet autre être humain, c'est-à-dire, vers son Infantile. Du coup, l'analyste retrouvera le contact avec son propre Infantile, et les clivages passifs liés au *trauma* chez le patient seront dès lors liés par la relation analytique aux clivages normaux et aux mécanismes de défense secondarisés (refoulement) développés par le sujet dans les parties les plus saines de sa personnalité. Les énergies pulsionnelles mobilisées dans le *trauma* pourront alors être libérées et redeviendront donc utilisables pour le développement de la personne. Du même coup, le traumatisme pourra reprendre sa place en tant qu'événement du passé et la temporalité vectorisée du temps de la vie se

remettra progressivement en place, avec ce qu'elle comporte d'acceptation de la finitude de la vie humaine.

#### 4. Répétition dans le traumatisme et répétition dans la cure

Mais un autre facteur vient s'entretisser avec ce qui précède, dans le quotidien de la cure analytique. Il s'agit de la *répétition*.

Il s'est dit et écrit beaucoup de choses à partir du texte *princeps* de 1914 de Freud [7], à commencer par les diverses élaborations ultérieures, dans l'œuvre freudienne, de la répétition, *versus* la compulsion de répétition [8]. En faire ici la recension sortirait de mon propos.

Je centrerai donc mon investigation sur ce qui constitue l'une des apories majeures de toute cure analytique, quel que soit l'âge du patient : comment éviter l'enlisement de la relation analytique dans la compulsion de répétition ?

Ou, si l'on veut poser la même question sous un angle positif : comment rendre l'énergie pulsionnelle, enfermée dans les scénarios de répétition du patient, réutilisable pour une reprise du développement psychique ?

Trois paramètres doivent, selon moi, être pris en compte :

1. La répétition fait partie intégrante du *traumatique*. Dans cette configuration, on en observera souvent – mais pas seulement – les aspects les plus *négatifs*.
2. Mais la répétition fait également partie intégrante de l'*Infantile*. Dans cette configuration, on en observera souvent – mais pas seulement – les aspects les plus *positifs*.
3. Ces deux paramètres sont valables et opérants, non seulement chez l'analysant, mais également chez l'analyste.

Tant que l'on a pensé que le problème se situait chez l'analysant et uniquement chez celui-ci, la répétition du matériel analytique a entraîné, en toute bonne foi, une répétition des interprétations dont les analystes ne pouvaient que s'étonner qu'elles ne fussent pas « entendues » par l'analysant.

Mais on s'est rapidement aperçu que le problème touchait également le mode de fonctionnement psychique de l'analyste. Sur l'étude du « contretransfert », je vous renvoie notamment aux *Controverses* Anna Freud – Mélanie Klein [9], également à l'ensemble de la littérature britannique des années cinquante, ainsi qu'à l'œuvre de L. Grinberg [10].

Actuellement, les concepts psychanalytiques s'organisent de plus en plus dans la perspective de ce que j'ai appelé « les concepts de troisième type » [11], c'est-à-dire, d'une part, des concepts bipolaires comme, par exemple, ceux de PSP<->PD de Klein [12], ceux de « contenant<->contenu » de Bion [13] ; d'autre part, le concept de « champ analytique » des Baranger [14], celui d'« interprétation non-saturée » de Ferro [15], etc.

Cette dynamisation de nos représentations correspond mieux à l'objet qu'elles représentent, c'est-à-dire, la vie psychique, toujours en mouvement et dont les « états d'équilibre économique » ne peuvent être que cinétiques (métaphore du trajet à bicyclette).

### **Dynamique de la « tache aveugle » et de l'Infantile chez le psychanalyste**

En 1994 [16], examinant les pièges de la représentation dans l'interprétation psychanalytique, je critiquais entre autres ce que j'ai appelé les « interprétations-bouchons ». Cherchant à analyser les circonstances affectives – et donc, transféro-contretransférentielles – dans lesquelles le psychanalyste formule ces interprétations « prêtes-à-porter », j'ai émis l'hypothèse suivante, que j'ai développée en 1996 dans le premier chapitre du « Vif de l'Infantile » [17] :

Dans le décours normal d'une cure, il s'installe un mode et un rythme de base, propre à chaque relation analytique, et dont l'analyste apprend à observer la tonalité processuelle.

Lorsqu'il se produit des ruptures dans cette rythmique originale et spécifique à la relation, celles-ci peuvent passer inaperçues si elles sont minimes ; lorsqu'elles sont plus importantes, il peut être tentant de les rapporter entièrement au seul *transfert*. Cependant, l'on peut aussi considérer celles-ci comme une *tache aveugle dans le champ analytique*, ce qui implique que la tache aveugle se trouve également *dans le contre-transfert*.

Il s'agit, en tout état de cause, d'une *rupture de communication* qui survient dans une configuration conflictuelle « bien tempérée ». Mon observation clinique m'a montré que cette rupture se traduit par *un manque à représenter*, et que ce manque est vécu, au niveau inconscient, chez l'analyste tout comme chez l'analysant, comme la *perte d'un objet interne signifiant* - bon ou mauvais, peu importe.

Dans les bons cas, ce manque à représenter va mettre en mouvement, au niveau inconscient, un *processus de figuration apparenté au rêve*, et qui en suivra les mêmes lignes de destin. Comme le rêve, il sera, le plus souvent, englouti instantanément par le refoulement. Parfois, il se présentera, chez l'un ou l'autre des protagonistes de la cure, comme un surgissement confus d'images avec perte des limites entre soi et l'autre, l'externe et l'interne, la perception et l'hallucination. Encore plus rarement, une représentation va se proposer au travail analytique d'associativité et de décondensation, dans le double registre des mots et des choses.

J'étais partie de l'hypothèse selon laquelle cette *tache aveugle*, ce *manque à représenter*, concerne toujours *l'Infantile*. Aujourd'hui, je peux confirmer cette hypothèse, tout en la précisant de la manière suivante :

Je pense que *la tache aveugle signe un manque à représenter le point de rencontre des deux Infantiles : celui de l'analysant et celui de l'analyste*. Ce manque à représenter concerne *l'état de la relation inconsciente* entre une partie de la personnalité de l'analysant et une partie de ses objets internes, projetés dans l'analyste.

Cet état, qui se présente comme une répétition, dans le transfert, d'une résistance à l'analyse et au dénouement de sa conflictualité par l'activité interprétative de l'analyste, devrait être un état temporaire. Cependant, deux remarques s'imposent à ce propos :

1. Nous savons depuis Freud que les voies de la *répétition* sont innombrables et tortueuses. Nous savons aussi que tout patient demande à changer, mais qu'il est, en même temps, terrifié par les implications du moindre changement.
2. Nous savons aussi qu'il est dans la nature même du traumatisme de se répéter indéfiniment, sur un mode que je qualifierai de « désymbolisé », en ce que le sujet traumatisé *répète* longtemps sa tendance à vivre le présent comme si c'était le passé, et le symbole comme si c'était la chose symbolisée. On rejoint ici la conceptualisation d'H. Segal sur l'*équation symbolique* [18].

La conséquence directe de ces deux états de choses pour le psychanalyste réside dans le risque de collusion entre :

- la fascination qu'exerce l'action du *trauma* sur l'Infantile du psychanalyste et sur celui de son patient ;
- la *répétition* liée au setting analytique et la *compulsion de répétition* liée au traumatisme.

J'ai donc continué à réfléchir à partir de ces propositions formulées en 1996, notamment au regard de la question cruciale de la *compulsion de répétition*, c'est-à-dire, au regard des *paramètres du négatif* dans la cure analytique et de leurs potentialités « lasérisantes » pour opérer des *changements catastrophiques* [19] en bien ou en mal.

J'ai ainsi pu effectuer une observation importante :

S'il est vrai que l'analysant répète la même situation conflictuelle tant que l'analyste n'a pu trouver par quel biais il peut entrer pour la dénouer, il est également vrai que son contretransfert place l'analyste dans la situation dans laquelle se trouvait l'objet interne de l'analysant qui a conduit ce dernier dans l'impasse de cette situation conflictuelle. C'est-à-dire que, du fait même de son *attention flottante*, de sa *capacité de rêverie*, de son *identification projective normale* aux émotions exprimées par son analysant, l'analyste est plongé dans une *tache aveugle* dont il est, par définition, totalement inconscient. Il est donc dans l'ordre des choses que l'analyste soit ainsi réduit à l'impuissance et, logiquement, tout analyste devrait donc déplorer ce genre de situation qui, de plus, se trame à son insu.

Pourtant, si l'analyste n'*entre pas* dans cette identification aux objets internes de son patient, *rien ne se passe dans le champ transféro-contretransférentiel*, l'analyse n'a tout simplement pas lieu. Confronté à ses diverses angoisses – d'abandon, de morcellement, de meurtre ou de suicide – l'analysant n'a qu'une ressource : ses défenses se durcissent, se transforment, prennent souvent un tour psychopathique, psychosomatique ou pervers.

Tout cela est bel et bon, me direz-vous, mais si l'analyste demeure indéfiniment *dans* la tache aveugle, l'analyse n'a pas lieu non plus, puisque la situation analytique ne

constituera, dès lors, qu'une répétition à l'identique, une copie conforme du passé, et notamment du passé traumatique. Et vous aurez totalement raison.

Alors, comment sort-on d'une tache aveugle et, surtout, comment sait-on qu'on en sort ?

Pour ce qui concerne les *moyens*, le travail clinique en groupe et l'écoute assistée constituent, à mon avis, des situations extrêmement fécondes, quels que soient l'âge et le degré d'expérience des analystes concernés.

Mais l'analyste doit souvent s'en sortir tout seul, et les seuls repères dont il dispose alors sont les émotions, positives ou négatives qui le traversent, la joie, la douleur, l'enthousiasme, l'excitation, mais aussi l'impatience, l'irritation, le sentiment d'impuissance, l'angoisse, voire « la haine dans le contretransfert » dont parle Winnicott.

Autant dire que ce sont des émotions intenses, souvent désagréables, pénibles, voire extrêmement douloureuses, toujours inquiétantes en ce qu'elles perturbent le *sentiment d'identité* de l'analyste. Il va sans dire que ces situations émotionnelles sont délicates, et qu'il n'est pas recommandé de les agir trop directement dans le contretransfert !

Il est donc important de comprendre que c'est précisément un mouvement de *protestation identitaire chez l'analyste* qui signe sa *sortie de la tache aveugle*. Or, le « sentiment d'identité » se fonde sur le sentiment d'appartenance à sa propre *scène primitive* - je rappelle que le terme de « scène primitive » désigne spécifiquement et uniquement le fantasme concernant la relation sexuelle parentale dont le sujet est issu. Il s'agit donc là de la *restauration d'une triangulation fondatrice* qui avait été perdue et qui se retrouve au moment où l'analyste éprouve ses propres limites émotionnelles, voire physiques, de façon très intense, même violente.

On pourra m'objecter qu'il n'y a rien de bien étonnant à cela, si l'on se souvient que l'identification projective est considérée comme l'outil par excellence de l'attention flottante du psychanalyste [20]. J'en suis totalement d'accord. Le concept de « tache aveugle » vise simplement à cerner cette petite portion supplémentaire d'espace-temps au cours de laquelle le psychanalyste demeure « plongé », voire « enfermé » dans l'identification projective à celui des objets internes du patient qui est opérant dans le *hic et nunc* de la répétition transféro-contretransférentielle. Je rejoins ainsi certaines des propositions de L. Grinberg (op. cit.) tout en m'en distançant du fait que je ne considère pas qu'il s'agit là d'une « maladie » du contre-transfert, mais seulement, pour pousser l'analogie à la matière médicale, d'une dose de « vaccin ».

## Conclusion

« JE est un autre », écrivait Arthur Rimbaud au sujet du processus de création.

Je considère que la tache aveugle est le creuset même d'une création extrêmement modeste et éphémère, la seule à laquelle nous, psychanalystes, pouvons prétendre dans l'exercice de nos fonctions : une « trouvaille », commune aux deux protagonistes de la cure – il faut un couple pour toute création -, qui consiste en une nouvelle « édition » du fonctionnement psychique, édition mieux intégrée, plus souple, plus vivante, non seulement chez l'analysant, mais aussi chez l'analyste. La seule différence qui existe

entre eux deux réside, je le rappelle, dans le fait que l'analyste a une petite « longueur d'avance » sur son analysant : celle de son propre travail analytique personnel, prolongé par la poursuite d'une auto-analyse quotidienne.

Cette petite « longueur d'avance » est l'espace-temps dans lequel l'analyste peut observer les relations qu'entretient son propre Infantile avec ses parties adultes d'une part, et d'autre part, l'intensité et le mode d'impact qu'opère, sur son Infantile, l'Infantile de son analysant.

L'analyse d'enfants nous en donne un exemple éloquent, dans sa complexité transféro-contretransférentielle, magistralement cernée par Esther Bick en 1961 déjà [21]. Pour donner un rapide panorama de la situation, je dirai que l'analyste de l'enfant ne représente pas seulement, d'entrée de jeu, le tiers odipien tant de la mère que du père de l'enfant qui consulte. Il doit encore considérer, dans son contretransfert, ses propres désirs odipiens pour chacun des deux parents de l'enfant, sa jalousie fraternelle à l'égard de celui-ci ou de celle-ci, et son fantasme de voler les bébés de la mère en s'occupant de l'enfant à soigner. Ajoutons à cela les éventuels traumatismes de l'enfant qui ont été communiqués à l'analyste *par un tiers*, et nous voyons combien d'occasions se présentent à l'analyste d'enfants, pour plonger dans des taches aveugles, mais aussi pour s'en dégager de façon fructueuse !

Je terminerai donc cet exposé en vous proposant quelques situations cliniques de la vie quotidienne comme terrain d'application des propositions théoriques qui précèdent.

### **Exemples cliniques**

Michèle van L. : son impatience quand le patient lui dit qu'il ne peut pas vivre avec de tels handicaps.

Nicole M. : sa sortie de l'agacement quand la patiente parvient à la toucher malgré son arrogance et qu'elle dit : « c'est moi qui ai tort ».

A.Chr. T. : quand elle sent à la fois sa limite à supporter le « bazar » mis par un enfant en grande souffrance mais qui se défend avec une omnipotence arrogante contre tout affect dépressif en jetant tout dehors, et sa très grande culpabilité à « sortir » l'enfant en raison des traumatismes infantiles très importants qu'il avait subis. Résultat de sa « sortie de l'enfant » du cabinet : à la séance suivante, l'enfant place à *l'intérieur* de son dessin les éléments qu'il avait jusqu'à présent placés à *l'extérieur* et le tiers apparaît dans son discours.

Dans les trois cas, les patients se sont réapproprié leur monde psychique interne, « décollé » en quelque sorte de la situation traumatique dont l'analyste avait supporté de contenir la répétition émotionnelle jusqu'à ce qu'il/elle rencontre ses propres limites psychiques.

*A contrario*, j'ai écouté bien des situations où la séance était raccourcie parce que l'analyste avait des principes – scansion avec les patients adultes, interdiction de chahut ou d'agirs divers avec les enfants – et où le couple analytique demeurerait, parfois durant des années, au seuil d'un quelconque processus, sans jamais y entrer.

Sylviane

Clément

Hans à Gmunden

Rita (« femme morte »)

La sortie d'une tache aveugle constitue la sortie de la fascination par le traumatisme.

---

[1] FREUD S., (1905) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard Paris 1962.

[2] GUIGNARD F., (1996) *Au Vif de l'Infantile. Réflexions sur la situation analytique*, Coll. « Champs psychanalytiques », Delachaux & Niestlé Lausanne.

[3] MATTE BLANCO I, (1975) *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*. Duckworth. London.

[4] GREEN A., (2000) *Le temps éclaté*, Les Éditions de Minuit, Paris.

[5] Guignard F., (1996) Un trouble de pensée sur la Métapsychologie, *Rev. franç. Psychanal.* vol. 60, n° spécial Congrès, *Les Clivages*, Paris, P.U.F., p.1551-1565.

[6] BION W. R., (1963) *Éléments de psychanalyse*, P.U.F. Paris, 1974.

[7] FREUD S., (1914), Remémoration, répétition et élaboration, *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1970, 4e éd. 1972.

[8] Citons notamment :

a) FREUD S., (1919) *L'inquiétant*, *O.C.F. XV* P.U.F. Paris 1996.

b) FREUD S., (1920) *Au-delà du principe de plaisir*, *O.C.F. XV*, P.U.F. Paris 1996.

c) FREUD S., (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*, *O.C.F. XVII* P.U.F. Paris 1992.

d) FREUD S., (1933) *Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse*, *O.C.F. XIX*, Paris, P.U.F. 1995.

e) FREUD S., (1939) *Moïse et le monothéisme*, Gallimard Coll. Idées Paris 1980.

[9] FREUD A. KLEIN M. (1941-1945) *Controverses*, Ed. 1991 par Pearl King & R. Steiner, P.U.F. Paris, 1996.

[10] GRINBERG L., (1985), *Projective counteridentification*, *The goals of psychoanalysis*, Londres, Karnac Books 1990.

- [11] Guignard F., (2002) Les concepts métapsychologiques de troisième type, *Inventer en psychanalyse. Construire et interpréter*, Édité par : J.-J. BARANÈS, F. SACCO *et al.*, Paris, Dunod, pp. 99-113.
- [12] KLEIN M., (1935), Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs, *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1967, pp.311-340.
- [13] BION W. R., (1963) *Eléments de psychanalyse*, P.U.F. Paris, 1974.
- [14] BARANGER M. & BARANGER W., (1969) *Problemas del campo psicoanalitico*, Kargieman, Buenos Aires.
- [15] FERRO A., (1992) L'enfant et le psychanalyste. La question de la technique dans la psychanalyse des enfants, Érès, Paris, 1997.
- [16] Guignard F., (1994) Les pièges de la représentation dans l'interprétation psychanalytique, *Journ. Psychanal. de l'Enfant* 15, Paris, Bayard.
- [17] Guignard F., (1996) L'Infantile dans la relation analytique, *Au vif de l'Infantile*, Coll. Champs psychanalytiques, Delachaux & Niestlé, Lausanne, p. 11-31.
- [18] SEGAL H., (1957) Notes on symbol formation, *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, 391-397. Tr. fr. F. Guignard, Notes sur la formation du symbole, *Rev. franç. Psychanal.*, XXXIV 4, pp. 685-696, P.U.F. Paris, 1970.
- [19] BION W. R., (1966) *Catastrophic Change*, in *Scient. Bull. of the Brit. Psycho-Anal.Soc.*, 5.
- [20] BION W. R., (1970) *L'attention et l'interprétation*, Payot Paris 1974.
- [21] BICK E., (1961) La psychanalyse infantile aujourd'hui, *Rev. franç. Psychanal.* XXVIII 1, Paris, P.U.F. 1964.