

Société Roumaine de Psychanalyse
Romanian Psychoanalytical Society

REVUE ROUMAINE DE PSYCHANALYSE

2

2011 Tome IV
août - décembre

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS

Renaissance

Directrice / Director

Brîndușa Orășanu

Comité scientifique international / International Scientific Committee

Jacques André (Université Paris 7, Paris)

Nadia Bujor (Société Psychanalytique de Paris)

Catherine Chabert (Université Paris 5, Paris)

Horst Kächele (Université Ulm)

François Marty (Université Paris 5, Paris)

Vladimir Marinov (Université Paris 13, Paris)

Brîndușa Orășanu (Université Titu Maiorescu, Bucarest)

Fausto Petrella (Université de Pavia, Italie)

Vera Șandor (Société Roumaine de Psychanalyse)

Vasile Dem. Zamfirescu (Université Titu Maiorescu, Bucarest)

Rédacteur en chef / Editor in chief

Gianina Micu (Société Roumaine de Psychanalyse)

Rédacteur en chef adjoint / Associate Chief Editor

Matei Georgescu (Université Spiru Haret, Bucarest)

Rédaction / Editorial board

Dorin Bîțfoi (Association Interdisciplinaire de Psychanalyse Appliquée)

Corneliu Irimia (Société Roumaine de Psychanalyse)

Daniela Luca (Société Roumaine de Psychanalyse)

Rodica Matei (Université Spiru Haret, Bucarest)

Brîndușa Pop (Société Roumaine de Psychanalyse)

Valentin Protopopescu (Université Nationale d'Art Théâtral et Cinématographique « I.L. Caragiale »)

Relecture en français / French proofreading

Gabriela Iliuță

Relecture en anglais / English proofreading

Adina Rădulescu



Société Roumaine de Psychanalyse

Revue Roumaine de Psychanalyse

2

2011 Tome IV

Août - Décembre

*

Romanian Psychoanalytical Society

Romanian Journal of Psychoanalysis

2

2011 Volume IV

August - December

Renaissance

Thème:

Le changement

The Change

SOMMAIRE / CONTENTS

<i>Matei Georgescu, Cornel Irimia, Editorial</i>	7
--	---

Psychanalyse théorique et clinique / Theoretical and Clinical Psychoanalysis

<i>Michel Vincent, What changes in Psychoanalysis? What is to be changed in Psychoanalysis?</i>	13
<i>Bernard Golse, Bébés, enfants et adolescents dépressifs. Continuités et discontinuités</i>	22
<i>Rodica Matei, Dimensions contre-transférentielles dans la thérapie des conduites addictives</i>	46
<i>Brîndușa Orășanu, Discontinuités dans le registre métaphorique</i>	61
<i>Daniela Luca, Changes and the management of the analytical setting in working with états-limites patients</i>	69
<i>Andrei Constantinescu, Réflexions sur l'attitude analytique</i>	77
<i>Luis Rodriguez De La Sierra, Nil novi sub sole (rien de nouveau sous le soleil)</i>	83

Aspects institutionnels de la psychanalyse / Institutional aspects of psychoanalysis

<i>Michael Brearley, Passions conflict and compromise in the British Society, 1939-2011</i>	91
---	----

Discussions / Discussions

<i>Vasile Dem. Zamfirescu, The change of psychoanalysis at Freud and after Freud - Commentary on Which change in Psychoanalysis? What to change in Psychoanalysis by Michel Vincent</i>	101
<i>Daniela Luca, Altruistic surrender or the limits of selflessness - Commentary on Nil novi sub sole (rien de nouveau sous le soleil) by Luis Rodriguez De La Sierra</i>	104

Livre psychanalytique / Psychoanalysis book

<i>Daniela Luca, Neither Zen, nor psychoanalysis, Matei Georgescu</i>	111
---	-----

EDITORIAL

Matei Georgescu¹ and Corneliu Irimia²

18 years have passed since the issue of the first publication of the Romanian Society of Psychoanalysis, called *Psychoanalysis Bulletin*. If the princeps vocation of a publication is to reflect the group that initiated it, then the shift from its compact form of “bulletin” to the current one of “journal” implicitly takes us back to the historic years of Romania’s psychoanalysis “coming of age”.

Aside from the years passing, an excellent persistence element of the publishing effort has been the international opening which led to including in the journal pages authors of great importance in the psychoanalysis university and/or clinical field of study, such as Jacques André, Cléopâtre Athanassiou-Popesco, Catherine Chabert, Annaik Feve, Horst Kächele, Giampaolo Kluzer, François Ladame, Didier Lauru, François Marty, Vladimir Marinov, Denis Mellier, Fausto Petrella, Salomon Resnik, Maria Rhode, Michel Vincent, Luis Rodrigues de la Sierra and so on.

All this time, the cardinal point that led to changing the publication’s format has been the 2008 International Colloquium of Psychoanalysis called “Thinking hate and violence”. Undoubtedly, the Romanian psychoanalysis group thus began a new sequence of its history which needed to be considered *differently*. There was a series of worldwide psychoanalysis prestigious figures honoring the Cotroceni event that decisively contributed to it. The first “journal”, issued by means of the joint effort of thinking, this time, hate and violence, has impressed with both quality and volume.

After three annual issues (2008, 2009, 2010) it is time for the Journal’s following changes: the university-international expansion of the scientific

¹ *Spiru Haret University*, Bucarest, matei.georgescu@yahoo.com.

² President of the *Romanian Society of Psychoanalysis*, corneliu.irimia@gmail.com.

committee, the electronic rearrangement of the publication, the biannual issuance and last but not least the labeling within databases and catalogues that are internationally acknowledged, such as the Contemporary Science Association, Ulrich's Periodicals Directory, EBSCO (and the process will continue).

As up to now, the Romanian Journal of Psychoanalysis will express the status and the interests of its group in the order of integration and national/international acknowledgement, the breakthrough towards research and university fields of study, and the reading with which you honor these pages is nothing but the confirmation of it.

Perhaps it is not a coincidence that the "new" Romanian Journal of the Society of Psychoanalysis was first issued in 2011: the year that marks the Society's shift from the Study Group status to the I.P.A. Interim Society.

Just like its publication, until it became a society integrated in the international association, the associative history of the Romanian psychoanalysis recorded good changes. Founded in 1990, with enthusiasm and especially with the optimism inherent to a sound programmatic development, we ascertain today that the Romanian Psychoanalytic Society, a transition entitling, has been the expression of a professional matter-of-course, an indicator of the native praxis.

There had to be a decade of "national" but not self-sufficient efforts, regarding the organization of international events among which we mention only the "maritime" Summer School, in 1995, so that a sought-after international "breeze" is felt in the association's sails. Although the I.P.A.'s three personalities that are today three friends who fortunately continue to return, have not come by sea, they have offered without reservation to the new Study Group an ocean of professional support, energy, and joy. Perhaps under these constant auspices, Dr. Giampaolo Kluzer, Dr. Luis Rodriguez de la Sierra y Escobar and Dr. Michel Vincent have been the craftsmen of a rare situation within I.P.A.'s regional forming context: it's been more than a decade of tri-annual visits of a "Sponsoring Committee".

For one decade, the "Study Group" of the re-named Romanian Society of Psychoanalysis has experienced the natural – and at all interim – timing of professional development, which expressed itself in I.P.A. Provisional Society status; and this status was obtained in New Mexico, the former site

of the ultra-secret Manhattan project; housing the last I.P.A. congress, New Mexico re-polarized our attention, this time capping with no secrets and at all “explosively” the individual and collective efforts of Romania’s psychoanalysts.

Observing the pure American tradition, along with New Mexico, the new Romanian I.P.A. society, turning twenty-one years, can manage its professional course by itself. Looking over the entire sequence of developmental times, it is certain that the associative maturity of native psychoanalysis will consolidate and bring, in 2015, the “definitive” status of its international membership.

These lines, that transitorily condense times, offer us the opportunity to be grateful to those years before pictured the fact that a state of normality is possible in Romania, at least in the psychoanalysis field.

**Psychanalyse théorique et
clinique**

**Clinical and theoretical
psychoanalysis**

WHAT CHANGES IN PSYCHOANALYSIS?

WHAT IS TO BE CHANGED IN PSYCHOANALYSIS?

*Michel Vincent*³

Résumé

Entre les analystes, S. Freud, l'inventeur de la psychanalyse, représente un exemple impressionnant qui démontre le changement afin de mieux comprendre les névroses et afin de mieux soigner la souffrance dans ses troubles variés: dépression, perversion, psychose, psychosomatique ... ce qui implique une vive métapsychologie. Le divan reste une référence pour le travail analytique, mais les analystes doivent se préparer aussi pour le travail face à face tant si c'est le cas.

Mots-clé: Après-coup, complexité, instinct (sexuel et non sexuel ou auto-conservatif; de vie et de mort), métapsychologie, narcissisme (de vie et de mort), transfert.

Abstract

Among analysts, S. Freud who invented psycho-analysis is an impressive example demonstrating how to change to better understand neuroses and to treat the pain of a variety of disorders: depression, perversion, psychoses, psychosomatics ... which imply a living metapsychology. The couch remains a reference for analytical work, but analysts should prepare themselves to work face to face when required.

Key-words: Après-coup, complexity, instinct (sexual and non-sexual or auto-conservative; life and death), meta-psychology, narcissism (life narcissism, death narcissism), transference.

In 1922, Sigmund Freud wrote “*Two Encyclopaedia articles*”, the first is entitled “*Psychoanalyse*” [16] and starts as follows: “Psychoanalysis is the name (1) of a procedure for the investigation of mental processes which are

³ Société Psychanalytique de Paris, Membre titulaire, formateur, mic.vincent@wanadoo.fr.

14 *What changes in Psychoanalysis? What is to be changed in Psychoanalysis?*

almost inaccessible in any other way, (2) of a method (based upon that investigation) for the treatment of neurotic disorders and (3) of a collection of psychological information obtained along those lines which is gradually being accumulated into a scientific discipline."

I will start with the last point to insist on Freud core interest in hysteria, phobia and obsessional-neuroses with no change, but with different enlightenments as Freud's experience was developing.

At the very beginning, hysteria [4] led to differentiate *neuroses* from "*actual neuroses*". In both conditions, the patients would complain about obstacles in their sexual life. But while the latter referred to their actual experience, the former mentioned their past sexual trauma. Infantile sexuality was broadly skipped with an insight in *bisexuality*. Feminine traits are found in any man, and masculine traits are to be found in any woman. *Ambivalence* was emphasized in the description of infantile sexuality on each stage of its development: the oral, anal, and phallic stages. The last one, corresponding to the infantile oedipal organization, which opens for a sexual latency period preceding the metamorphosis of puberty is to lead to the adult genital sexuality. Part-object, appropriate to the instincts/drives aims at these different infantile stages described. To begin with, ambivalence is either love *or* hate as mentioned by S. Freud about the discovery of an object responsible for the instinct being pleasure seeking [1, 2]. Later in infancy, ambivalence will bring together love *and* hate for the object. It is only after sexuality has matured that a post-ambivalent tight to the object is expected to take over that infantile quality [3]. Dreams and interpretation of the dream work [5] contributed to the study of the dynamic of *fixation* during the development of infantile sexuality, and of *regression*. Then, symptoms were understood as a compromise after a conflict between the sexual instincts and the ego-non-sexual-selves preservative instincts.

Soon hysteria, phobia and obsessional-neurosis were understood as the negatives of perversion which are considered at length in the first of Sigmund Freud "Three essays ..." [6]. In the meanwhile, *transference* which was first considered to be a resistance opposing to the analytic process, came to be understood as the most powerful tool that the analysts could

use to make the unconscious [7, 10] conscious, to promote change in the ego understood as it was at that early period, that is to say the personality as a whole before the name will serve to describe the part of the psyche.

A very new step was taken with the introduction of *narcissism* [8, 11]. The libidinal investment of the ego, which is a sexual investment, opens to the importance of the economy of the libido according to its investment of the object and of the ego. That point of view leading to the metapsychology and its indexation of mental functioning according to three axes (1) The topic point of view: Cs-PCs-Ics, (2) The dynamic point of view: about the conflict, then understood as being between sexual and ego-self-preservative drives, (3) The Economic point of view, according to the quantity of libido invested, which led to compare mourning [12], a state which is not pathological, with melancholia, a pathological state. This new step made possible the publication of the Wolfman-case [13] in which S. Freud reminded that there is no direct relation between infantile sexuality and adult pathology, but that a fantasy at the time of puberty has to be introduced to link them both [8, 9]. This opened to the description of "*après-coup*", which in turn provided a fresh understanding of regression after the sensual post-pubertal metamorphosis trend of sexuality had merge with the infantile tender trend of sexuality. Having still in mind the ambivalence acknowledged to sexuality from the very beginning of psychoanalysis, the emphasis put on the libido had left Freud with a very unsatisfactory account of the fantasy "A child is being beaten" [14]. This fantasy met in women and men called for more consideration about sadism. It resulted in "Beyond the Pleasure Principle" [15], where Freud introduced a death instinct opposed to the libido investing both the object and the ego. This brought the more satisfactory and stimulating view about sadism and destructivity to be found in his paper "The Economical problem of masochism" [19].

The understanding of neuroses had been enlightened by comparing them to the "actual neuroses", the so called "anxiety neurosis", "neurasthenia" to which "hypochondria" was joined and which made possible the acknowledgement of transference as the major tool for treating them. *Perversion* had been the next step taken to make clear how repression works, as a general concept introducing defence mechanisms. We

remember Freud's formula "Neuroses are the negative of perversion", which was to be developed later. Now, *psychosis* is the issue which is to clarify about the transference neuroses whose complexity should not be underestimated. It was made possible by a fresh description of the complexity of the mind described according to three parts [16, 17]: Id, Ego, and Super-ego which always have to be thought of together when considering a clinical issue. This completely new description is known in the English language as the "Structural model", which the French language names "The second Topic". The result of Freud's study after having brought together neurosis and psychosis is found in two papers. One in which what differs is emphasized [18] describing the conflict in which the ego is involved. In neuroses, the ego is confronted with the Id demands, while in psychosis, the ego is confronted with the external reality. Making this change in psychoanalysis led to broadening the interest of psychoanalysts, since the conflict with the third agency to which the ego is relating, the super-ego opens to a new group, the "Psycho-Neuroses of Defence" with Melancholia as its typical example. When we remember Freud's formula about Melancholia, "the shadow of the object having fallen onto the ego", we are aware of being invited here to think of a variety of conditions in which the ego is restricted and distorted. The second paper bringing together neuroses and psychoses is about what is common to both, but with a difference again. It is "The Loss of Reality in Neuroses and Psychoses" [18]. In both reality is lost. But in neuroses it is just a piece of reality which is ignored. The neurotic symptom is usually covering it, as for example the compulsion to wash hands in obsessional neuroses to cover the fantasized "dirty" activity. The psychotic patient withdraws from reality and opposes a delusion to it.

Changes in psychoanalysis appear here as a way by means of which Freud followed to make us understand the complexity of the neurotic structure to which he devoted himself. By doing so, he opened the door to many areas to be explored by his followers.

The first is child and adolescent psychoanalysis which was to open the Melanie Klein - Anna Freud controversies. With the introduction of narcissism (1914) with consideration to think "Beyond the Pleasure Principle" (1920) and later the introduction of the structural model (1923),

Freud paved the way to explore narcissistic psycho-neuroses, but also a variety of addictions, psycho-somatics as in the Paris School, the non-neurotic/non-psychotic states [20]. Psychosis is an area which was explored by S. Freud early in his paper about the memory of a neuropath, Schreber [24] where he provided us with some evidence of the attacks on the ego resulting in language being altered. In his paper on narcissism he brings a fresh enlightenment to paraphrénia and megalomania. Later in the méta-psychology paper, the first topic helps us to make sense of the differences to be observed in dreams, neuroses and psychoses; and melancholia is better understood by comparing it to mourning, since the affect is very similar, when self-esteem makes the difference, being untouched in mourning, but reduced in melancholia after a cannibal incorporation at the expenses of the ego. Paranoia in women was discussed as a contribution to the study of women's sexuality.

In a chapter of a recent book [9], André Green reminds us of S. Freud's view in his "Outline of Psychoanalysis" [24]: "There is, however, another class of psychical patients who clearly resemble the psychotics very closely – the vast number of people suffering from neuroses. The determinants of their illness as well as its pathogenic mechanism must be the same or at least very similar. But their ego has proved more resistant and has become less disorganized. Many of them, in spite of their maladies and the inadequacies resulting from them, have been able to maintain themselves in real life. These neurotics may show themselves ready to accept our help. We will confine our interest to *them* and see how far and by what methods we are able to 'cure' them". André Green also invites us to remember an earlier view of S. Freud, when in 1919 he was thinking that not every patient could be cured with the same technique. When the original analytic setting couch-chair, is still appropriate for the patient with a capacity in agreement with Winnicott's use of it, to play, with the transference which that setting favours; André Green turns toward a setting *within* the analyst who may decide for the best possible setting to reach a reasonable success with such a patient after his personal experience of psychoanalysis, both as a patient and as an analyst. This leads to a *face to face psychoanalytic therapy*, which is preferred to "psychoanalytic psychotherapy". The reason for it is the ambiguity of the use of a word as "psychotherapy". Here

“psychoanalytic” says clearly that it is performed by a *psycho-analyst*, that what is performed is a *therapy*, which is a treatment, and that *face to face*, is a chair to chair procedure).

Such a change was foreseen in 1920, but in France, it became obvious in the 1950 after the splits which occurred among the French analysts. The crisis was international, expressing itself in different manners in different countries. The effect was always challenging the analysts at work. In 1997 the I.P.A. decided on conducting an international inquiry. Its report was presented by Paul Israel, showing that among its members all were “seeing” a number of their patients. This led A. Green to an observation regarding the psychoanalysts’ disadvantage in training psychotherapists, and the need to train psychoanalysts to provide *psychoanalysis as a face to face therapy*.

Transformation in the clinical experience

André Green (2006) reminds us: neuroses, as introduced by S. Freud are considered the expression of an inner defence using repression against an anxiety which is to be alleviated by interpreting the transference [22] and construction [28] regarding the patient’s emotional experience. *Object relation* came to be favoured in relation with the importance taken by splitting, as described by Freud [29], in the ego, and within the object as bad or/and good developed by M. Klein [21]. Subjectivity is opposing the subject to the object of the external reality which is experienced as threatening the self as in H. Kohut [23] and B. Brusset [27]. Here the relation to the object and the addiction to it overshadow the individual consideration for one’s mental functioning. Anxieties are described as splitting the body into pieces, lethal inertia, severe fragmentation as in psychosis and anti-social characters, and also essential depression as in psychosomatics. In fact, there is a large diversity of patients that is actually considered by the analysts. If the compulsion to repeat is the instinct of instincts, when it comes to the death instinct, it is sterilizing, transforming the animate into inanimate [28] ... threatening the analyst to develop stereotyped understanding and interpretation. Cesar and Sara Botella have suggested assessing the analytic session according to the access to a

topographic regression opening from the conscious toward the preconscious and to the unconscious; they invite us to consider the precarious relation of the patient's psyche to the *absent object* which contrasts with the capacity in neurotic patients to develop presentation.

The analytic stance is made difficult by such patients and the analyst has to maintain confidence in his technique and method to soothe the patient's anxiety, despite the resistance which the patient opposes to the analytic work. What is helpful here are not elements opening via polysemia as in neuroses, but a meaningful net of presentations that offer associations linked with the libido. But when attacks on linking are the patient's favourite activities, it may be difficult to keep the meaning open, despite and also thanks to the accepted ambiguity.

To cut a long story short, a story which many among us try to address, it may be said that what is actually required from analysts is not only to forget their experience when revisiting the internal world of their neurotic patients, but also to be ready to cope with the clinical experiences involving the relationship between the internal and the external world, with due consideration for the object part, that is the analyst's part in the treatment of the contemporary patients who are neither neurotic nor psychotic ; in France, we used to think of them as *Etats Limites*, patients who may not have been well accepted elsewhere, in different languages.

REFERENCES

1. ABRAHAM, K. (1924). A Short Study of the Development of the Libido Viewed in the Light of. Mental Disorders, in *Selected Papers on Psycho-Analysis*, London, The Hogarth Press, 1949.
2. BOTELLA, C. & S. La Problématique de la régression formelle de la pensée et de l'hallucinatoire, in *La Psychanalyse: Question pour demain*, Paris, PUF, 1990.
3. BRUSSET B. Métapsychologie du lien et troisième topique, *Bulletin de la SPP*, 79, 2006.
4. FREUD, S. (1895d). Studies on hysteria, in *SE II*.
5. FREUD, S. (1900a). The Interpretation of Dream, *SE III*.
6. FREUD, S. (1905d). Three Essays on the Theory of Sexuality, in *SE VII*.

20 *What changes in Psychoanalysis? What is to be changed in Psychoanalysis?*

7. FREUD, S. (1905e). Fragments of an Analysis of a case of Hysteria, in *SE VII*.
8. FREUD, S. (1906a). My Views on the Part of Sexuality in the Aetiology of the Neuroses, in *SE VII*.
9. FREUD, S. (1911c). Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia, in *SE XII*, pp.9-82.
10. FREUD, S. (1914c). On Narcissism, an Introduction, in *SE XIV*, pp.67-102.
11. FREUD, S. (1915). Instincts and their vicissitudes, in *SE XIV*, pp.117-140.
12. FREUD, S. (1917e). Mourning and Melancholia, in *SE XIV*, pp.243 -258.
13. FREUD, S. (1918). From the History of an Infantile neurosis, in *SE XVII*, pp.7-122.
14. FREUD, S. (1919). A Child is Being Beaten, in *SE XVII*, pp.175-204.
15. FREUD, S. (1920g). Beyond the Pleasure Principle, in *SE XVIII*, pp.7-64.
16. FREUD, S. (1923a). Psychanalyse et Théorie de la libido, in *OC XVI*, Paris, PUF, 1991, Two Encyclopaedia Articles, 1922, *SE XVIII*, pp.235-259.
17. FREUD, S. (1923b). The Ego and the Id, in *SE XIX*, pp.12-66.
18. FREUD, S. (1924b). Neuroses and Psychoses, in *SE XIX*, pp.149-153.
19. FREUD, S. (1924c). The Economic Problem of Masochism, in *SE XIX*, pp.159-170.
20. FREUD, S. (1924e). The Loss of Reality in Neuroses and Psychoses, in *SE XIX*, pp.183-187.
21. FREUD, S. (1937d). Construction in Analysis, in *SE XXIII*, pp.257-269.
22. FREUD, S. (1940/1938). An Outline of Psychoanalysis, in *SE XXIII*, Part II, Chap. VI, pp.173-174.
23. FREUD, S. (1940e/1938). Splitting of the Ego in the Process of Defence, in *SE XXIII*, pp.271-278.
24. GREEN, A. *Unité et Diversité des pratiques des Psychanalystes*, P.U.F., Paris, 2009, pp.28-70.
25. GREEN, A. *Illusions et Désillusions du Traitement Psychanalytique*, Odile Jacob, Paris, 2010, pp. 56-130.
26. KAFKA, J. (1989). *Multiple Realities in Clinical Practice*, New-Haven & London, Yale Univ Press, 1989, pp.38-124.
27. KLEIN, M. (1952). Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant. *The Writings of Melanie Klein*, Vol 3, pp.61-93.

28. KOHUT, H. (1971). *The analysis of the SElf*, NEW-YORK, INT. UNIV. PRESS, 1971, pp.68-104.
29. STRACHEY, J. (1939). The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis, *Int. Journal Psycho-Anal*, 1939, nr.15, pp.127-159.

BEBES, ENFANTS ET ADOLESCENTS DEPRESSIFS. CONTINUITES ET DISCONTINUITES⁴

Bernard Golse⁵

Résumé

Après quelques remarques générales sur le concept de dépression et le schéma du deuil décrit par S. Freud and de K. Abraham, la sémiologie dépressive aux différents âges de l'enfance et de l'adolescence est ensuite présentée en lien avec les différentes problématiques psychopathologiques qui s'y attachent, et notamment celle de savoir ce qu'il y a perdre avant l'instauration complète des objets (l'objet peut-il être perdu avant d'être perçu?).

Entre les dépressions des bébés et celles de l'adolescent, s'il n'y pas de continuité étiologique, sémiologique ou épidémiologique, en revanche, une certaine continuité peut sans doute être envisagée sur le plan du destin des matériaux dépressifs originaires.

Abstract

After a few general observations on the concept of depression and the mourning scheme described by S. Freud and de K. Abraham, the depressive semiology in different stages of childhood and adolescence was presented as being related to different interconnected psychopathological issues, especially to the question: What can be lost before the complete object instauration (can an object be lost before it can be perceived?). On the other hand, as regards the depressions of babies or teenagers, if there is not an etiological, semiological or epidemiological continuity, there is undoubtedly continuity in the plan of the originary depressive materials destiny.

⁴ Texte rédigé à la suite de l'intervention faite dans le cadre du Colloque International organisé par la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française et le Laboratoire Clinique de Psychopathologie (EA 4056) de l'Université René Descartes (Paris 5), et consacré au thème: « *Dépressions infantiles* », Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, Amphithéâtre Paul Fraise, Paris, le 10 novembre 2007.

⁵ Pédiopsychiatre-Psychanalyste / Chef du service de Pédiopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5) / Inserm, U669, Paris, France / Université Paris-Sud et Université Paris Descartes, UMR-S0669, Paris, France, bernard.golse@nck.aphp.fr.

Mots-clés: Adolescent - Bébé -
Dépression - Enfant - Originaire - Perte
d'objet – Psychopathologie.

Key words: Teenager – baby –
depression – child – originary – object
loss psychopathology.

Introduction

Les dépressions de l'enfant sont, à l'évidence, bien plus fréquentes que l'autisme infantile, mais elles ne donnent pas lieu aux mêmes enjeux de société, ni aux mêmes enjeux idéologiques ...

Il est donc précieux que cette question des dépressions infantiles ait été retenue comme thème de ce colloque, car il s'agit en fait d'un problème de pratique très courante, et qui, de ce fait, appelle une réflexion soigneuse et approfondie.

Quelles que soient les entreprises médiatiques, psychiatriques ou pharmaceutiques qui se trouvent actuellement à l'œuvre pour tenter de faire de la dépression une maladie « épistémologiquement » analogue à n'importe quelle maladie somatique, en réalité, tel n'est pas le cas, et les dépressions exigent en fait de nous un travail de compréhension et de mise en sens plutôt qu'une simple évaluation, alors que l'évaluation devient actuellement on le sait, le mythe organisateur d'un certain nombre de sites hospitalo-universitaires.

En ce qui nous concerne, nous plaignons inlassablement pour l'importance du travail de mise en sens, afin de ne pas faire prévaloir une clinique de l'instant au détriment d'une clinique de l'histoire.

Compte tenu, enfin, des multiples formes de dépressions possibles chez le bébé, l'enfant et l'adolescent, l'intérêt du pluriel est évident au niveau du titre général de ce colloque.

Quelques remarques générales sur le concept de dépression

Le terme nous vient de la psychiatrie adulte, et son usage à d'autres âges de la vie soulève un certain nombre de difficultés.

Qui dit dépression, pense souvent à la question du deuil et de la perte d'objet dont il faut dire quelques mots préalables, mais qui ne vont pas de soi chez les très jeunes enfants, comme nous le verrons.

1) Deuil et dépression

On sait que le travail de deuil tel que l'ont décrit S. Freud [19] et K. Abraham [2] correspond successivement à la perte d'un objet investi dans la réalité externe, à l'introjection de la représentation de l'objet perdu, au surinvestissement de l'objet interne correspondant, puis au désinvestissement progressif et à l'expulsion graduelle de l'objet avec attaque anale de celui-ci.

Nous n'irons pas plus loin, ici, dans cette description, mais nous soulignerons d'emblée quelques questions théoriques qui en découlent:

- Ce schéma psychopathologique s'avère seulement possible si les objets externes du sujet sont déjà bien repérés par lui, et si ses objets internes sont suffisamment instaurés et stables, afin de permettre tout le jeu et toute la dynamique des instances intrapsychiques (du surmoi, notamment). Or ceci n'est pas le cas chez le bébé, tant s'en faut, et nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin [22].

- Par ailleurs, ce schéma pose de fait la question de la nature de la perte objectale: s'agit-il d'une perte dans la réalité externe, d'une perte dans la réalité interne, ou des deux à la fois?

- Dire que « l'ombre de l'objet tombe sur le moi » implique de se demander quelle est la source de lumière à l'origine de l'ombre ...

- On sait que le deuil risque de se transformer en mélancolie si l'objet perdu se voyait principalement investi de libido narcissique, avec ce paradoxe apparent d'un objet hyper investi et pourtant facile à désinvestir puisque la libido dont il était porteur, étant précisément de nature narcissique, peut faire facilement retour sur le Moi. Il importe alors de souligner que les objets perdus par les bébés et les adolescents sont souvent de nature narcissique, d'où des possibilités de perte assez risquées de ce point de vue, avec, en filigrane, la question de l'objet mélancolique à ces âges de la vie (quelque part entre objet objectal et objet narcissique) [23].

- Enfin, qui dit dépression, dit perte d'objet et frustration, mais de quelle frustration s'agit-il au juste? « Nous sommes tous des frustrés » disait Claire Bretecher, ce qui demeure, somme toute, un petit peu flou ... Si la frustration introduit au registre de la carence, encore faut-il distinguer la carence au niveau des besoins (source de préjudice), et la carence au niveau des désirs (source de déception), mais sans que ceci suppose une quelconque hiérarchisation du type de douleur psychique qui s'y attache [22].

II) La notion de perte

La perte n'est évidemment pas la même selon qu'il s'agit de la perte d'un objet objectal, de la perte d'un objet narcissique, ou de la perte d'un objet mixte, comme ceci est souvent le cas chez les bébés et les adolescents.

Mais, la perte peut concerner, parfois, non pas un objet en tant que tel, mais plutôt la capacité même d'investissement de l'objet, ce qui renvoie, alors, à la notion de « désobjectalisation » et à la théorisation de la pulsion de mort qui en découle, selon A. Green (pulsion désobjectalisante) [26].

III) Le double courant objectal et narcissique

On peut observer, tout au long de la vie, une dialectique étroite entre ces deux courants d'investissement, chacun de ces courants pouvant servir de défense vis-à-vis de l'autre (D. Marcelli): la problématique œdipienne vient ainsi recouvrir la problématique narcissique des débuts de la vie en offrant une sorte de protection à son égard et, à l'inverse, la reprise de la problématique œdipienne à l'adolescence vient servir de paravent à l'encontre des fragilités narcissiques propres à cette période si particulière et si mouvante de la vie [48].

En tout état de cause, la dépression de type narcissique (perte d'un objet narcissique) s'organisent surtout autour de l'affect de honte, tandis que les dépressions de type objectal (perte d'un objet objectal) s'organisent surtout autour du sentiment de culpabilité, étant entendu que les choses sont parfois plus ou moins intriquées, car on peut se sentir coupable d'être honteux et honteux de se sentir coupable [49].

Chez le bébé, et chez l'adolescent surtout, on observe précisément des dépressions mixtes, à la fois objectales et narcissiques, et donc souvent assez douloureuses.

Les dépressions aux différents âges de la vie

Du fait d'autres travaux précédents (B. Golse), nous n'envisagerons, ici, que quelques problématiques principales [24].

I) Chez le bébé

1) Histoire des idées

- On est progressivement passé du concept de dépression du

nourrisson à celui de dépressions du bébé, car l'essor de la psychiatrie du bébé et de la psychologie du développement précoce ont donné lieu à l'avènement d'une conception beaucoup plus active et interactive du bébé désormais perçu comme acteur de son propre développement (alors que la vision du nourrisson était plutôt celle d'un être passif et principalement centrée sur la question de l'alimentation), et parce que plusieurs formes de dépressions précoces ont été progressivement individualisées.

- Mais il importe alors, aujourd'hui, de bien prendre conscience que le fait d'accorder en quelque sorte au bébé le « droit » à la vie psychique implique, inéluctablement, de lui reconnaître également le droit à la souffrance et à la folie, et c'est ce qui explique, probablement, qu'au moment même où débutait l'étude des interactions précoces, furent décrits les deux tableaux princeps de la psychiatrie du bébé: l'autisme infantile d'une part, en 1943, pour la folie et l'inorganisation psychique profonde (L. Kanner) [34], et les dépressions du très jeune enfant d'autre part, pendant la deuxième guerre mondiale et juste après, pour la souffrance psychique (A. Freud et D. Burlingham, R. Spitz, J. Bowlby, J. Robertson ...) [17, 10, 53, 57].
- Rappelons également que la notion kleinienne de « position dépressive » physiologique fonctionne, en réalité, comme un témoin de l'accès à l'ambivalence, mais que cette position dépressive n'est pas acquise une fois pour toutes, en ce sens que l'oscillation entre position schizo-paranoïde et position dépressive sur laquelle nous reviendrons en conclusion est un processus dynamique actif qui se maintient tout au long de la vie.

Le terme de dépression, enfin, ne va pas de soi chez le bébé qui, nous l'avons déjà dit, n'est pas encore suffisamment différencié pour que le travail de deuil puisse s'y déployer véritablement. L. Kreisler suggérait [35, 36] que l'on conserve cependant ce terme pour des raisons d'analogie clinique entre les modalités d'expression mimique, faciale et corporelle de la tristesse aux différents âges de la vie (A.J. Sameroff et R.N. Emde) [55], mais que chez le bébé, on entende ce terme dans son acception la plus

directe (dé-pression, soit une chute de pression des pulsions ou des instincts de vie), et sans référence à la psychopathologie adulte du deuil.

2) Le noyau symptomatique de base des dépressions du bébé est une symptomatologie en creux et probablement incomplètement mentalisée, selon les cas. Il se compose des éléments suivants:

- L'atonie psychique (manque de plaisir à fonctionner, à désirer, à explorer et à penser)
- Le retrait interactif (manque d'engagement dans la relation) qui peut aussi s'observer chez les bébés à risque autistique, les bébés douloureux ou les bébés asthéniques
- Le ralentissement psychomoteur qui prédomine aux racines (à la différence du ralentissement psychomoteur asthénique qui est beaucoup plus global), et qui pose la question de la continuité de certains symptômes-cibles entre les dépressions précoces et les dépressions de l'adulte (D. Widlocher) [66, 67]
- La désorganisation psychosomatique, enfin, qui est constante au cours des dépressions du bébé, qui peut s'exprimer au niveau des diverses grandes fonctions de l'organisme (insomnie, anorexie, troubles digestif variés ...) et qui, selon les cas et le moment de l'histoire dépressive, peut revêtir des fonctions sémiologiques extrêmement différentes.

Dans tous les cas, on soulignera la grande réversibilité des dépressions chez les bébés, ainsi que la question du contre-transfert seul à même de permettre de ressentir paradoxalement le retrait dépressif comme un appel (soit comme une émotion adressée à autrui), à la différence du retrait de type autistique qui est ressenti, au contraire, comme une stratégie d'évacuation de l'autre (A. Carel), et de percevoir également les troubles psychosomatiques soit comme un appel à l'aide (du côté de la vie et des processus de liaison), soit comme un signe d'épuisement (déjà du côté de la mort et de la déliaison) [13].

3) On sait que M. Ainsworth a distingué les carences quantitatives et les carences qualitatives, à l'étude desquelles s'ajoute désormais celle des discontinuités interactives [3].

a) Les carences quantitatives correspondent à la perte par l'enfant de ses repères relationnels dans la réalité externe, à l'occasion des situations de séparation plus ou moins brutales et plus ou moins durables (A. Freud, D. Burlingham, R. Spitz, J. Bowlby...)

- R. Spitz situait la dépression anaclitique et l'hospitalisme du côté de la déception (registre du désir) [9], et tentait d'appliquer le schéma du deuil de S. Freud [19] et K. Abraham [2] à des bébés n'ayant pas encore atteint le « stade objectal » (d'où, en cas de disparition de l'objet relationnel de référence, le retournement des pulsions agressives sur le corps propre de l'enfant, à défaut d'objet interne suffisamment constitué)
- J. Bowlby, quant à lui, parlait de dépression par désattachement brutal, en se situant alors du côté du préjudice (registre du besoin)
- Du point de vue de l'évolution des idées, on peut alors se demander si le passage du modèle de R. Spitz à celui de J. Bowlby ne marque pas, d'une certaine manière, une sorte de régression de la pensée théorique, du fait du passage d'une problématique du désir à une problématique du besoin? [10]

b) Les carences qualitatives sont d'étude plus récente, et sont le fait, en France, du travail d'auteurs importants comme L. Kreisler [37, 38], M. Soule, M. Fain, ainsi que de tout le courant interactionniste de la psychiatrie du bébé. Elles ne correspondent pas à une séparation de l'enfant dans la réalité externe d'avec ses repères relationnels habituels, mais à l'inaccessibilité psychique de ceux-ci, qui sont là, bien présents, mais préoccupés et peu disponibles psychiquement.

- Pour schématiser un peu les choses, disons d'abord que depuis les années cinquante environ, on est passé d'une psychanalyse qu'on aurait pu dire jusque-là surtout « orificielle » à une psychanalyse qu'on pourrait désigner comme plus « cutanée ».

Autrement dit, l'intérêt pour la bouche et les sphincters, c'est-à-dire l'intérêt pour les zones érogènes partielles classiques s'est progressivement déplacé sur les enveloppes et le sac cutané, ce dont témoignent les travaux de D.W. Winnicott sur le holding et le handling [68, 70], de même que tous les travaux du courant post-kleinien, d'E. Bick [8] à D. Meltzer [50, 51] en

passant par F. Tustin, pour ne citer que ceux-ci [62-65].

Bien entendu, les travaux de D. Anzieu sur « Le Moi-peau » [4, 5] ainsi que ceux de G. Haag [28, 30] et de D. Houzel [31, 32] sur les enveloppes psychiques reflètent également cette nouvelle centration d'intérêt.

Mais parallèlement à cette évolution, ce qui paraît important, c'est aussi le passage d'un intérêt pour les traumatismes *par excès* à un intérêt pour les traumatismes *par défaut*.

En effet, pendant tout un temps, la réflexion psychanalytique s'est surtout penchée, et ceci pour S. Freud lui-même, sur les excès d'excitation libidinale ou destructrice, ou sur les perversions de l'enfant par l'adulte ... qu'il s'agisse d'ailleurs de traumatisme réel ou imaginaire [18].

Avec ce passage d'une psychanalyse plutôt *orificielle* à une psychanalyse plus *cutanée*, apparaissent, nous semble-t-il, de nombreux travaux sur les traumatismes en creux, par défaut de holding, et ceci culmine avec ce que l'on appelle désormais, depuis L. Kreisler et A. Green notamment, la « clinique du vide », centrée sur la question des traumatismes en négatif, et tout particulièrement sur la question des dépressions maternelles [25, 39].

Nous soutiendrions volontiers l'idée que la psychanalyse des orifices visait surtout une problématique des *contenus* par le biais des traumatismes par excès ou par intrusion, alors que la psychanalyse cutanée vise surtout une problématique des *contenants* par le biais des traumatismes en creux liés à une défaillance des enveloppes.

D'où toute une série de travaux sur le corps du bébé, la peau et l'impact des dépressions maternelles.

- Peu à peu, en matière de carences qualitatives, les dépressions du bébé, ainsi que les dépressions maternelles, ont été conceptualisées en termes de maladies de l'interaction, avec notamment les notions de « sollicitude thérapeutique » de l'enfant pour sa mère ou « d'enfant-thérapeute », bien développées par J. Lanouziere qui en a montré l'aspect psychiquement très coûteux pour l'enfant! [40]
- Quoi qu'il en soit, il est d'usage, depuis les travaux de L. Kreisler, de distinguer parmi les carences qualitatives, deux syndromes cliniques distincts: les « dépressions blanches »

(socle des structures dites psychosomatiques) [37], et les « syndromes du comportement vide » (socle des anciennes névroses dites de comportement). Les dépressions blanches s'observent quand la fonction maternelle se dérobe après une première période d'interactions vivantes et constructives, les syndromes de comportement vide s'observent en cas de « relation désertique habituelle », soit depuis le début de la vie de l'enfant qui n'a donc connu son environnement que sous ce mode peu contenant et défaillant.

c) Les discontinuités interactives associent des carences des deux types, quantitatives et qualitatives

- Quand les discontinuités de type quantitatif prédominent, avec des séparations itératives, c'est le syndrome dit des « enfants-paquets » (enfants placés et déplacés de manière plus ou moins chaotique) qui peut alors se constituer, syndrome dont on a pu invoquer l'impact dans la genèse de la psychopathie (« névrose » ou « syndrome d'abandon » de G. Guex) [27]
- Les enfants de mères borderline actuellement étudiés, en France, par l'équipe d'A. Le Nestour et G. Apter-Danon, représentent le prototype des discontinuités plutôt qualitatives, avec une confrontation permanente à l'imprévisibilité du fonctionnement maternel, tantôt satisfaisant, tantôt inadapté (la mère étant happée par ses fantasmes et préoccupations internes), cette imprévisibilité étant alors à l'origine d'une grande insécurité pour l'enfant [6, 47]

d) Face à ces carences qualitatives, un certain nombre de mécanismes de défense doivent être mis en place par l'enfant, et les convergences sont ici frappantes entre les travaux de L. Kreisler fondés sur l'observation directe de ces bébés, et ceux d'A. Green qui reconstruit ces dépressions dans le cadre du transfert (« dépression de transfert ») [26, 38]. Parmi ces mécanismes de défense, on peut citer:

- Le désinvestissement de la mère par l'enfant (éventuellement à la source d'un attachement évitant?)
- L'identification en miroir de l'enfant au fonctionnement dépressif de sa mère (être comme, à défaut de pouvoir avoir la

mère dans la relation)

- L'in-crimination du tiers dans la genèse de la dépression de la mère (avènement d'une tiercéiste menaçante)
- L'identification, enfin, de l'enfant à l'objet du deuil de la mère, ce qu'il est possible aujourd'hui de conceptualiser par le biais des processus d'accordage affectif décrits par D.N. Stern [58]

e) Dans tous les cas, il importe de veiller à ne pas culpabiliser les mères en revenant, à propos des dépressions maternelles, à une vision trop linéaire du déterminisme psychopathologique, qui est toujours, par essence, de nature polyfactorielle:

- Tous les enfants déprimés n'ont pas une mère déprimée (il existe en effet des dépressions du bébé liées à une maladie somatique, à la fatigue, ou à une douleur durable...), et toutes les mères déprimées n'ont pas des bébés déprimés. Le rôle des tiers est sans doute, ici, fondamental, et à l'heure actuelle, quand un bébé de mère déprimée se déprime, il demeure encore très difficile de dire si sa dépression est effectivement due au fonctionnement dépressif de sa mère, ou à l'absence ou à la faillite des tiers qui auraient pu, et qui auraient dû, le protéger de la psychopathologie maternelle. C'est là, la dimension polyfactorielle minimum du modèle auquel nous nous tenons.
- Harold Searles, en son temps, avait d'ailleurs souligné le fait que si l'on s'occupe d'un enfant en pensant que toutes ses difficultés découlent automatiquement des perturbations du fonctionnement de ses parents, non seulement cela est faux (en raison du fait que les perturbations parentales ne sont qu'un élément parmi d'autres du modèle polyfactoriel), mais encore, même si cela était juste, cela compromettrait toute possibilité d'alliance thérapeutique avec les parents, et risquerait en outre de déprimer encore davantage l'enfant qui pourrait alors se ressentir comme n'ayant pas su rendre ses parents suffisamment bons, voire même les guérir [56].
- Enfin, il est probablement hâtif de se représenter les dépressions maternelles comme renvoyant toujours à une réalité historique, et dans cette perspective, avec C. Chabert nous tentons

actuellement de montrer que nous avons à procéder, à propos des traumatismes en creux, au même renoncement à notre « neurotica » que celui effectué par S. Freud à propos des traumatismes par excès [19]. C'est ce renoncement qui lui avait permis de passer d'une théorie du traumatisme réel à une théorie du traumatisme imaginaire, et c'est ce qui nous permettrait, aujourd'hui, de faire une place au concept de dépression maternelle fantasmée dans l'après-coup par le bébé, dont l'utilité pourrait être, pour l'enfant, de ne pas se sentir coupable de son propre développement et de son autonomisation progressive, en pouvant se dire que c'est sa mère qui le lâche et non pas lui qui l'abandonne (réflexion en cours, non encore publiée).

4) Certains auteurs se posent aujourd'hui la question d'une réponse dépressive basale en observant que l'expérience du « still-face » (E.Z. Tronick) [59] donne lieu à une réponse comportementale qui vaut comme une réplique en miniature des trois temps décrits par J. Bowlby à la suite d'une séparation soudaine de l'enfant d'avec son milieu naturel (désespoir, découragement, détachement) [10]. A l'heure actuelle, cette question demeure ouverte.

5) Le bébé nous impose surtout de nous demander ce qu'y a-t-il à perdre avant de pouvoir perdre des objets constitués?

Il est clair que, très tôt, le bébé peut perdre l'investissement par l'objet et perdre l'investissement du processus d'investissement lui-même, mais une question insiste néanmoins qui est celle de l'existence éventuelle de dépressions sans objet (telles qu'elles ont pu être évoquées également par les psychosomaticiens): s'agirait-il alors de dépressions véritablement sans objet, ou seulement de dépressions se jouant avant l'instauration complète de l'objet?

6) Reste alors à évoquer la question des dépressions primitives

Des auteurs comme J. Gammill [20] et F. Tustin [65] ont tout particulièrement étudié les liens entre la dépression primaire

catastrophique et la dépression primaire normale (D. W. Winnicott) [69], et G. Haag [29] s'est penchée plus spécifiquement sur l'instauration du moi corporel qui se joue entre dépression primaire et dépression mélancolique.

Mais le problème clinique auquel nous avons souvent à faire face, au quotidien, est celui de pouvoir différencier les dépressions primaires catastrophiques (avec des vécus d'amputations corporelles et d'agonies primitives) qui semblent en jeu dans la mise en place de certaines organisations autistiques structurales, et les dépressions précoces, sans doute un petit peu plus tardives, et dont l'enfant peut émerger en gardant des mécanismes autistiques à tire de cicatrice résiduelle qui n'engagent pas du tout un pronostic aussi sombre que l'autisme infantile proprement dit. Il s'agit d'une question délicate et qui n'a, malheureusement, pas du tout été prise en compte par le travail de l'Anaes, mené sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS), quant à la rédaction des recommandations de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic précoce de l'autisme.

II) Chez l'enfant

Nous signalerons seulement les points suivants:

- Le travail de deuil est désormais possible, au sens de S. Freud et de K. Abraham [1, 2, 19], car la différenciation intra et extra-psychique de l'enfant est suffisamment avancée, et la mentalisation des affects dépressifs commence à se rapprocher de celle des sujets plus âgés.
- C'est en période péri-oedipienne que J. Bowlby a décrit la fameuse séquence comportementale qui fait suite aux ruptures brutales des liens d'attachement, soit les « 3D » déjà évoqués ci-dessus (désespoir, découragement, déni), ainsi que le « FACS syndrome » associant de manière plus ou moins intriquée la peur (Fear), l'angoisse (Anxiety), la culpabilité (Guilt) et la tristesse (Sadness).
- Malgré tout, les enfants expriment rarement des auto-reproches et des sentiments d'indignité tels qu'on peut les observer chez l'adulte. C'est dire qu'il faut savoir rechercher une sorte de culpabilité à bas bruit qui se formule par exemple sur le thème suivant: « dans ma famille, les choses iraient mieux sans

moi », ce qui renvoie en fait à une culpabilisation des émois œdipiens et post-œdipiens ainsi que des fantasmes masturbatoires qui les accompagnent.

- En période œdipienne, les mouvements dépressifs, et notamment les éléments phobiques sont souvent dus à la peur de perdre l'amour du parent du même sexe.
- L'hyperactivité de l'enfant, en dépit de l'époque actuelle, ne doit pas nous faire renoncer à notre approche psychopathologique, car elle apparaît souvent comme une séquelle comme séquelle d'un trouble de la contenance et du holding primordial, avec la création d'enveloppes motrices substitutives dans la perspective des travaux d'E. Bick [8], ce qui n'est pas sans importance quant au choix de stratégies thérapeutiques spécifiques de chaque histoire. C'est poser là, également, la question de l'hyperactivité en tant qu'équivalent de défense maniaque.
- Il n'existe aucune preuve actuelle d'un précurseur prépubertaire des structures maniaco-dépressives, et l'hyperactivité ne peut être considérée comme telle jusqu'à plus ample informé.
- Le concept « d'objet dépressif » de P. Denis [14], à l'origine d'une paralysie des instances intra-psychiques qui pèse sur l'engagement du travail de deuil, s'avère aujourd'hui extrêmement précieux en matière de dépressions de l'enfant, en permettant de se repérer dans l'évolution de l'enfant déprimé, notamment quant à sa récupération progressive de l'ambivalence envers l'objet perdu, ambivalence nécessaire et structurante.

III) Chez l'adolescent

Il est courant de dire que 20% des adolescents vont mal (ce qui signifie aussi que 80% d'entre eux vont bien), mais les 20% qui vont mal ne se situent pas tout, tant s'en faut, dans le domaine de la psychopathologie (états-limites, psychoses dysthymiques, structures maniaco-dépressives émergentes ... heureusement assez rares)

L'adolescence peut être décrite comme une période de deuils et de renoncements nécessaires mais multiples, et qui sous-tendent donc les

idées dépressives si fréquentes à cet âge: le deuil de l'image idéalisée de soi, le deuil des imagos parentales idéalisées, le deuil d'une certaine sécurité de la latence, le deuil de la relative bisexualité physique et psychique préalable, le deuil de la dépendance⁶, le deuil des schémas initiaux d'attachement, enfin (avec cette problématique classique: « on s'attache ou on s'arrache? »)

Par ailleurs, les transformations physiques et psychiques de l'adolescence jouent comme une « entame narcissique » (R. Cahn) qui suscite le besoin de vérifier l'intégrité et l'invulnérabilité narcissiques (conduites dangereuses, prises de risque, tentations toxicomaniaques, et manipulation de l'idée plus ou moins abstraite de la mort) [12]

Les dépressions de l'adolescence sont donc souvent des dépressions mixtes, à la fois objectales et narcissiques, avec une fréquente intensité du vécu dépressif, mais il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de la douleur psychique et la gravité de l'éventuelle psychopathologie sous-jacente.

Pour les adolescents, le corps en mutation peut être un objet de haine, de honte ou d'énigme, et l'on pourrait évoquer à ce propos, l'hypothèse d'une « séduction généralisée » endogène, le corps de l'adolescent étant alors lui-même vecteur de « messages énigmatiques » en quelque sorte, dans la perspective de la théorie de J. Laplanche [41 - 44].

Même si la mentalisation et la verbalisation sont opérationnelles chez l'adolescent, la voie préverbale redevient prévalente à cette époque de la vie où le langage du corps, le langage de l'acte, et la communication analogique ne servent pas qu'à esquiver la représentation verbale et la conscientisation, mais témoignent, en fait, de certains éléments qui insistent pour continuer à se dire de cette manière (R. Roussillon) [54]. Ceci est important à savoir pour « écouter » les adolescents dans ces différents registres de la communication, et être attentifs à nos propres contre-transferts

Les mouvements dépressifs pathologiques de l'adolescence se jouent,

⁶ Ph. JEAMMET insiste souvent, en effet, sur le besoin de dépendance qui coexiste de manière conflictuelle avec le désir d'indépendance, à l'adolescence, et qui lui a fait parler de « syndrome Corse »: si on respecte la liberté des adolescents, ils se sentent abandonnés, mais si on s'en occupe, ils se sentent persécutés!

finalement, sur le fond des tendances dépressives propres à cet âge, mais à l'entrecroisement des transformations corporelles vécues comme des menaces (soit le corps comme persécuteur interne), et des souhaits parentaux inconscients destructeurs (soit la dynamique fantasmatique parentale comme persécuteur externe).

Ici, comme ailleurs, se joue la dialectique permanente entre mélancolie et paranoïa, mais avec le risque spécifique de s'identifier à l'envie destructrice des parents, et de voir se constituer un « saboteur interne » qui fait alors basculer du mauvais côté, cet équilibre fragile.

Qu'il s'agisse de dépression physiologique ou pathologique, la question se pose toujours de savoir prendre en compte la réactivation des avatars de la position dépressive comme socle du « breakdown » si bien décrit par les Laufer (autour du concept de « fantasme masturbatoire central »), et qui signe la difficulté d'entrée dans un corps définitivement sexué [45, 46].

Les multiples renoncements et pertes que nous avons évoqués, le concept de « menace dépressive » (A. Braconnier, Ph. Jeammet) [11, 33] et la difficulté de prévenir les passages à l'acte du fait de la grande impulsivité propre à ce moment de la vie, font que les tentatives de suicide s'avèrent dix à quinze fois plus fréquentes à l'adolescence qu'aux autres périodes de l'existence, ce qui est un fait très grave, même si nombre d'entre elles, fort heureusement, n'aboutissent pas à la mort. Les appels en absence, ou les appels non reçus augmentent, évidemment, considérablement le risque, et les antidépresseurs dont la prescription doit être extrêmement prudente, fournissent trop souvent les armes de la récurrence).

Continuités et discontinuités

L'analyse des continuités et des discontinuités entre les organisations dépressives des différents âges de la vie, n'est pas chose aisée.

Quelques pistes de réflexion peuvent cependant être tracées.

Du côté des discontinuités

- Il n'y a pas de continuité quant aux processus déclenchants qui diffèrent singulièrement selon les âges (séparation et carences, culpabilité oedipienne, entame narcissique de l'adolescence).

Autrement dit, les facteurs dépressogènes diffèrent sensiblement aux différents âges de la vie, mais ils peuvent se combiner progressivement au fur et à mesure de l'existence.

- A l'évidence, il n'y a pas de continuité sémiologique au niveau du discours verbal notamment, chez les bébés, les enfants et les adolescents, même si, nous l'avons dit, il existe une certaine continuité de l'expression corporelle, mimique, gestuelle et comportementale de la tristesse en tant qu'affect ou émotion (A.J. Sameroff et R.N. Emde) [55].
- Il n'y a pas de continuité épidémiologique non plus, puisque la fréquence des dépressions est trois à quatre fois plus importante chez l'enfant garçon que chez l'enfant fille, alors que cette répartition s'inverse à l'adolescence (pour des raisons certainement complexes et encore mal comprises), avec une prédominance féminine qui se maintient ensuite chez l'adulte. La fréquence des dépressions chez le bébé demeure difficile à estimer faute d'outils adaptés prenant véritablement en compte à la fois le bébé, l'adulte et le lien, ce qui sera peut-être davantage possible, dans l'avenir, avec l'emploi de la classification diagnostique « zéro to three » [71].
- Enfin, la dépression marque toujours, évidemment, une discontinuité développementale, mais parfois au sens d'une crise mutative (« crisis », ou « catastrophe » au sens de R. Thom) [60, 61], et l'on sait par exemple, la valeur structurante de certaines dépressions qui a pu être soulignée par divers auteurs (P. Fedida) [16], ou la signification positive de leur émergence au cours de certaines évolutions (l'apparition d'une capacité dépressive chez les enfants autistes représentant, par exemple, un indéniable signe de progrès sur le plan de la psychisation et de la mentalisation).

Du côté d'une éventuelle continuité

- Poser la question d'une éventuelle continuité des dépressions au cours du développement revient, au fond, à poser la question des destins de l'originaire, et particulièrement des destins de

l'originare dépressif.

- Dans un travail précédent (à propos des signifiants archaïques), nous avons eu l'occasion d'évoquer trois destins différents des matériaux psychiques originaires. Les matériaux originaires, à fonction pré ou proto-représentative, nous invitent en effet à penser de diverses manières, la notion de leur devenir: soit comme un *matériau-socle* sous-tendant toute la suite des transformations processuelles, soit comme un *matériau réactivable* dans un temps second, soit enfin comme un type de *travail psychique indéfiniment repris aux niveaux ultérieurs* du fonctionnement psychique, en précisant toutefois qu'il importe de penser que l'après-coup nous vient toujours de l'autre et de son travail de transformation psychique et ceci, soit dans une perspective interactive, soit dans une perspective intergénérationnelle. En ce qui concerne les éléments dépressifs originaires, on peut donc imaginer les destins suivants qui renvoient à une certaine continuité:
 - En tant que matériau-socle, on pourrait citer le langage du corps et de l'acte dépressifs, dans la perspective des réflexions de R. Roussillon [54]
 - En tant que matériau réactivable dans l'après-coup, on peut penser à l'élaboration toujours à poursuivre de la position dépressive infantile, et à ses reprises ultérieures qui éclairent sur la dimension la plus douloureuse des dépressions plus tardives (à l'adolescence, notamment)
 - En tant que type de travail psychique repris en permanence, c'est au niveau des contenants processuels (et non pas des contenus thématiques) des dépressions qu'une certaine continuité peut être appréhendée, et notamment au niveau du style de l'oscillation entre position schizo-paranoïde (PSP) et position dépressive (PD) qui se rejoue tout au long de la vie, et qui semble - comme d'ailleurs tout ce qui touche au style d'un sujet - être véritablement spécifique de chaque

individu et s'inscrire dans la durée⁷. D'où, finalement l'idée que toute dépression, quelle que soit son expression sémiologique liée à l'âge, s'organiserait en fait autour d'un noyau dépressif originaire susceptible de se maintenir au cours du temps, mais autour duquel viendraient s'ajouter, s'articuler, se stratifier, se surimposer des processus de reprise de réactivation, et de transformation, du fait du développement lui-même qui autorise la maturation des processus originaires en processus primaires puis secondaires.

- C'est dire l'intérêt persistant de la discussion des notions de dépression psychotique, névrotique ou limite, car la question est de savoir quelle est le statut de la dynamique dépressive: s'agit-il d'un syndrome capable de s'exprimer dans le cadre de structures psychopathologiques différentes, ou s'agit-il d'un élément organisateur spécifique du processus psychopathologique lui-même (trouble central de l'affect selon F. Palacio-Espasa) [52].

Conclusions

- Il n'y a pas de vie psychique sans risque dépressif qui relance toujours, peu ou prou, les enjeux de la subjectivation
- Les dépressions, comme le croissance et la maturation psychiques elles-mêmes, se jouent toujours à l'interface des facteurs endogènes propres au sujet et des effets de rencontre avec l'environnement
- Reste entière la question de la structure dépressive: existe-t-il une structure pré-dépressive à prendre en compte et qui se maintiendrait tout au long de l'existence (avec alors la notion complexe de « dépressibilité »), ou n'y a-t-il place que pour l'idée d'une structuration dépressive progressive?

⁷ Dans cette optique, il faut citer le travail de Claudine Geissmann, récemment décédée, et qui avait utilement tenté de montrer l'analogie relative entre le travail d'oscillation entre PSP et PD d'une part, et l'élaboration dialectique entre avant-coup et après-coup dans le cours du développement, d'autre part.

➤ Nous terminerons en évoquant seulement la difficulté qui persiste encore, à l'heure actuelle, quant au fait de savoir, finalement, si l'on doit parler d'affect dépressif, d'émotion dépressive, d'état dépressif, d'organisation dépressive, voire même de structure dépressive? Il est clair que ces différents termes ne posent pas de la même manière la question de la continuité ou de la discontinuité, et que le fait de se référer à l'un plutôt qu'à l'autre, est déjà, en soi, porteur d'enjeux théorico-cliniques et de choix conceptuels différents, même s'il ne s'agit parfois que de choix implicites ou inconscients.

REFERENCES

1. ABRAHAM, K. (1924). Développement de la libido, *Œuvres complètes*, Tome 2, Payot, Paris, 1966, pp.173-196.
2. ABRAHAM, K. (1924). Contribution à la psychogenèse de la mélancolie, In: Développement de la libido, *Oeuvres complètes* - Tome 2, Payot, Coll. "Science de l'homme", Paris, 1977, pp.279-286.
3. AINSWORTH, M.D.S. *Attachment: retrospect and prospect*, In: «The place of attachment in human behaviour», C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde, eds, Basic Books, New York, 1982 et 1992, pp. 3-30.
4. ANZIEU, D. *Le Moi-peau*, Dunod, Paris, 1985 (1^{ère} éd.), pp. 98-149.
5. ANZIEU, D. Les signifiants formels et le Moi-peau, In: « *Les enveloppes psychiques* » (ouvrage collectif), Dunod, Coll. «Inconscient et Culture», Paris, 1987, pp. 1-22.
6. APTER-DANON, G. et LE NESTOUR-CRIVILLE, A. Mères états-limites et leurs bébés: quelles psychothérapies possibles?, *Perspectives Psychiatriques*, 2004, p.43, p.5, pp.372-376.
7. APTER-DANON, G. et CANDILIS-HUISMAN, D. A challenge for perinatal psychiatry: the therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants, *Clinical Neuropsychiatry*, 2005, p.2, p.5, pp.302-314.
8. BICK, E. The experience of the skin in early object-relations, *Int. J. Psycho-Anal.*, 1968, p.49, pp.484-486, Traduction française par G Haag et coll., In: *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 1980, pp.240-244.

9. BOWLBY, J. Soins maternels et santé mentale, OMS, Monographie n°2, Genève, 1951.
10. BOWLBY, J. *Attachement et perte* (3 volumes), P.U.F., Coll. «Le fil rouge», Paris, 1978 et 1984 (1ères éd.).
11. BRACONNIER, A. et MARCELLI, D. *L'adolescence aux mille visages*, Editions Odile Jacob, Paris, 1988 (1^{ère} éd.), pp.74-132.
12. CAHN, R. *L'adolescent dans la psychanalyse – L'aventure de la subjectivation*, P.U.F., Paris, 1998, pp.110-147.
13. CAREL, A., HOCHMANN, J. et VERMOREL, H. (sous la direction de) *Le nourrisson et sa famille*, Césura Lyon Edition, Coll. "L'enfant", Lyon, 1990, pp.89-116.
14. DENIS, P. La dépression chez l'enfant: réaction innée ou élaboration?, *La Psychiatrie de l'enfant*, 1987, XXX, 2, pp.301-328.
15. DENIS, P. *Emprise et satisfaction - Les deux formants de la pulsion*, P.U.F., Coll. "Le fil rouge", Paris, 1997 (1ère éd.), pp.93-165.
16. FEDIDA, P. *Des bienfaits de la dépression – Eloge de la psychothérapie*, Editions Odile Jacob, Paris, 2001, pp.105-178.
17. FREUD, A. et BURLINGHAM, D. (1942). *War and children*, International Universities Press, New York, 1943, pp.7-23.
18. FREUD, S. (1887-1902). Lettres à W. Fliess In: *La naissance de la psychanalyse*, P.U.F., Coll. «Bibliothèque de Psychanalyse», Paris, 1979 (4^{ème} éd.), pp.176-197.
19. FREUD, S. (1916). Deuil et mélancolie, In: *Métapsychologie*, Gallimard, Coll. «Idées», Paris, 1976, pp.147-174.
20. GAMMILL, J. *A partir de Mélanie Klein*, Césura, Lyon, 1998, pp.127-143
21. GEISSMANN, Cl. Les fondements de la psychanalyse de l'enfant: névrose de transfert et après-coup, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, nr.19, 1996, ("Formations"), pp.25-47.
22. GOLSE, B. La dépression chez le nourrisson, In: *Dire: entre corps et langage – Autour de la clinique de l'enfance* (sous la direction de B. Golse et Cl. Bursztejn), Masson, Coll. «Médecine et Psychothérapie», Paris, 1993, pp.88-111.
23. GOLSE, B. La dépression chez le nourrisson, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier, Paris-France), *Psychiatrie*, 37201-A¹⁰, 1995, p.6.
24. GOLSE, B. - Les dépressions du bébé, *Arch. Pediatr.*, 2001, 8, Suppl. 2,

pp.459-461.

25. GREEN, A. (1980). La mère morte, In: *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Editions de Minuit, Coll. «Critique», Paris, 1983, pp.76-105.
26. GREEN, A. Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante, In: *La pulsion de mort* (ouvrage collectif), P.U.F., Paris, 1986, pp. 49-59.
27. GUÉX, G. *Le syndrome d'abandon*, P.U.F., Coll. «Bibliothèque de Psychanalyse», Paris, 1950, pp.34-61.
28. HAAG, G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, E.S.F., Paris, 1985, p.33, pp.2-3, pp.107-114.
29. HAAG, G. Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations, In: *Les contenants de pensée* (ouvrage collectif) Dunod, Coll. «Inconscient et Culture», Paris, 1993, pp.41-59.
30. HAAG, G. Le Moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique, *Revue Française de Psychanalyse*, 2004, LXVIII, 4, pp.1133-1151.
31. HOUZEL, D. Le concept d'enveloppe psychique, In: *Les enveloppes psychiques*, Dunod, Coll. «Inconscient et Culture», Paris, 1987, pp.23-54.
32. HOUZEL, D. *L'aube de la vie psychique – Etudes psychanalytiques*, ESF, Coll. «La vie de l'enfant», Paris, 2002, pp.176-280.
33. JEAMMET, Ph. *Pour nos ados, soyons adultes*, Editions Odile Jacob, Paris, 2008, pp.111-180.
34. KANNER, L. *Autistic disturbances of affective contact Nervous Child*, 1942-Traduction française, pp.217-264, In: "L'autisme infantile - Introduction à une clinique relationnelle selon Kanner", P.U.F., Coll. "Le fil rouge", Paris, 1983 (1ère éd.), p.43, p.3, p.2, pp.217-230.
35. KREISLER, L. *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Privat, Coll. «Education et culture», Toulouse, 1987, pp.87-156.
36. KREISLER L. *La dépression du nourrisson*, In: « Psychopathologie du bébé » (sous la direction de S. Lebovici et F. Weil-Halpern), P.U.F., Paris, 1989 (1^{ère} éd.), pp.341-351.
37. KREISLER, L. Les origines de la dépression essentielle – La lignée dépressive, *Rev. Franç. Psychosom.* nr.2, P.U.F., Paris, 1992, pp.163-185.
38. KREISLER. L. Pathologies fonctionnelles – Processus psychosomatiques

- originaires, *Rev. Franç. Psychosom.* nr. 9, P.U.F., Paris, 1996, pp.15-33.
39. KREISLER, L., FAIN, M. et SOULE, M. *L'enfant et son corps*, P.U.F., Coll. «Le fil rouge», Paris, 1978 (1^{ère} éd.), pp.187-262.
40. LANOUZIERE, J. «Une tache blanche et des cornets couverts d'eschares»: du cancer comme métaphore à la maladie cancéreuse, in *Topique*, nr.32, l'Esprit du Temps, Paris, 1983, pp.99-121.
41. LAPLANCHE, J. La pulsion et son objet-source; son destin dans le transfert, In: *La pulsion pour quoi faire?* (ouvrage collectif), Débats, Documents, Recherches de l'Association Psychanalytique de France, Paris, 1984, pp. 9-24.
42. LAPLANCHE, J. De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée, in *Etudes Freudiennes*, nr.27, 1986, pp.7-25.
43. LAPLANCHE, J. *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, P.U.F., Coll. «Bibliothèque de Psychanalyse», Paris, 1987 (1^{ère} éd.), pp.16-83.
44. LAPLANCHE, J. *Entre séduction et inspiration: l'homme*, P.U.F., Coll. «Quadrige», Paris, 1999 (1^{ère} éd.), pp.33-158, pp.196-264.
45. LAUFER, M. et LAUFER, M.E. *Adolescence et rupture du développement – Une perspective psychanalytique*, P.U.F., Coll. «Le fil rouge », Paris, 1989 (1^{ère} éd.), pp.24-109.
46. LAUFER, M. et LAUFER, M.E. *Rupture du développement et traitement psychanalytique à l'adolescence – Etudes cliniques*, P.U.F., Coll. «Le fil rouge», Paris, 1993 (1^{ère} éd.), pp.128-200.
47. Le NESTOUR, A., APTER-DANON, G., HEROUX, C., MOURGUES, B. et PATOUILLOT-SLATINE, I. Parentalités limites et prises en charge thérapeutique, in: *La Psychiatrie de l'enfant*, 2007, L, 1, pp.125-177.
48. MARCELLI, D. *Les états dépressifs à l'adolescence*, Masson, Paris, 2000, pp.24-76.
49. MARCELLI, D. *L'adolescence, une métathéorie de l'esprit Adolescence*, 2005, p.50, p.4, pp.811-823.
50. MELTZER, D. et coll. (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*, Payot, Paris, 1980, pp.38-167.
51. MELTZER, D. Le conflit esthétique: son rôle dans le processus de développement psychique, *Psychanalyse à l'université*, 1988, p.13, pp.37-57.
52. PALACIO-ESPASA, F. *Dépression de vie, dépression de mort*, Erès, Coll.

- «La vie de l'enfant», Ramonville Saint-Agne, 2003, pp.48-72.
53. ROBERTSON, J. et BOWLBY, J. Responses of young children to separation from their mothers, *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 1952, nr.2, pp.131-142.
 54. ROUSSILLON, R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, P.U.F., Coll. «Quadrige», Paris, pp.63-143.
 55. SAMEROFF, A.J. et EMDE, R.N. *Les troubles des relations précoces*, P.U.F., Coll. "Le fil rouge", Paris, 1993 (1ère éd.), pp.216-242.
 56. SEARLES, H. *Le contre-transfert*, Gallimard, Coll. «Connaissance de l'Inconscient», Paris, 1979, pp.86-123.
 57. SPITZ, R. *De la naissance à la parole – La première année de la vie*, P.U.F., Coll. «Bibliothèque de Psychanalyse», Paris, 1979 (6^{ème} éd.), pp.33-87.
 58. STERN, D.N. *Le monde interpersonnel du nourrisson – Une perspective psychanalytique et développementale*, P.U.F., Coll. «Le fil rouge», Paris, 1989 (1^{ère} éd.), pp.22-76.
 59. TRONICK, E.Z., ALS, H., ADAMSON, L., WISE, BRAZELTON, S. & T.B. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction, *J. Amer. Academy Child Psychiatr.*, 1978, nr.17, pp.1-13.
 60. THOM, R. *Paraboles et catastrophes*, Flammarion, Coll. "Champs", Paris, 1983, pp.27-74.
 61. THOM, R. La théorie des catastrophes, In: *Apologie du Logos* (R. THOM), Hachette, Coll. "Histoire et philosophie des Sciences", Paris, 1990, pp.333-451.
 62. TUSTIN, F. *Autisme et psychose de l'enfant*, Le Seuil, Coll. «Points», Paris, 1977 et 1982.
 63. TUSTIN, F. *Les états autistiques chez l'enfant*, Le Seuil, Paris, 1986, pp.84-112.
 64. TUSTIN, F. *Le trou noir de la psyché – Barrières autistiques chez les névrosés*, Le Seuil, Coll. «La couleur des idées », Paris, 1989, pp.68-110.
 65. TUSTIN, F. *Autisme et protection*, Le Seuil, Coll. «La couleur des idées», Paris, 1992, pp.165-198.
 66. WIDLOCHER, D. *Les logiques de la dépression*, Fayard, Paris, 1983 (1ère éd.) et 1995 (2ème éd.), pp.74-96, pp.25-48.
 67. WIDLOCHER, D. *Métapsychologie du sens*, P.U.F., Coll. « Psychiatrie

- ouverte », Paris, 1986 (lère éd.), pp.44-87.
68. WINNICOTT, D.W. (1958) *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Coll. « Petite bibliothèque Payot », Paris, 1969, pp.58-76.
 69. WINNICOTT, D.W. (1965) *Processus de maturation chez l'enfant*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1974, pp.67-90.
 70. WINNICOTT, D.W. *La nature humaine*, Gallimard, Coll. «Connaissance de l'Inconscient», Paris, 1988 et 1990, pp. 36-52.
 71. xxx *Zero-To-Three*, NCCIP, Washington, 1994. Trad franç (par D. PARISE): Classification diagnostique de 0 à 3 ans, in: *Devenir*, 1998, 10, 2 (numéro spécial), Médecine et Hygiène, Genève, 1998.

DIMENSIONS CONTRE-TRANSFERENTIELLES DANS LA THÉRAPIE DES CONDUITES ADDICTIVES

Rodica Matei⁸

Résumé

Les conduites addictives sont une catégorie nosographique difficilement à aborder du point de vue de la psychanalyse classique. La capacité d'élaboration psychique du sujet étant déficitaire, l'association libre et l'accès aux interprétations de l'analyste se heurteront à des difficultés importantes au cours du travail analytique. La tendance du sujet de „pulvériser” les affects, qui se cristalliseront soit somatiquement, soit dans l'acte, fera que le principal but du travail analytique devienne le développement de la capacité d'élaboration psychique. Ce travail suppose une fusion symbolique dans la relation analytique, un investissement de l'espace analytique dans un espace corporel à deux, où il n'y a pas de différenciation. Dans cette situation, l'analyste se confrontera avec une série de réactions contre-transférentielles qui impliquent des processus primaires dans lesquels la neutralité prend une nouvelle dimension. Son narcissisme, ainsi que son

Abstract

Addictive behaviours are a nosographic category difficult to approach from the point of view of classical psychoanalysis. Due to the subject's poor capacity of psychic elaboration, free association and the access to the analyst's interpretations will encounter important obstacles during the analytical work. The subject's tendency to “pulverize” affects, which will be crystallized either in somatic or in act, will determine that the main scope of the analytical work will be to develop the subject's capacity of psychic elaboration. This work implies a symbolic fusion present in the analytical relationship and investing the analytical space seen as a bodily space for two, where there should be no differentiation involved. Under these circumstances, the analyst is likely to be confronted with a series of countertransferential reactions that involve primary processes in which neutrality gains a new dimension. The analyst's narcissism as well as his/her sense of identity will become

⁸Romanian Society of Psychoanalysis, rodi_matei@yahoo.com.

sentiment d'identité feront l'objet des attaques de la part du patient et la gestion du contretransfert peut devenir le point nodal du développement de la capacité de symbolisation psychique du patient. Je présenterai une série de vignettes cliniques qui illustrent le rôle des aspects contre-transférentielles dans le travail psychoanalytique des patients présentant un fonctionnement psychique addictif.

Mots-clés: conduites addictives, pulvérisation des affects, fusion symbolique, élaboration, espace corporel.

the object of the patient's attacks and the way in which the analyst copes with countertransference may become a crucial point for the development of the patient's capacity of psychic symbolization. We intend to present a series of clinical vignettes illustrating the role of the countertransferential aspects in the psychoanalytical work of the patients who present an addictive psychic functioning.

Key-words: addictive behaviours, affects pulverization, symbolic fusion, elaboration, bodily space.

La psychanalyse représente l'art de guérir la souffrance psychique par les mots. Souvent, la souffrance psychique est tellement profonde qu'elle ne puisse pas monter jusqu'au conscient, mais elle reste enracinée dans la couche la plus profonde de l'inconscient, le corps. Le corps représente notre première et, en même temps, notre dernière frontière. Alors, le sujet ne ressent pas la souffrance psychique, car elle ne monte pas aux frontières du conscient, ou si elle le fait, c'est par le biais du champ somatique, là où les mots n'ont pas suffisamment pouvoir. Également, nos mots n'amènent pas, pour le sujet avec ce type de fonctionnement, un soulagement, mais ils engendrent un mouvement des fantasmes tellement archaïques qu'ils sont enracinés dans le soma. Les mots semblent passer au delà du sujet, mais, en fait, il nous répond avec réactions somatiques ou avec des fantasmes concernant le corps. On pourrait dire que le continent somatique représente un territoire inconnu pour la psychanalyse et, pour cette raison, évité. L'expression du patient dans ce registre est souvent ignorée par le thérapeute, même si elle regarde les besoins les plus profondes et structurantes de la personnalité de celui-ci. Même si le corps représente le fondement de notre développement psychique et ses traces sont présentes dans notre entière vie affective, la technique psychanalytique ne l'a pas pris en considération, en se proposant même d'éviter l'interprétation de chaque

manifestation corporelle dans la relation thérapeute-patient. Quand même la relevance des réactions somatiques dans l'espace analytique ne doit être pas négligée, celle-ci étant, en certains cas, la seule modalité dans laquelle le patient puisse s'exprimer, son dernier cri de l'aide.

Les patients qui manifestent des comportements de type addictif, s'expriment souvent par le biais du corps, ou, par ce que j'ai nommé « la métaphore corporelle ». Ce type de patient va répondre aux interprétations avec des réactions somatiques au lieu de les élaborer. Ses associations vont regarder leur corps dans sa réalité physique, les rêves et les fantasmes vont regarder le registre corporel.

Dans la relation mère-bébé, le corps représente la seule réalité reconnue par la mère. C'est seulement à travers lui que l'enfant a réussi à se faire entendu par elle. Chaque fois que son corps a parlé, la mère a entendu. Alors le corps est resté pour le sujet addictif le seul espace transitionnel qu'il est arrivé à aménager. S'il y a des lacunes dans le processus de différenciation psyché-soma, dans la cure analytique, la régression pourrait concerner le corps et le besoin de séparation corporelle échoué. Les interdictions précoces qui viennent de l'inconscient de la mère peuvent se référer aux gestes, mouvements, expression d'émotions et marquent le fonctionnement mental du bébé. Il va renoncer à certains aspects de sa personnalité, sentiments, pensées ou zones corporelles. Pour qu'il soit capable de renoncer à ce type d'investissement du corps, il est nécessaire, dans la cure, de lui offrir un autre espace qu'il puisse investir. Un espace à lui, mais où il ne se sent pas abandonné par l'autre. Un espace où il y a de la place pour deux. Pour le patient somatisant, tant que pour celui qui a un fonctionnement addictif, cet espace sera au début l'espace même de la séance. Cet espace sera vécu par lui comme un corps proprement dit, où chaque élément a un rôle vital dans le fonctionnement de la relation analytique. Mais un espace où les émotions ne savent pas trouver leur place et où leur expression risque de mettre en danger toute la relation analytique.

Mijolla et Shentoub par exemple, remarquent l'impossibilité de la rencontre avec l'alcoolique, car le thérapeute n'est que « le vecteur d'une élaboration impossible, épargnée par l'alcoolisation » [5]. Certains auteurs,

comme McDougall, regardent ces symptômes comme des tentatives infantiles d'auto guérison, comme solutions à une douleur mentale insupportable. Dejours aussi, relève le rôle symbolisant de certaines somatisations, surtout apparues dans le cours du travail analytique [2]. Celles-ci s'inscriraient, selon cet auteur, dans un mouvement de réorganisation et de reprise du processus de mentalisation. Par ces « somatisations symbolisantes », le corps malade ouvrira la voie des conflits psychiques vers la représentation mentale. En tenant compte de la psychogénèse des comportements addictifs, la douleur subjacente aux symptômes corporels trouve son origine dans les plus précoces étapes de développement du psychisme, étapes dans lesquelles les mots n'existaient pas comme moyen d'élaboration psychique. L'angoisse devant le renoncement aux symptômes addictifs ou somatiques est plus intense car la capacité d'élaboration psychique du Moi risque à être débordée face aux mouvements psychiques. De même comme dans la première enfance, le corps est là pour contenir les tensions psychiques qui paraissent sans limites à l'individu. Le patient qui manifeste de tendances addictives va régresser à un stade archaïque de fonctionnement psychique, stade dans lequel la seule voie de la décharge de la tension psychique était celle somatique. Pour cette raison, dans la thérapie des conduites addictives, il est nécessaire à accorder toute l'attention aux manifestations somatiques ou aux symboles corporels qui apparaissent.

Si, dans la cure analytique, la réactivation des traumatismes archaïques engendra leur expression dans le registre corporel, le rôle du thérapeute se révèle ici d'une grande importance, en ce que concerne le besoin de séparation corporelle, qui va s'exprimer en rapport avec l'espace analytique, même l'espace physique de la séance. La capacité de symbolisation faisant défaut, le processus va se reprendre en rapport de la personne de l'analyste. L'analyste doit contenir dans un premier temps ce mouvement fusionnel, et ensuite, introduire petit à petit le patient dans l'univers symbolique qui permettra la séparation. L'analyste va nommer les affects, il va aider le patient à construire des représentations des événements signifiants. Ils font ensemble un travail de structuration psychique et d'introjection des fonctions maternelles.

Au fur et à mesure que ce processus s'opère, l'individu entre dans

l'univers de la parole et il pourra désinvestir le corps, ou l'objet de l'addiction en tant que représentant de la mère rassurante. La capacité de représenter la mère rend compte de la structuration de la psyché et donne à l'enfant la possibilité de remplacer les manifestations corporelles par les paroles. Ainsi il entre dans l'univers du langage et il aura accès à la fonction symbolique de celui-ci. La séparation affective et corporelle a lieu à travers le langage. Si la mère ouvre à son enfant la porte de cet univers symbolique, elle lui offre un espace transitionnel où ils pourraient se retrouver tout en restant séparés.

Brelet-Foulard dans son article « La rencontre avec l'alcoolique: le mal compris », montre que:

« ... l'alcoolique ... demande à être écouté également aux autres niveaux que celles psychiques! Somatique, et, sans doute relationnel, et certainement social ... Mais les mots qu'il (le psychanalyste) lui a à dire, l'écoute du psychique de l'alcoolique ... donnent un contour ferme à la rencontre. »

Elle relève aussi les lacunes narcissiques de l'alcoolique qui font qu'il se retrouve avec nous dans une relation en miroir qui a comme spécifique la circularité, dans le sens d'une compensation de l'état de l'autre, dans une communication symbiotique.

En parlant de patients fragiles du point de vue narcissique, McDougall remarque certaines particularités cliniques, qu'on a rencontrées dans les cas présentés ci-dessus [4]. Ces patients ne font pas la distinction entre leurs fantasmes sur les pensées et vécus de l'analyste et la réalité psychique de celui-ci. Le sentiment du soi corporel et psychique fait défaut et le patient aura besoin de fusionner avec un autre pour se sentir vivant. Dans ce mouvement, l'autre perd son autonomie et il est vécu comme une extension du patient.

Du point de vue affectif, ce type de patient met les affects en dehors de la psyché par un travail de „désaffectation”. Tout échange affectif avec l'autre le fait sentir qu'il perd ses limites du soi corporel et psychique. C'est dans le champ du corps qu'il se sent en toute sécurité à exprimer ses mouvements libidinaux. La crainte de mort psychique sous-tend tout échange affectif avec l'autre. La solution addictive est, parmi autres comme

la pathologie narcissique, borderline ou psychosomatique, la conséquence de l'impossibilité de se sentir un être distinct et séparé.

Dans la cure analytique des patients qui manifestent comportements de type addictif, j'ai pu observer une série d'éléments spécifiques qui influencent tant le cadre analytique, que le transfert et le contretransfert. La réactivation d'un mode de fonctionnement archaïque va marquer la relation analytique, faisant que le transfert se joue dans le registre somatique et corporel.

L'aspect le plus signifiant consiste dans la difficulté, même l'impossibilité du sujet d'associer libre, de parler de ses vécus. Pour cette raison, l'angoisse est souvent débordante, en bloquant toute communication. Le discours du patient devient impersonnel, en se référant aux événements apparemment neutres, sans liaison apparente avec soi même. Il va exprimer ce qu'il ressent aussi par le biais soit des objets qu'il amène dans la séance, soit de son corps. On retrouve aussi une angoisse intense qui s'exprime par le besoin de la fusion avec l'analyste, de se sentir proche de lui, de connaître sa vie privée.

Ces demandes du patient envers le thérapeute acquièrent l'intensité d'un besoin primaire, qui met en danger l'alliance thérapeutique et même le travail analytique si le cadre s'avère trop rigide. Dans ce moments du processus analytique il est nécessaire de travailler en nous accordant au rythme et à la capacité d'expression du patient, en gardant la neutralité, mais en apprenant de lui comment peut-il être aidé.

« Il est reconnu que, dès sa naissance, la psychanalyse, dans le sillage de Freud, à privilégié le rôle du langage dans la structuration de la psyché et dans la cure psychanalytique. Mais il existe d'autres voies de communication que le langage. » (McDougall, *Théâtres du corps*, p.22) [4, 6].

Le discours du patient, ainsi comme ses acting dans la séance ou en dehors, nous transmettent d'une manière codifiée, ses sentiments et ses vécus inconscients. Ce fait n'est pas nouveau, mais ce qui constitue la spécificité des patients addictifs c'est le registre corporel dont cette codification a lieu. Ce type d'image implique soit parties du corps, soit sensations corporels, soit fantasmes concernant le fonctionnement corporel. Mais il s'agit d'un corps fantasmé, ou érotise dans le terme de Dejours, et

pas d'un corps dans sa réalité matérielle, et ce pour cette raison qu'on parle de la métaphore corporelle. Les manifestations des phénomènes psychosomatiques dans la cure analytique révèlent l'absence de liens verbaux avec les fantasmes sous-jacents, ainsi comme en trouve dans les symptômes névrotiques.

L'analyste aura la mission de gérer l'espace analytique d'une manière dont il y aura place tant pour le besoin fusionnelle du patient, que pour sa besoin de différenciation. L'espace analytique sera vécu par le patient comme le corps-univers maternel, avec lequel il ressent le besoin de fusionner dans une première étape, pour pouvoir ensuite se séparer sans avoir le sentiment de le détruire ou d'être détruit.

En ce que concerne le transfert, Brelet-Foulard relève la place que l'analyste occupe dans l'économie du sujet alcoolique: il va se substituer à l'alcool et la relation analytique sera marquée de la toxicomanie de l'objet. L'alcoolique, montre Brelet-Foulard, développe une véritable réaction thérapeutique négative, marquée par idéalisation massive et ambivalence. L'alcoolique, et tout addictif, va attaquer l'activité de pensée, il refuse chaque interprétation avec haine. Par contre, il essaie à reconstruire les zones psychiques défaillantes en utilisant l'identification projective, par une relation thérapeutique qui fonctionne selon le principe des vases communicantes [1].

Du point de vue contre transférentiel, l'analyste pourra se confronter avec des sentiments d'impuissance ou culpabilité, liés à l'apparente incapacité d'aider le patient par les moyens classiques de la psychanalyse, surtout les difficultés d'établir le cadre, à cause de la faible capacité du patient de tolérer la frustration et de s'adapter aux demandes du cadre.

« Le fait que la signification du surgissement des phénomènes psychosomatiques échappe souvent à l'analyste est parfois considéré comme un affront narcissique et peut conduire certains analystes à penser que les problèmes psychosomatiques devraient être traités ailleurs, que nos efforts devraient se limiter à ce qui est psychologique et capable d'être verbalisé. » (McDougall, *Théâtres du corps*, p.22) [6].

On s'identifie avec la souffrance du patient, comme nous dit Brelet-Foulard, en essayant à le soutenir, en attendant que la relation

thérapeutique se lie, en luttant contre la pulsion de mort [1]. En même temps il faut que l'analyste puisse survivre à cette période qu'elle nomme glacière en attendant que les mots accomplissent leur travail. L'analyste pourra sentir comme un affront narcissique le surgissement des phénomènes psychosomatiques pendant la cure, si leur signification lui échappe. Il va se défendre en pensant que les problèmes psychosomatiques devraient être traités ailleurs, que nos efforts devraient se limiter à ce qui est psychologique et capable d'être verbalisé.

Comme la relation avec le langage est court-circuitée chez ces patients, ils vont ressentir comme douloureuse la mise en paroles de leurs émotions inconscientes. En ces conditions il revient au thérapeute le rôle de donner du sens aux phénomènes corporels, d'amener les paroles là où il n'existe que la réaction organique. Face à cette incapacité du patient d'élaborer et de fantasmer, l'analyste peut ressentir de sentiments de confusion, angoisse, impuissance. Il arrive à ressentir la détresse et la douleur du petit enfant, que le patient ne se permet pas de revivre.

Gisèle Harrus Révidi, dans son livre « *Psychanalyse des sens* », montre comment, dans une transgression du cadre analytique traditionnel, l'analyste met son corps, ses sens, à la disposition de l'analysant, dans des moments où la verbalisation rencontre ses limites. Il y a des moments où l'analyste doit emprunter son espace corporel, ainsi comme il le fait habituellement avec son espace affectif et son espace mental, pour aider le patient de nommer ou renommer ses perceptions. L'analyste, pour aider le patient de trouver sa réalité perceptive, devra mettre en scène, dans le réel, son corps, ses sens. Le patient aura besoin de la réalité de l'autre, l'analyste, pour retrouver une identité entre ses sens et son psyché, pour recréer une cohésion psychosomatique perdue [2].

L'accès aux mots est bloqué pour les personnes pour lesquelles le holding et handling ont fait défaut. Alors ils cherchent à reprendre le processus de la séparation en recréant la fusion primaire, où la mère et le bébé ont un corps pour deux, et c'est elle qui nomme ce que le bébé ressent. Gisèle Harrus Révidi parle d'un « *détournement sensoriel* » là où le sens que la mère donne aux perceptions et aux besoins de l'enfant est faux. Par l'étayage, les processus affectifs seront élaborés à partir de l'expérience sensorielle, et l'expérience affective sera liée à l'expérience sensorielle en

éloignant le sujet de sa propre réalité. Le langage peut assurer la liaison entre sensoriel et affect et là où il fait défaut, là où les mots ont donné un faux sens aux expériences sensorielles archaïques, le patient ne peut recourir qu'aux moyen d'expression qui font partie de l'univers de la réalité. Soit ils utilisent des objets qui font partie de l'espace analytique, soit ils amènent des objets dans l'espace analytique, soit ils utilisent leurs propre corps pour réveiller en nous ce que s'est passé avec eux et ils ne sont pas capable même de ressentir. Gisèle Harrus Révidi parle ici de la nécessité d'un handling réparateur dans le processus thérapeutique, handling symbolisé par un acte qui ne puisse faire partie que du réel [2].

L'analyse classique n'autorise que l'écoute, en s'interdisant l'approche de tout autre sens. Mais il y a des moments en analyse où des traumatismes archaïques sont réactivés et l'aire transitionnelle ne puisse être créée que en passant par le réel, soit par le réel du corps de l'analyste, soit par le réel de l'espace analytique. Si toute autre réalité extérieure n'est pas accessible, le sujet n'a à la disposition que le réel de son propre corps par lequel il va essayer à s'exprimer. Alors l'analyste doit mettre au travail tous ses sens, le voir, le goût, le touché, l'olfaction pour comprendre ce que se passe dans le patient. L'espace analytique sera vécu comme un espace transitionnel, un espace qui n'est ni dedans, ni en dehors de la psyché. Les limites matérielles de cet espace sont le corps du bébé-patient et celui de la mère analyste. Dans cet espace il y a des moments où le patient peut amener des phénomènes transitionnels qui tiennent du corporel, des bruits, des odeurs, des gestes, comme s'il aurait besoin de se faire reconnaître par son corps aussi. Il a besoin de partager avec son analyste le plaisir de sentir son corps vivant, mais aussi d'exprimer par cette voie des affects archaïques, comme l'amour, la haine, la terreur.

L'analyste devra utiliser sa capacité de retourner à un mode de fonctionnement archaïque pour pouvoir entendre ce que le patient ressent, et entrer en contact avec lui. Si l'analyste n'est pas capable de se confronter avec ses expériences archaïques il ne pourra que ressentir le vide de l'autrui, ayant un sentiment d'impuissance et de frustration. Alors il doit faire appel à son corps, à ses vécus corporels, aux traces sensorielles archaïques.

Ce que je propose c'est de penser une autre manière de comprendre et

d'élaborer ce que le patient amène dans la relation analytique. Une fois que le sujet arrive à investir le thérapeute, on s'engage sur un chemin qui descend vers de territoires où les outils thérapeutiques paraissent au delà des coordonnées psychanalytiques. Mais ils ne sont pas, ils doivent seulement changer du registre. Il faut ici nous demander que soit ce que constitue l'essence du processus psychanalytique. Ce n'est pas l'interprétation, l'élaboration. Ceux-ci représentent des moyens par lesquels on réalise le phénomène thérapeutique central, notamment la communication maîtrisée par l'analyste de l'inconscient à l'inconscient, la rencontre entre deux êtres, dont l'un prend le rôle de guide sur le chemin vers le Soi-même de l'autre. Ce but peut demander, surtout dans le cas des conduites addictives, des moyens techniques spécifiques, que je vais essayer à crayonner ici.

« La question de la causalité se complique avec la nécessité de distinguer entre les causes de l'actualisation du symptôme et son origine dans les premières transactions entre mère et nourrisson et leur effet sur l'organisation et la structuration de la psyché. » (McDougall, p. 37) [4].

Cette transaction va se reprendre entre patient et l'analyse-mère, y compris l'espace analytique, la relation analytique, la personne de l'analyste. Mon hypothèse est qu'au lieu de jouer le conflit dans son corps, l'individu va essayer d'aménager l'espace analytique pour contenir ses angoisses archaïques.

Les patients qui n'ont pas accès à la parole, ont la tendance de recourir à une expression plus concrète, plus matérielle de la tension psychique. Il semble que ce type de patient a vécu l'interdiction de quitter le corps de la mère, de se séparer. Cette interdiction vise la façon même de sentir et de vivre son propre corps. Dans l'inconscient, le sujet ne ressent pas qu'il a droit à un corps à lui, pour lui. Il ne ressent pas que son corps lui appartient. Son corps est la propriété de la mère, dans le fantasme. Alors il va « parler » soit à travers le fonctionnement corporel, soit à travers les métaphores concernant le corps. Le psychotique va utiliser le corps comme code dans son discours, le sujet somatisant va s'exprimer par le corps même, par un fonctionnement somatique « autistique ». Ces dernières sujettes se sentent psychiquement plus soulagés pendant les périodes de maladies somatiques, car ils arrivent, en fin, d'exprimer tout ce qu'ils n'ont

pas pu élaborer.

La façon dont ce type de patient aménage le cadre fait que le travail analytique se déroule différemment par rapport à la cure des sujets qui ne somatisent pas. Le cadre même est investi comme un corps vivant, le corps de la mère, désiré et rejeté en même temps. Le sujet ressent inconsciemment des désirs fusionnels et des angoisses d'annihilation par rapport au cadre. Le transfert rends compte lui aussi de ce besoin de fusion-séparation. McDougall parle d'un transfert osmotique, dans lequel le patient se sent un avec le corps et le Moi de l'analyste, comme si il n'y avait pas de limites entre lui et l'analyste [6].

L'espace analytique doit fonctionner, avec ce genre de patients comme un espace potentiel, ou le sujet peut se sentir libre d'aménager son univers. Le cadre doit être assez flexible en ce qui concerne les modalités d'expression que le patient utilise. L'analyse doit aider des tels sujets à tolérer leurs émois, elle doit les apprendre qu'il n'est pas interdit ou dangereux de fonctionner psychiquement. Le sujet a besoin de sentir qu'il y a de la place dans l'espace analytique pour ses peurs, rages et finalement ses joies et ses silences. Mais pour arriver à cela, il va mettre en question chaque élément du cadre, y compris la neutralité de l'analyste.

Chaque comportement addictif est destiné à aider le sujet de mettre un écran sur des sentiments qu'il ne sait pas supporter et élaborer. Ces sujets ne sont pas investis par les parents comme personnes séparées, mais comme parties d'eux-mêmes. Alors, dans la cure analytique ils vont essayer, dans un premier temps, à recréer cet espace où il n'y a pas de la place que pour un. Si dans un moment l'individualité de l'analyste ou du patient se fait sentie, le patient peut vivre ce fait comme une menace de mort, et donc peut se sentir attaqué et en danger. En même temps, la seule voie de se guérir c'est celle de la séparation et de confrontation avec ses sentiments les plus angoissantes. L'analyste doit aider le sujet à trouver le chemin vers les mots pour contenir et élaborer les conflits les plus archaïques et pour s'éloigner de la voie de la somatisation ou de l'addiction. Le cadre analytique doit résister aux affects les plus intenses du patient, et l'analyste doit prouver que son narcissisme n'est pas menacé par celui du patient, qu'il n'est pas si fragile comme celui de sa mère. Les sujets

qui, confrontés à des situations chargées d'affects intenses, ont la tendance de fuir et de nier leur sentiments et de recourir à des comportements addictifs, sont des sujets qui, en pulvérisant l'affect, ont un sentiment de vide, de mort psychique. Ce videment est mené à assurer la survie psychique, en manque de la fonction de pare-excitation, qui fait défaut à ce sujets. L'analyste ressent ce sentiment de mort interne, et dans son contretransfert peut se sentir impuissant, annulé et, d'autre part, si il essaie de se faire écouté, menaçant pour le patient. L'autre joue le rôle du « self-objet » que Kohut décrit [3]. Il est un objet à manipuler, à attaquer, à maîtriser aussi comme les choses se passent entre le bébé et l'objet transitionnel. Mais, les personnalités addictives n'ont pas pu intérioriser l'objet, ainsi qu'ils n'ont que des objets transitoires, qui sont contingents et éphémères. Tant que l'objet est là pour soulager, les sujets se sentent réconfortés, si l'objet n'est plus présent, le sentiment de vide revient.

Pierre Noaille souligne le fait qu'un tel patient, opposé au model freudien, nous pousse au limites de la neutralité, de l'attitude interprétative, vers le maternage, l'intersubjectivité, l'affect, le corporel, le sensoriel. En étant aux limites de l'interprétables, le psychanalyste est mis dans la position de comprendre un autre registre d'expression, dont le contenu n'est pas forcément interprétable, mais surtout doit être toléré, contenu. Un tel patient doit sentir qu'il ne provoque ni terreur, ni dégoût, ni rage dans l'analyste, que ses besoins ne sont trop pour lui. Ainsi il se produit une « métabolisation de l'altérité », nécessaire pour pouvoir ensuite trouver les mots et les investir. Alors l'analyste doit supporter différentes positions transférentielles même s'il les ressent comme une menace à sa propre subjectivité.

Searles montre que, pour construire un Moi plus indépendant chez le patient, le transfert doit passer par deux étapes [8]:

- la symbiose pathogène, avec les gratifications et les terreurs spécifiques au stade symbiotique
- ensuite la symbiose thérapeutique à partir de laquelle le patient arrivera à l'individuation.

Searles attire en même temps l'attention sur le piège de rendre responsable, pour les sentiments trop intenses du patient, le transfert de l'image des parents persécuteurs sur la personne de l'analyste. L'analyste

devra prendre contact et maîtriser ses mouvements affectifs et surtout reconnaître le noyau de réalité dans la relation analytique [8].

On retrouve chez ce patients une fuite dans le réel et dans le concret. Le transfert n'a pas lieu dans le registre affectif, mais il se manifeste par les biais des perceptions concrètes, matérielles et corporelles du thérapeute et du cadre. Pour illustrer, je vais présenter la réponse d'une patiente à une interprétation que je lui avais donnée.

Anne raconte un rêve dans lequel elle trouve dans une armoire une pilote qui était bordée avec de fil de fer barbelé. Quand j'interprète que cette pilote puisse représenter son désir d'être contenue et réchauffée par moi et exprime aussi peur d'être heurtée par moi, Anne répond que je ne peux pas l'envelopper comme une pilote parce que mes os ne sont pas flexibles.

On a à faire ici avec la même fuite et intolérance envers le monde interne. Les sentiments de tels patients envers moi sont liés de mon état présent, de mon statut d'analyste qu'impose des limites à la relation. Ils ne peuvent pas utiliser l'espace analytique comme espace de jeu, de création. Dans la relation analytique il n'y a place pour « comme si », les interprétations du transfert engendrent en eux angoisse et le sentiment de perte de limites entre nous.

Chez Anne j'ai pu constater sa difficulté de séparer la réalité affective de celle corporelle. La douleur psychique n'a pour Anne qu'une connotation corporelle, dont elle décrit les manifestations en détail. Son corps est celui qui recevra les mouvements affectifs, mais il est en même temps vidé de tout sens physiologique. Anne est immune à toute douleur et besoin physique. « Je suis capable de pulvériser toute sensation physiologique. J'ai mal et si je veux, le mal disparaisse, j'ai soif et boom, je fais la disparaître. »

Son corps est devenu le seul univers où il y a de la place pour ces affects. Cette réalité fait qu'il lui est impossible d'utiliser l'espace analytique, qui lui suscite angoisse et le sentiment du vide. Dans notre travail analytique je me suis centrée sur ce mouvement de refuge dans son corps de tout affect. J'ai mis en mots ses affects qu'elle exprimait par le biais du corps dans l'ici et maintenant, en relation avec moi, avec la manière

dont elle me perçoit et aussi en lui rendant compte de ce qu'elle suscite en moi, de ma position envers ses angoisses, ses attaques, ou l'expression de ses besoins. Ainsi elle a pu sentir l'espace analytique comme un espace de jeu et négociation et renoncer à l'expression corporelle pour se manifester dans la relation analytique. Le travail analytique classique est rendu impossible par son incapacité à s'exprimer et le refus violent des moments de contact affectif avec moi. Dans ces moments l'interprétation était ressentie par elle comme un attaque, comme étant étrange et, surtout, comme faisant intrusion dans son monde interne. Mon contretransfert à ses réactions si intenses, c'était de me sentir maladroite, insensible, mais aussi abusée. En fait elle revivait en relation avec moi les souffrances produites par sa mère et aussi me faisait sentir ces souffrances. Sa mère attaquait ses réussites ainsi comme Anne attaquait mes interprétations réussies. En lui relevant cette répétition défensive, on a ouvert une voie vers sa sexualité et les abus de son enfance, qu'elle a pu lier des ses symptômes présents, en commençant ainsi la psychanalyse.

Anne, sentait que ses mots n'arrivent pas à moi, comme s'ils ne pouvaient pas être entendus au delà des murs de son corps. Elle a le fantasme qu'elle est une petite fille, fermée dans un corps vide et trop grand pour elle, ainsi que, pour me voir, elle doit sauter pour arriver à regarder par la fenêtre de ses yeux. Anne demande souvent:

« Vous m'entendez? Vous comprenez? Vous me voyez? »

Souvent elle ressent que je l'étouffe, que je mets un mur autour d'elle.

Parmi les signifiants qui opèrent dans l'espace psychanalytique, au delà des représentations de choses et des représentations de mots, il est nécessaire à inclure, nous montre Green, l'affect, les états corporels et l'acte. Chez l'addictif, le processus de représentation n'a pas réussi à arriver jusqu'à la représentation de mots. Il utilise donc, des modalités spécifiques de représentation et il essaie à les intégrer dans l'espace analytique. Dans le transfert, l'analyste est mis à l'épreuve de les reconnaître et il doit essayer à aider le patient de les mettre en mots.

REFERENCES

1. BRELET-FOULARD, F., CHABERT, C. (2003). Nouveau Manuel du TAT. Approche psychanalytique. Paris: Dunod.
2. DEJOURS, C. Le Corps d'abord, Collection: Petite Bibliothèque Payot, Payot Paris, 2003, pp. 24-33.
3. HARRUS-REVIDI; G. (2000). Psychanalyse du sens, Payot, Paris, 2009, pp. 37-65.
4. KOHUT, H. (1991). Analyse et guérison, P.U.F., Paris 1991, pp. 75-102.
5. MARINOV, V. (2005). Joyce McDougall, Francoise Brelet-Foulard, Pierre Noaille, Antonio Francisco Mendes Pedro, Anorexie, adicții și fragilități narcisice, Editura: Trei, Biblioteca de psihanaliză, Bucarest, 2005, pp. 23-46, pp. 78-81, pp. 99-107, pp. 165-168, pp. 189-210.
6. MIJOLLA, A., S. SHENTOUB, A. (1990). Pour une psychanalyse de l'alcoolisme Payot, Paris, 1990, pp. 48-61.
7. McDOUGALL, J.(1989) Théâtres du corps, le psychosoma en analyse, Gallimard, Paris, 1989, pp.18-40, pp.87-114.
8. SEARLES, H., (1981), Le contre-transfert, Gallimard, Paris, 1981, pp.48-62.

DISCONTINUITES DANS LE REGISTRE METAPHORIQUE

*Brîndușa Orășanu*⁹

Résumé

L'article aborde la problématique du langage métaphorique dans le discours des patients qui présentent une symptomatologie polymorphe, qui comprennent des manifestations psychosomatiques et addictives. La réflexion s'appuie sur les perspectives de D. Anzieu sur le moi-peau, de F. Marty sur la pensée opératoire et de De M'Uzan sur le registre de la métaphore dans la cure. En partant de l'illustration clinique de la communication de R. Matei¹⁰, on arrive à l'hypothèse que les « fractures » contre-transférentielles dans l'identité de l'analyste correspondraient aux zones de fracture dans le discours métaphorique de l'analysant.

Mots-clés: métaphore, concret, pensée opératoire, contre-transfert, associativité, moi-peau.

Abstract

The article approaches the issue of metaphoric language in the patients' discourse, that have a polymorphic symptomatology, including psychosomatic and addictive manifestations. This reflection is supported by D Anzieu's perspectives on skin-ego, F. Marty's view concerning operative thinking, and De M'Uzan's metaphor in cure. Based on the clinical illustration in R. Matei's paper, the hypothesis according to which countertransferential « fractures » in the analyst's identity would correspond to fractured areas in the analysand's metaphorical discourse settles into shape.

Keywords: metaphor, concreteness, operative thinking, countertransference, associatedness, skin ego.

⁹ Université Titu Maiorescu, Bucarest, obrindusa@yahoo.com.

¹⁰ Voir l'article de R. Matei, p. 46.

Le rêve d'Anne

Je remercie Rodica Matei d'avoir rapporté, comme elle l'a déjà fait dans d'autres communications cliniques, un rêve extraordinaire. L'une de ses patientes, Ana, rêve qu'elle *trouve, dans une armoire, une couette ourlée de fer barbelé*. A l'interprétation selon laquelle *la couette représenterait le désir d'être protégée et réchauffée par l'analyste, et qu'elle aurait peur de ne pas se faire blesser par celle-ci*, Ana lui répond: *m'analyste ne peut l'envelopper comme une couette, puisque ses os ne sont pas flexibles*.

La même patiente a, dans un autre moment, le fantasme qu'elle *est une fillette renfermée dans un corps grand et vide, à l'intérieur duquel elle doit sauter, afin d'arriver jusqu'aux fenêtres des yeux et voir son analyste*.

Enfin, un autre fantasme est celui que *cette dernière la suffoque, en mettant un mur autour d'elle*.

Couverture et moi-peau

Il y a dans toutes ces trois « métaphores corporelles » selon l'auteure, l'idée de *couverture*. Dans le cadre de la métaphore, l'enveloppe, au lieu d'accomplir sa tâche de protection, au contraire, vient transgresser les fonctions corporelles: le réglage thermique (couette avec épines), le mouvement (corps-prison) et la respiration (mur suffoquant). Traduites en fonctions psychiques, elles se réfèrent aux échanges avec les objets externes, y compris à la communication verbale.

Didier Anzieu, avec sa notion de *Moi-peau* (Anzieu, 1974) [3], a montré que le rôle d'une telle instance est celle de protection, contenance/intégration et de différenciation entre dedans-dehors ou réel-imaginaire. La formation du *Moi-peau* se fonderait sur l'expérience corporelle précoce, de toucher avec le corps maternel ou de contact avec celui-ci par l'intermédiaire d'autres modalités sensorielles. La pathologie du *Moi-peau* est constituée de ruptures à travers lesquelles des éléments psychiques qui ne peuvent plus être contenus, arrivent à l'extérieur, puisque la double couverture représentée par le *Moi-peau* se retourne vers le dehors.

Dans un commentaire d'Anzieu faisant référence à une cure qu'il supervisait (la cure de « madame Oggi ») on met en évidence des

problèmes similaires à celles décrites chez Ana: séparation impossible du corps maternel, corps que le sujet cherche chez l'analyste avec lequel « il essaie de retrouver une chaleur et un contact physique – mais pour ceci, il doit créer une peau commune avec celui-ci », puisque son Moi psychique n'est pas bien différencié du Moi corporel (Anzieu, 1979, p. 194) [4].

On voit, dans le rêve avec la couette et dans les fantasmes avec le mur d'Ana, comment ce qui apparaît sous la forme d'une couverture, ou d'une surface corporelle, a une appartenance indécise entre le sujet et l'objet du transfert maternel. La couverture, réduite à un objet inanimé, est sur le point d'être ranimé par l'interprétation de l'analyste, interprétation qui est apparemment rejetée par une négation, mais qui, en fait, produit une ouverture vers un autre registre. Ana relie, par sa réponse (le corps maternel ne peut la couvrir puisque ses os sont rigides), l'impuissance de l'analyste à l'élément destructif du toucher corporel et à l'ambiguïté de sa localisation, soit dans son intérieur propre, soit à l'interface avec le corps de l'autre ou à l'intérieur de l'autre. Dans le rêve, le fer barbelé limite la « peau » vers l'extérieur. Mais dans la réponse à l'interprétation, elle réapparaît à l'intérieur du corps de l'autre, sous forme d'os qui, en essayant de couvrir le Moi d'Ana, étant donné qu'ils sont « rigides », ne peuvent que se fracturer en prenant la forme de l'autodestruction.

Il s'agit de plus qu'une image en miroir, puisque, chez Ana, rien n'est bien délimité ou stable, exactement comme dans la discussion d'Anzieu sur Mme Oggi: le Moi-peau se présente comme une structure similaire à la bande de Moebius, où la face interne devient, par pliage, face externe et vice-versa, à l'infini (Anzieu, 1979, p. 203) [4].

Une telle image terrible rend compte de la souffrance de ces patients qui « ne peuvent pas penser à ce qui leur arrive » (Anzieu, 1979, p. 203) [4]. Elle rend compte, également, du contre-transfert de l'analyste, marqué par les discontinuités identitaires. Dans la perspective de Michel de M'Uzan, dans la pathologie de l'addiction et de la dépendance, les *fractures* contre-transférentielles dans le sentiment d'identité de l'analyste – pour prolonger la métaphore corporelle d'Ana – correspondrait, chez l'analysant, à une lésion dans le sentiment profond de la continuité et de l'unité de son existence. De M'Uzan montre qu'une telle carence dans le *tonus identitaire de base* provoque, à l'âge adulte, une sorte de « dette

économique », dont la nature quantitative produit un état de manque: le sujet devient « un esclave de la quantité manquante », situation qui exige une contribution extérieure (de M'Uzan, 2004) [6].

Symptomatologie polymorphe et caractère concret

Dans la communication de Rodica Matei il y a une symptomatologie polymorphe où l'addiction cohabite avec des manifestations psychosomatiques. C'est normal, si l'on pense que les deux ont comme moyen d'expression le corps, dans des langages différents, et qu'elles introduisent dans l'équation l'autoconservation. La psychosomatique a bénéficié de la contribution de P. Marty, avec sa théorie sur la pensée opératoire. Celle-ci produit dans l'analyse un discours factuel, lié au concret, au réel, au tangible, à l'actuel, discours nettement différent du discours associatif ayant des valences fantasmatiques et d'élaboration (Marty, 1980) [11].

On a avancé l'hypothèse qu'un tel surinvestissement du réel de la pathologie psychosomatique serait une défense contre l'irruption de l'hallucination dans le cadre de la réalité (de M'Uzan, 2007) [7]. Ici, l'absence de la métaphore alourdit le travail analytique. On pourrait dire: le concret tue la métaphore, à la différence du langage dans la névrose obsessionnelle, où l'abstrait tue la métaphore.

Dans *l'Interprétation des rêves*, Freud démontre, tout en se référant au caractère figuré dans les rêves, que le langage figuratif facilite les associations grâce au caractère concret de ses termes, qui le rapproche de l'origine de tout langage – l'acte (Freud, 1900, pp. 322-323) [8].

Et alors, où précisément, sous quelle forme et en quelle « quantité » le caractère concret devient-il utile dans l'association et l'élaboration ou, au contraire, opératoire dans le sens décrit plus haut? (Klein soutenait que tout fantasme inconscient a un caractère concret). Dans les troubles alimentaires, le sujet confond l'ingestion avec l'incorporation ou avec l'introjection. Plus encore, on a déjà écrit sur la confusion entre le fantasme d'incorporation et le processus d'introjection (Abraham, Torok, 1974) [1]. Le caractère concret, il paraît, est utile à l'analyse tant qu'il reste à l'intérieur de la métaphore et peut « glisser symboliquement d'une représentation à une autre » (André,

1999) [2], sans sortir dans un autre registre en tant que réalité ou en tant que sens.

Ce que l'on trouve dans l'exposé de Rodica Matei correspond à ce qu'on a décrit, à tour de rôle, dans la pathologie de l'addiction, dans la psychosomatique et dans les états limite: une difficulté à avoir un discours associatif ; un manque de réceptivité face à l'interprétation, la mise à l'épreuve du contre-transfert, qui est marqué par le sentiment de l'impuissance et d'un malentendu douloureux, voire même secoué dans son identité, comme dans le cas d'Ana. Il peut y avoir des attaques non seulement sur la pensée de l'analyste, mais également sur l'action du mental, de liaison et de synthétisation.

Du point de vue étiologique, on a supposé une carence existentielle, un déficit d' « être » qui passe soit par une carence du mécanisme de clivage qui permet la discrimination (de M'Uzan, 2004) [6], soit par le développement insuffisant du Moi-peau. Celui-ci est une couverture-filtre discriminant entre les différentes qualités sensibles: interne-externe, mou-rêche, vertical-horizontal, proche-distant, clair-sombre etc., puis entre les états psychiques associés (plaisir-douleur) et les processus correspondants: conteneur-contenu, sur stimulation-retrait, éloignement-fusion etc. (Anzieu, 1979) [4].

Registre métaphorique et langage opérateur

Par rapport au lien entre le discours associatif et l'action du mental, de M'Uzan souligne l'importance du registre *métaphorique* dans la possibilité du discours associatif, qu'il oppose au discours opérateur. En partant de l'idée d'un continuum défini par la complication progressive du travail psychique, il propose « un continuum de *l'accentuation de la capacité métaphorisante* de la pensée », dans le cours même de la séance, avec le même analysant. Il attire l'attention sur le rapport entre la métaphore et la métonymie (cette dernière signifie un changement de sens ou de logique, par l'inversion du rapport partie-tout, du rapport contenu-conteneur etc.).

De M'Uzan offre un exemple caractéristique au langage opératoire, ancré, comme tout langage, dans la *corporalité*. Une patiente se rappelait que, dans son enfance précoce, elle était convaincue qu'un passant dans la

rue s'appelle « radiateur ». Tout effort de trouver une valeur métaphorique à ce terme fut vain. L'auteur explique le phénomène par le fait que le sujet, afin de réduire son excitation, cherche une solution *immédiate*, et qu'il apparaît une « impatience de nommer » (de M'Uzan, 2007, p.1525) [7]. Une sorte de « un tiens vaut mieux que deux tu l'auras ».

Je reviens au rêve d'Ana avec la couette au fer barbelé, rêve auquel Rodica Matei donne *corps* ou bien *redonne le corps maternel*, en lui offrant à l'analysante sous la forme d'une métaphore sur l'ambivalence: la couette représente son désir que l'analyste la couvre-réchauffe, mais aussi la peur qu'elle la blesserait de la sorte. La réponse d'Ana, comme quoi l'analyste ne peut pas la couvrir parce que ses os sont rigides, me fait penser à deux fragments cliniques de la littérature psychanalytique.

L'un est offert par Bion (1967, p. 48) [5], en lien avec l'incapacité d'introjecter de son patient schizophrène. Celui-ci dit pendant la séance qu'il utilise son intestin comme un cerveau. Lorsque Bion remarque, métaphoriquement, qu'il avait avalé quelque chose, celui-ci lui répond: « l'intestin n'avale pas ». L'affirmation a deux sens: l'un de rejet de l'interprétation et de constat de ce rejet, l'autre d'affirmation de la réalité matérielle, concrète.

L'autre fragment provient des remarques de Freud sur le *langage de l'organe*. Tout en prenant les observations de V. Tausk sur une patiente également schizophrène, il les a commentées ainsi. Sa plainte qu'elle a les *yeux retournés* puisque son bien-aimé, par un comportement hypocrite, lui a retourné les yeux (expression allemande signifiant l'hypocrisie), a été appréciée par Freud comme mettant en évidence le fait suivant: « la relation avec l'organe (les yeux) s'est érigé en représentant de tout le contenu de ses pensées » (Freud, 1915, p. 116) [9].

Un tel concret, circonscription nette d'une portion de réalité qui devient délégué du tout, renvoie au registre de l'*autoconservation* où, comme disait Freud, « un trou, c'est un trou ». Dans le registre vital, le moi *ne se permet pas de se soustraire au principe de réalité*, de refouler et symboliser (Kapsambelis, 2005) [10].

C'est comme si Ana répondait à l'interprétation métaphorisant: un os, c'est un os. Une peau c'est une peau et c'est tout. Il apparaît une similarité entre le langage opérateur, l'opération de dé-métaphorisation, le langage

d'organe et le langage de la schizophrénie, même si c'est dans des pathologies de sévérité différente.

Si la métaphore se permet le « luxe » de la sexualité, du principe de plaisir et de la continuité de l'image corporelle, le basculement opératoire apparaît comme une concrétisation « cynique » de quelques *détails* partiels, situés dans la discontinuité: voir le vide entre le Moi psychique d'Ana et son Moi corporel, ou entre le Moi corporel et le Moi-peau, du fantasme où elle saute dans son propre corps trop large, afin de regarder à travers ses propres yeux.

Peut-on parler d'un continuum entre langage opératoire et langage métaphorique, qui se prolongerait jusqu'au langage psychotique? Certaines modalités pathologiques de fonctionnement sont considérées comme des défenses contre la psychose.

Je finis avec de M'Uzan, qui propose, dans la clinique, l'utilisation de ce continuum métaphore-langage opératoire, faisant référence aux *deux* protagonistes de la cure analytique, l'analysant et l'analyste. C'est alors que le *changement* dirigerait le discours vers l'extrême de la métaphore, preuve de l'élargissement des fonctions préconscientes, avec le risque d'induire un degré d'inquiétude et d'« identité flottante », condition de déclenchement du changement. C'est alors que le contre-transfert spécifique, avec son malaise identitaire, que Rodica Matei décrit, contiendrait l'espoir de ce genre de malaise, fertile pour la possibilité du changement.

Je m'interroge également, à la suite d'une discussion personnelle avec l'auteure, sur la manière dont on peut comprendre l'expression « métaphore corporelle » dans le cas spécifique du fragment clinique présenté. La manière de s'exprimer d'Ana est *déjà* métaphorique ou *presque* métaphorique? Plus exactement, l'ambiguïté se référerait à la mesure où « corporel » signifie exclusivement métaphore par l'image du corps ou bien, à travers l'orientation vers l'extrême opératoire du langage, cela signifie, dans certains moments, basculer dans un concret corporel où le sens se perd et le discours associatif se fracture. Alors, on pourrait profiter de l'aspect positif de l'*ouverture* pour trouver un sens – défensif ou d'une autre nature – du moment même de la fracturation.

REFERENCES

1. ABRAHAM, N., TOROK, M. (1972). Introjecter – incorporé. *Rev. Fr. Psychanal*, nr.6, P.U.F., Paris, 1972, pp.111-122.
2. ANDRE, J. (1999). L'unique objet, in *Les états limites*. J. André, editor. P.U.F., Paris, 1999, pp. 1-22.
3. ANZIEU, D. (1974). Le Moi-Peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, nr.9, Gallimard, Paris, 1974, pp.195-208.
4. ANZIEU, D. (1979). La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle (avec des commentaires sur l'observation de la cure de Mme Oggi), in *Crise, rupture et dépassement*. R Kaës, editor. Dunod, Paris, 1997, pp. 186-221.
5. BION, W. R. (1967). *Réflexion faite*. P.U.F., Paris, 1997 (*Second thoughts*. Heinemann, London, 1967. F. Robert, trad).
6. DE M'UZAN, M. (2004), Addiction et problématique identitaire: le « tonus identitaire de base ». *Rev. Fr. Psychanal*. Nr.2, P.U.F., Paris, 2004, pp.591-597.
7. DE M'UZAN, M. (2007). Au-delà des frontières. *Rev. Fr. Psychanal*. Nr.5, P.U.F., Paris 2007, pp.1521-1527.
8. FREUD, S. (1900). Interpretarea viselor in *Opere t. IX*, Ed. Trei, București, 2003 (*Die Traumdeutung*, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 1972. R. Melnicu, trad.).
9. FREUD, S. (1915). Inconștientul in *Opere t. III*. Ed. Trei, București, 2000 (*Psyhygologie des Unbewußten*, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 1969), pp. 91-120.
10. KAPSAMBELIS, V. (2005). L'hallucination est-elle une excitation externe? *Rev. Fr. Psychanal*. Nr. 5, P.U.F., Paris, 2005, pp.137-157.
11. MARTY, P. (1980). *L'ordre psychosomatique: les mouvements individuels de vie et de mort*, vol. II, Payot, Paris, 1994, pp.28-67.

CHANGES AND THE MANAGEMENT OF THE ANALYTICAL SETTING IN WORKING WITH ÉTATS-LIMITES PATIENTS

*Daniela Luca*¹¹

Motto:

“Une psychanalyse, c'est la rencontre de Jekyll avec Hyde, son frère jumeau dénié; c'est l'étonnant dialogue de Faust avec Mephisto, partie vitale mais clivée de lui-même. Sur fond de silence, l'amour et la haine se reconnaîtront derrière les mêmes visages, et le sujet réconcilié signera la trêve de la sourde guerre qui, comme chez Faust, comme chez Jekyll, allait l'épuiser à mort. C'est en se disant que le Je se rencontre et s'écoute. Le discours qu'il tient sur lui-même et sur les autres en lui, lui rend les pouvoirs qu'il avait abdiqués en même temps que sa capacité de réfléchir et de ressentir.”

(Joyce McDougall, Théâtres du Je [8])

Résumé

Le psychanalyste se trouve toujours entre la souplesse de l'art et la rigueur de la science. Les changements dans le mouvement psychanalytique, dans les cures et dans les configurations psychopathologiques mettent à l'épreuve à la fois les limites de l'analyste, du cadre théorique, technique et éthique.

Abstract

The psychoanalyst is always in-between the suppleness of the art and the rigour of science. The changes in the psychoanalytical movement, or during the analysis, and also in the psychopathological configurations have impacts also on the analyst's limits, on the theoretical, technical and ethical limits

¹¹ Romanian Society of Psychoanalysis, danielaluca_srp@yahoo.fr.

L'auteur nous provoque à réfléchir sur la nature des changements et des limites de l'analyste et de la psychanalyse, mais aussi sur l'évolution de «la pensée clinique», dans la lignée proposée par André Green.

Mots-clés: cadre analytique, dedans-dehors, états-limites, tierceité, tiers analytique.

of the setting. The author challenges us to reconsider the nature of the changes and of the limits of the analyst and those of psychoanalysis, but also to reflect on the evolution of the 'clinical thinking', as André Green wrote.

Key-words: analytical setting, analytical third, inside-outside, borderlines, thirdness, working through.

Thirty-five years ago, in 1975, André Green stated in an article from the magazine *Revue Française de la Psychanalyse*, entitled "La psychanalyse, son objet et son devenir" [5], article published right after the I.P.A. Congress from the same year, that the future of psychoanalysis will depend not only on the necessity of overcoming the mourning after Freud's death, but also on the capacity of facing the contradictions that will be encountered on its path, which means to come to fulfil: an analysis of the contradictions between psychoanalysis and social reality; of the contradictions from the institutions/societies of psychoanalysis insights, that are intermediary formations between the social reality, on one hand, and the theory and practice of psychoanalysis, on the other hand; of the contradictions present at the very heart of the theory and practice of psychoanalysis.

If we place ourselves in this point of reference, then we will be able to regard *the changes* from psychoanalysis or the *psychoanalysis in changing* as a permanent working through/perlaboration, necessary and vital, a perlaboration (working through) of contradictions, paradoxes, of various limits, but also of various kinds of mourning, not to say melancholia, in the meaning Pierre Fédida uses it in *Les bienfaits de la depression* [2], "psychoanalysis is, in the first place, a work of melancholia".

A psychoanalyst is placed between the scientific rigour and the suppleness of art, when keeping the internal frame/setting constant and containing enough, flexible and immutable, at the same time, he/she is leaving his/her observatory, participatory spirit free and his/her own creativity in order to explore, examine, investigate, interrogate his/her own

limits facing the psychic reality of the other and of the world (including here the area "between psyche and soma"). "Without memory and without desire" (W. R. Bion) – in order to make perceptible the unconscious movements from his/her within and without, and from this relationship analyst - patient, continuous as a third included or excluded.

Inside - outside, the limits are there in order not just to test psychoanalysis – not in a dead end, but since 1883 it has been submissive/exposed to the theoretical and technical reshuffles – because the dead end is present in any type of treatment, taking into account the negative mark (unconscious denial, splitting and primary repression, negative hallucination, negative transference, negative therapeutic reaction, death masochism, negative narcissism, *le blanc*, white psychosis, white mourning etc), not necessarily the non-analysable – considering the fact that the non-analysable is in a ratio with a certain psychical space/time or a certain rhythm of the dynamics of the analytical process. We know today that psychoanalysis *hears* what 20, 30 or 50 years ago could not be *heard, touched, understood*. At the limit of thinking, imagination, figurability, mentalization, perception, feeling, sense/non-sense, alive/not-alive.

D. W. Winnicott, W. R. Bion, A. Green, D. Anzieu, C. Chabert, J. Bergeret, O. Kernberg, G. Gabbard, H. Rosenfeld, H. Searles, R. Roussillon, C&S Botella, J. McDougall, J. André just to name some of the psychoanalysts that for decades had been concerned with *psychoanalysis at the limit or the limit of the psychoanalysis*. They brought up the paradigm changes, management of setting, the change of the analyst's perspective on conceiving and dynamics of the transference - countertransference relationship, the process of the "inside - outside", the various intrapsychic and *in-between* psychic dimensions. We find ourselves at the intersection between the primitive limits of the human experience, we find ourselves in the middle of difficult cases, of the non-neurotic structures, of the borderline/*états-limites* conditions. Under no circumstances do they cancel the exploration, the knowledge or the psychoanalytical research of the *various neuroses*, but allow us another *recognition of the unconscious* and its way of acting.

The contemporary psychoanalysis practice with various borderline or *états-limites* cases/pathologies, non-neurotic structures, implies the

development of a *tertiary aria* (the tertiary logic, the tertiary imago, the third person, the tertiary processes, in the manner they are developed by J.L. Donnet, R. Roussillon, André Green and others). A major innovation comes from conceiving the analytical setting as an element and the tertiary dimension, clinically, but also as theory of knowledge: the setting is the condition to constitute the analytical object as a tertiary object, different from the one of the patient and also from the one of the analyst produced/conceived through special communication, unique, the way it happens in the “analytical couple”. This *triadic scheme* of the analytical process – *transference / counter-transference / setting* – is of high complexity, including the polymorphism and the heterogeneity of the psychic reality of both protagonists of the analytical situation. On this tertiary path, the psychic work of the analyst implies free attention and counter-transference as partial and complementary dimensions.

In this manner of thinking, *the internal frame/setting of the analyst* becomes the representative pre-conscious matrix open to the *tertiary psychic processes* (as intermediate processes between the primary processes and the secondary processes), where listening, understanding and the analysts’ creativity take place, that transcend the secondary processes area. From a *technical* point of view, it passes, as we have seen in the psychoanalysis/psychotherapy of the borderline cases, from the systematic interpretation of *the transference* to the interpretation *in the transference*, to the “sense making” interpretation, to the poetic and the metaphorical function of the interpretation, which will enhance in the analysand the capacity to reflect, daydream, metaphorize, symbolize and transform.

From the referential to the *setting* point of view, the analytical object is a third object, neither internal (of the analysand or the analyst), nor external (of one or the other), but one *between them*. In his work, *Subject of analysis* [9], Thomas Ogden named it “the analytic third”, indispensable in order to understand the unique psychic phenomenon that takes place in an analytical session.

The management of the analytical setting (internal-external-in between) in the analysis with the non-neurotic structures or the pathology of the borderline / états-limites takes into account the nature of the phenomena

that occur in this *no man's land*: the primitive agony, the intrusion and the loss/abandonment anxieties intensity, the borderline narcissistic vulnerability, the instability of the internal objects, the impossible internalization and transitionalization of the primary object, the predominance of the *blank/void*, the bi-triangulation and the impossibility to choose between a good but absent primary object and a bad but omnipresent primary object, the shallowness or the vagueness of the Ego - Non Ego, me - not-me limits, alive/not-alive, the instinctual and emotional polymorphism/ polyphony, the plurality of the splitting, but also other primary defences, the confusion of identity, the harm of projective and introjection identifications, the inefficiency or the failure of symbolization and sublimation, the psycho-somatic branch, the discontinuity of *to be*, the logic of despair, the impossible mourning the addictive phenomena, the intense and repetitive self-destructive activity, the hate of the self, the fragile, weak (sensorial-affective, the psychic skin) psychic layers, the addictive and never good enough nature of the object, the permanent feeling of an inside void, the mark of the negative in any psychic process/action.

These “void myths”, more or less metaphorically speaking, are the ones that also mark the analytical relationship, the borderline transfer (delirious or not), the void transfer being the one that points out modelling the limits of *the setting*, as a containing psychic space, a space of transition, a space of liveliness, the creator of the alive and of the psychic sense, to work-through with and that sets the psychic metabolism.

Where does the human void begin from? – I was wondering frequently, as a human being and as a psychoanalyst, during the four year analysis with a borderline patient, in a manner of thinking set by Pierre Fédida - “from where does the human body start?” [3], but especially by André Green [6]: where can there be represented and located the limits of the void, of the blank, in the human psychic experience, if a human being feels and always felt *a child of the void, a child in nowhere, a child of no one, came from nowhere, left for nowhere?* What is the answer/sense that you can give to yourself, as an analyst, what is the answer/sense reassuring enough (or what is the reassuring limit?) that you can give to the analysand/patient, to this void-being, what is the *psychoanalytical path/way* that you should follow

in order to further on search and animate this entity, this narcissistic self, this primitive self-body of the blank experience, of the much-too-present-absent or of the presence-much-too-absent, of the primary non-investment/non-affecting/non-animated, of the nonsense/chaotic, anguishing non-void?

It is not possible to find/create *The Answer* or *The Sense* to/of this questions, but it is possible to search, explore, investigate, think, metaphor for a long period of time (with or without ending?) the unconscious resources, the origins and the primary, or the possible, hypothetical valid arche-originary of the birth of the void from the void, of the void from the alive (the children of the void).

In *Folies minuscules* [1], Jacques André wrote about “the children of love, the children of hate”; Monique Bydlowski wrote about “the children of desire”; in psychoanalysis it was written also about “the children of darkness”, “children of the light”, “the crypt-children”. But, regarding a *child in/from the void*, the way this patient described and rewrote, the way she registered herself in her inner world, the way, at least, she presented herself and told her story in order to feel, somehow outside her area of *indifference, neutral, neutralizer and totally destroyed*, with her mute and deaf sadness, what would the analyst be able to register, describe, re-write in his inner world, so that – the actual meanings or, at least, figural – could, at least have the representation of a mother figure of the patient? She might be unpredictable and chaotic (the way the mother was portrayed by Margaret Little [7] in her analysis with Ella Sharpe and D. W. Winnicott), absent, dead mentally/psychically/inside for her daughter/child – “dead mother” (André Green) or stone-mother, or mother of ice, or void-mother, or avid mother or the unconscious psychically transmitted void from the mother to her daughter, an inheritance of the void, between/over generations, in blank and which can be transferred in the analytical relationship.

In this psychic histories, family and psychoanalytic, this (a) temporary, (a) spacer, (a) bodily, (a) psychic histories, of life and death, of construction/creation and of destruction/annihilation, of analysable and non-analysable, there is always – or it remains to us, analysts and

analysands forever – a *non existence* that we shall determine a *minima* to exist, a shadow of the shadows of the objects that is waiting to be illuminated, a non-alive that will let itself if not raised from the dead, animated, at least involved sometimes in this intense and difficult work of mourning, of melancholy, of negative, of the void.

Going back even today to Sigmund Freud and to the birth of psychoanalysis, no matter how many decades passed and should pass ever since, we will always return to *an uncanny enigma of the beginnings*, where the contradictions, controversies, contraries, paradoxes were sketching their destiny – referring to the destiny of the representations, destiny of the affections, destiny of the pulses or of the passions.

I will end these reflections and questions on changing or unchanging, analysable and nonanalysable, frame fitted and not fitted, with a re-opening of the psychoanalytical regard to its first days: it was 1896 when Sigmund Freud wrote in his 50th Letter to Fliess [4] about this dream and it's working through:

“...I must tell you a nice dream I had in the night after the funeral. I was in some public place and read a notice there:

You are asked to close the eyes.

I recognized the place at once as the barber's to which I go every day. On the day of the funeral I was kept waiting there and therefore reached the house of mourning rather late. At that time my family was displeased with me because I had arranged for the funeral to be quiet and simple, which they later agreed was quite right. They also took my being late in somewhat bad part. The sentence on the notice-board has a double sense, and means in both of them: ‘one should do one's duty to the dead.’ (An apology, as though I had not done it and my conduct needed overlooking, and the duty taken literally.) Thus the dream is an outlet for the inclination to self-reproach which is regularly present among the survivors”.

Being psychoanalysts, no matter on what ground of psychoanalysis, we are the sons, the daughters of this father, we have to fulfil this *après-coup*, inevitably and indelible, whatever the changing from within or from without the psychoanalysis space, this working further.

REFERENCES

1. ANDRE, J. (2008). *Folies minuscules. Suivi de folies meurtrières*, Ed. Gallimard, Paris, 2008, pp.22-39.
2. FEDIDA, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression*, Ed. Odile Jacob, Paris, 2001, pp.17-56.
3. FEDIDA, P. (2001). *Par où commence le corps humain*, P. U. F., Paris, 2001, pp.42-110.
4. FREUD, S. (1896). Letter 50 from Extracts from the Fliess Papers. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886-1899): Pre-Psycho-Analytic Publications and Unpublished Drafts, p.233.
5. GREEN, A. (1975). La psychanalyse, son objet et son devenir, in *Revue Française de Psychanalyse*, nr.9, T39, N5, P.U.F., Paris, 1975, pp.103-134.
6. GREEN, A. (2003). *La folie privée*, Ed. Gallimard, Paris, 2003, pp.9-48.
7. LITTLE, M. (1985). Winnicott's working in areas where psychotic anxieties predominate – a personal record, in *Free Association*, no. 3, London, Ed. Spring, 1986, pp.9-32.
8. McDOUGALL, J. (1982). *Théâtres du Je*, Ed. Gallimard, 1982, pp.24-71.
9. OGDEN, T. (1994). *Subject of analysis*, Ed. Karnac Books, London, 1994, pp.98-152.

RÉFLEXIONS SUR L'ATTITUDE ANALYTIQUE

*Andrei Constantinescu*¹²

Résumé

Réflexion sur l'attitude analytique et sur les aménagements du cadre analytique en états limite. Le cadre analytique est soutenu par l'attitude analytique et tous aménagements du cadre seront le résultat d'un aménagement intérieur de l'analyste, de son attitude interne dans le contexte de la relation du transfert-contretransfert.

Mots clés: attitude analytique, cadre analytique, contretransfert, modèle du tiers, fonction contenant.

Abstract

A reflection on the analytical attitude and the arrangements of the analytical setting with borderline patients. The analytical setting is sustained by the analytical attitude, any arrangement of the setting will be the result of an internal arrangement of the analyst and his/her inner attitude, in the context of the transference-countertransference relation.

Keywords: analytical attitude, analytical setting, countertransference, model of the third, containing function.

La clinique psychanalytique actuelle des états-limites a généré des réflexions importantes sur les organisations du cadre analytique, touchant aussi à la problématique de l'attitude analytique. Les organisations du cadre renvoient tout d'abord aux organisations que l'analyste effectue dans son intérieur, entre ses limites, alors qu'il se confronte avec les confusions des patients sur les limites: entre intérieur et extérieur, entre penser et agir, entre ce qu'ils sont et ce qu'ils ressentent, entre eux et les autres, entre générations etc. On peut envisager les limites de l'analyste à travers le cadre – son dispositif de travail – et à travers le contretransfert – les sentiments de l'analyste dans la situation analytique.

Le cadre analytique, le dispositif de l'analyste, est soutenu par une

¹² Société Roumaine de Psychanalyse, andri.constantinescu@gmail.com.

attitude intérieure – „cadre interne” ou par l'attitude analytique tel que je vais l'appeler dans cette étude. Suivant la délimitation intérieur-extérieur, on peut considérer que la facette extérieure du cadre est exprimée par le contrat analytique. Par conséquent, le cadre analytique suppose une facette intérieure – l'attitude analytique – d'où découle et est guidée la facette extérieure – formulation du contrat analytique qui comprend des conditions externes nécessaires au déploiement du travail psychanalytique.

L'attitude analytique, élément central du cadre, est l'état mental de l'analyste, à savoir son attitude intérieure. Les ingrédients de cette attitude sont représentés à l'esprit de l'analyste par un ensemble ou une configuration de sens, résultats de sa propre analyse, des modèles théoriques auxquels il adhère, de sa vocation ou sa consécration pour la méthode de la psychanalyse, de son expérience clinique, de son expérience de vie. Au cours des années l'attitude analytique peut être perfectionnée ou elle peut se désarticuler selon le parcours de la vie du psychanalyste, son histoire personnelle ou professionnelle. L'attitude analytique dépend des facteurs intrapsychiques, mais aussi des facteurs intersubjectifs, étant donc un chantier toujours en constructions, avec chaque situation analytique ou chaque patient.

L'expression de l'attitude analytique est l'attention flottante qui permet à l'analyste de mettre son esprit à la disposition du patient, d'écouter et de s'écouter, et qui fonctionne comme une sorte de radar, captant et enregistrant les dérivantes de l'inconscient, le transfert et le contretransfert. Autrement dit, l'attitude analytique suppose des moments distincts de réceptivité et de compréhension. Étant réceptif, l'analyste s'ouvre et devient disponible pour le transfert du patient. Afin d'être utile au processus analytique, cette disponibilité est marquée par une attitude consciente, assumée, par rapport à l'incertitude et à l'incompréhension. L'analyste assume le fait qu'il y a des contenus dont il est le seul conscient et qu'il communiquera éventuellement au patient, des contenus dont les deux protagonistes du couple analytique sont conscients et des contenus qui restent inconscients pour les deux.

Cette attitude consciente par rapport à l'incertitude et à l'incompréhension peut illuminer le dialogue intérieur de l'analyste, soutenant la fonction de teneur dont j'essaierai à faire une articulation.

Alors que l'analyste tolère l'incertitude et l'incompréhension, de moments de compréhension et l'interprétation apparaissent parfois. Nous pouvons reprendre les paroles de Michel de M'Uzan (2005) [5] "ce sont les moments où les résistances de l'analyste qui s'opposent au changement de son fonctionnement psychique et à son statut identitaire cèdent". Presque paradoxalement, les moments dans lesquels l'analyste se permet de s'égarer avec son patient dans une zone sans limites, dans un endroit sans frontières, les moments à la frontière de l'identité deviennent les moments où un sens s'impose et la vie psychique naît et apparaît „le vif du vide” (D. Luca, 2010) [4].

Quand l'incompréhension et l'incertitude deviennent intolérables, apparaissent de diverses expériences de contretransfert et d'éventuelles pertes transitoires du cadre. Elles peuvent devenir fertiles si l'analyste les valorise, les examine avec honnêteté et les articule avec le discours du patient, servant à déchiffrer quelque chose du message inconscient. À la limite, l'attitude analytique peut disparaître, elle peut être perdue dans les moments où le transfert du patient ou l'incertitude devant l'inconnu deviennent intolérables et le contretransfert de l'analyste échappe à la possibilité de tout examen. L'analyse devient difficile quand les réponses de l'analyste sont déterminées par ses conflits infantiles non résolus, non examinés et là on parle plutôt du transfert de l'analyste, d'un transfert paradoxal ou éventuellement des passages à l'acte de celui-ci. Cette situation est différente du contretransfert qui suppose la prise de conscience du conflit intérieur de l'analyste, soit rétrospectif, et son utilisation dans la compréhension du transfert du patient.

Le cadre analytique est un dispositif d'investigation continue, indissolublement lié à l'attitude analytique, une attitude fondamentalement interrogative, qui permet le développement et la compréhension du transfert et du contretransfert. Je me demande par conséquent dans quel sens nous pouvons parler des „ruptures ou transgression du cadre” de la part du patient ou des „organisations” de la part de l'analyste? Le cadre se maintient et se reformule dans la relation analytique, étant soutenu par l'attitude de l'analyste par rapport aux contenus projetés par le patient, aux incertitudes et à l'inconnu. La plasticité de l'attitude analytique est importante car la souplesse ou la rigidité du cadre et son utilisation du

point de vue créatif ou défensif en dépendent. La plasticité de l'attitude analytique n'est pas synonyme avec une sorte de malléabilité ou permissivité de l'analyste qui le prédispose à des concessions visant un ou l'autre des éléments du cadre. Je pense qu'elle reflète premièrement un type de fonctionnement psychique qui peut tolérer la conflictualité, les incertitudes, les doutes ou les erreurs. Elle peut être caractérisée par opposition à un type de fonctionnement où les accents narcissiques sont prédominants et où la menace qu'elle représente pour l'identité et le statut de l'analyste inconnu de la relation analytique, est intolérable, mobilisant des mécanismes d'auto-affirmation ou des mécanismes défensifs.

L'attitude analytique est avant tout une attitude interrogative, réflexive et c'est justement tout cela qui lui donne de la plasticité: le maintien de la capacité de penser ses propres pensées et sentiments, la préoccupation de trouver les paroles justes et l'effet que ces paroles pourraient avoir sur le patient. Les paroles de l'analyste naissent en lui-même, ainsi que les interprétations qu'il formulera seront aussi dirigées vers lui-même, vers son monde intérieur. Cela rend parfois troublantes ses interprétations même pour l'analyste dans la mesure où elles atteignent son fonctionnement psychique.

Le patient pourrait ne pas respecter le contrat analytique et, envers cette situation, chaque analyste a ses limites, des limites qu'il connaît seulement dans chaque situation analytique et qui trouveront écho dans le contretransfert. À ce point, les organisations du cadre sont des organisations intérieures des limites de l'analyste. Certaines organisations extérieures des paramètres invariables (le divan, la fréquence des séances ou même le lieu de déploiement des séances – cabinet ou institution) n'ont pas pour conséquence l'effondrement du cadre ou de l'efficacité du traitement tant qu'on maintient l'attitude analytique et sa plasticité. La réflexion sur la plasticité de l'attitude analytique me semble utile si on prend en considération les différentes situations dans lesquelles se retrouve l'analyste particulièrement dans le contexte institutionnel, y compris dans les institutions psychanalytiques. L'identité de l'analyste, sa position dans le contexte institutionnel restent à construire, étant soumis à la pression du conformisme sur le fonctionnement psychique de l'institution afin qu'il se sente accepté ou qu'il réponde au besoin narcissique d'auto-affirmation. Le

maintien de l'attitude analytique se reflète dans le maintien de la capacité de pouvoir mettre en discussion ces aspects, renforçant l'identité du psychanalyste.

Le modèle tertiaire, que la psychanalyse contemporaine cite souvent, suggère que la relation du psychanalyste avec la méthode de la psychanalyse et avec le cadre, fonctionne comme un tiers pour le patient. Ce tiers a le rôle de délimiter les phantasmes transférentiels. La nature ineffable de ce tiers a été décrite par divers auteurs à travers des métaphores qui lui accentue ses différentes valences: la troisième oreille, le superviseur intérieur, la chimère etc. Ce tiers surgit de l'attitude analytique et donne à l'analyste l'aspect énigmatique que les phantasmes du patient voudront explorer avec la mobilisation du transfert. L'interprétation par l'analyste des phantasmes de transfert relance l'énigme dans la mesure où la tâche de l'analyste est d'amener toujours ce tiers dans le couple analytique afin que le processus continue. Ainsi, cette énigme se constitue dans une sorte d'"attracteur" (D. Houzel, in A. Ciccone, 2001) [2] pour la vie pulsionnelle et affective du patient, lui attirant l'attention et transformant ses investissements, leur donner une forme et les stabiliser.

Un autre aspect de l'attitude analytique qui génère la fonction de teneur du cadre pourrait en découler. Je pense plus précisément à la fonction de teneur dans le sens défini par D. Houzel comme "fonction de stabilisation des mouvements pulsionnels et affectifs qui permet la création des formes psychiques caractérisées par la stabilité structurelle" (D. Houzel, in A. Ciccone, 2001) [2]. L'attitude analytique de teneur, même si elle suppose la tolérance à l'incertitude et à l'inconnu, ne rend pas le cadre un simple récipient dans lequel le patient projette des parties intolérables, mais elle le fait devenir un objet qui attire, focalise, concentre et stabilise les forces psychiques qui l'investissent, tel que le lit d'une rivière stabilise et donne une forme à l'eau qui coule. Cette perspective sur l'attitude analytique en tant qu'attitude de teneur qui rend possible la forme, le contour, me semble utile du moins dans le cas des problématiques-limite dans la mesure où la forme, le contour, esquissent une limite, une délimitation.

Ainsi conçue, l'attitude analytique retrouve son expression dans les „organisations" d'ordre technique qui rendent possibles la forme, le

contour et la délimitation. On voit souvent que les interprétations de transfert, quelques évidentes qu'elles soient pour l'analyste et parfois pour le patient, restent encore insuffisantes. Dans ce sens, D. Luca (2010) [4] observe que "du point de vue technique, on passe de l'interprétation systématique du transfert à l'interprétation dans le transfert, à l'interprétation génératrice de sens, à la fonction poétique, métaphorisante de l'interprétation qui facilite la croissance de la capacité de réflexion de métamorphosations, de symbolisation du patient".

Même si certaines situations analytiques renvoient à des organisations techniques ou à des modifications extérieures du cadre analytique, celui-ci se maintient en vertu de l'attitude analytique. Même si notre société semble pousser la psychanalyse vers le changement, il y a quand même une zone où elle reste souveraine et un élément sur lequel elle peut s'appuyer: l'attitude analytique, celle qui provoque, interroge, avoue ou contient les plus subtils mouvements du psychisme.

REFERENCES

1. ALIZADE, A. M. *Le cadre interne: nouveaux apports*; Colloque franco-argentin fevrier 2002.
2. CICCONE, A. Enveloppe psychique et fonction contenante: modèles et pratiques; *Cahiers de psychologie clinique* 2/2001 n° 17, pp. 81-102.
3. FRAIGNE DE GALLO, M.C., GALLO, A., MANTYKOW DE SOLA, B. – Encuadre, actitud analitica y contratransferencia, in *Revista Psicoanálisis*, 2004- Volumen XXVI, N° 1/2: Encuadre. Actualizaciones clínicas, pp.85-99.
4. LUCA, D. *Despre schimbări și amenajări ale cadrului analitic în lucrul cu pacienții limită*; Conferința S.R.P. noiembrie 2010.
5. M'UZAN, M. de *Aux confins de l'identite*; Gallimard, Paris, 2005, pp.24-110.

NIL NOVI SUB SOLE (RIEN DE NOUVEAU SOUS LE SOLEIL)

*Luis Rodriguez de la Sierra*¹³

Résumé

Cette étude se propose d'analyser d'une autre perspective les changements apparus dans la psychanalyse, à savoir l'observation de ce qui n'est pas changé tant qu'on croirait: les concepts psychanalytiques. L'auteur présente l'un de plus cités concepts de la psychanalyse en ce moment: l'identification projective. La renonciation altruiste, l'identification à l'agresseur, la transformation du passif en actif sont des modalités différentes pour comprendre et expliquer ce que les psychanalystes kleinians comprennent par identification projective. À nos jours, nous avons des modalités différentes de comprendre – tant théoriquement que dans la pratique clinique, la biographie et les vicissitudes de nos concepts.

Mots clés: renonciation altruiste, les défenses du Moi, identification à l'agresseur, identification projective, changements psychiques, identification sympathétique.

Abstract

This paper is focused on changes in psychoanalysis from a different angle, namely, looking at that which has really not changed as much as we seem to like to believe: psychoanalytic concepts. The author presents what has become one of the best and most cited concepts in psychoanalysis nowadays: projective identification. Altruistic surrender, identification with the aggressor, putting passive into active are different ways of understanding and explaining what Kleinians mean by projective identification. Today, we have different ways to understanding – both in theory and in clinical practice – the biography and the vicissitudes of our concepts.

Keywords: altruistic surrender, Ego's defenses, identification with the aggressor, projective identification, psychic changes, sympathetic identification.

¹³ British Psycho-Analytical Society, irdelas@escobar.fsnet.co.uk.

Wanting to be contrary, I decided to concentrate on changes from a different angle, namely, looking at that which has really not changed as much as we seem to like to believe: psychoanalytic concepts. I have chosen what has become one of the best and most cited concepts in psychoanalysis nowadays: projective identification. It is a concept that has never been alien to me, as both projective and introjective identification are loosely related to a common expression in my mother tongue that describes what one feels when somebody who cannot, let us say, dance, gets up and begins, without any inhibition or control, to dance around clumsily on the dance floor, while we feel terribly ashamed and embarrassed on their behalf: *Vergüenza ajena*. The only problem I have had with projective identification is when I feel it is used as an all-embracing concept which appears, to me, more confusing than helpful. I then prefer to use other explanations, but not to the exclusion of projective identification which, I believe, has its deserved place among the various defense mechanisms and psychic processes.

The idea that *Projective Identification* is purely a Kleinian discovery, and therefore property of the Kleinian group, is also inaccurate; the only purely Kleinian thing about it being its name. 'I suggest for these processes the term "projective identification", said Mrs. Klein who coined the term in a note added in 1952 to her paper on schizoid mechanisms first published in 1946. Before that, she had referred to it, without naming it, in *The Psycho-Analysis of Children* [4].

As early as 1936, Anna Freud described the mechanism and formulated it very clearly when she wrote about *altruistic surrender, identification with the aggressor* and, later on, about *putting passive into active*, originally described by Freud. For instance, when discussing *altruistic surrender* and the case of the governess, she writes: "She gratified her instincts by sharing in the gratification of others, employing for this purpose the mechanisms of *projection and identification*" (my italics) (p.126). Many years later, during one year from 1972 to 1973, Joe Sandler took up the question of projective identification with Anna Freud in their book *The Analysis of Defense*, thus provoking a flippant reply from Anna Freud, possibly irritated with him at that moment [2]. I shall quote them here:

Joseph Sandler: One day we shall have to get to grips with what the

Kleinians are trying to encompass under the concept of projective identification. And, I think, we should take careful note of the fact that you said in 1936, in relation to the case of the governess, "She gratified her instincts by sharing in the gratification of others, employing for this purpose the mechanisms of projection and identification" (136, 126). And in the footnote to that remark you refer to Paul Federn's idea of *sympathetic identification*. Could you tell us a little of your thoughts on that subject?

Anna Freud: What I will tell you is why I put the footnote in, because such footnotes were made by Ernst Kris at the time. He would say: "Don't forget, you should quote Federn here". Then I said: "Well, what should I quote?" [1]. Then he gave me the quotation. So I don't remember.

Bearing in mind that the then called B group gathered around Anna Freud, I find it strange to consider this group, to which I belong, as alien to the concept. I cannot imagine that these two ladies copied each other and can only conclude that it is a shame they never acknowledged each other's contribution to the subject, even though they seemed to be both interested in it and even followed similar paths. To illustrate the defense mechanism known as *Altruistic surrender* Anna Freud used, in 1936, Edmond Rostand's drama *Cyrano de Bergerac* and its hero. Melanie Klein, in 1955 (*On identification*), illustrates her ideas on *projective identification* through the analysis of Fabian Espécel, the protagonist of Julian Green's novel *Si j'étais vous* (If I were you), as if he were a psychoanalytic patient [3].

Altruistic surrender, identification with the aggressor, putting passive into active are different ways of understanding and explaining what Kleinians mean by projective identification. Although the three defense mechanisms I have cited at the beginning of this paragraph are very near to each other, they nevertheless do not completely coincide, as each has nuances that make them different from each other.

Talking about projection Anna Freud hints at two sorts of projection: one that complicates and spoils human relationships and another type that contributes to the establishment of important positive links that consolidate human relationships. The latter, who she describes as "a normal and less conspicuous form of projection" is what she refers to as *altruistic surrender* of one's own drive impulses in favour of others (p.133, p.123). She described the case of the governess who projected her forbidden instinctual

impulses onto other suitable people, but did not dissociate herself from them, she identified with them instead. While what she did was egoistic, "her efforts to gratify the impulses of others... could only be called altruistic" (p.137, p.126). It is this apparently positive aspect that seems to make it different from projective identification, which is closer at times to *identification with the aggressor*. Anna Freud wonders though if a genuine altruistic relation can exist, and states that projection and identification are not the only ways to acquire attitudes that appear altruistic, adding that another route is masochism. Altruistic surrender is related to both libidinal and destructive impulses and refers both to their realization and relinquishment. She also points out the links with fears of death and with the conditions that determine male homosexuality.

There are though many examples which point to the less "positive" side of this so called altruism and that make it closer to what many refer to as projective identification. The subject can take a "friendly interest" in the gratification of other people's drives, and thus indirectly gratify his own. It also frees the activity and aggression associated with the fulfillment of instinctual wishes, so that these can be used on behalf of others. The following examples given by Anna Freud [1] show us the less benign side of this so called altruism:

"The most familiar representative of this type of person is the public benefactor, who with the utmost aggressiveness and energy demands money from one set of people in order to give it to another".

A similar process, she adds, occurs in the assassin "who in the name of the oppressed, murders the oppressor" (p.141, p.130).

There are special features which favour the selection of particular objects for this sort of projection, the main one being the perception of the forbidden and unwanted impulse in the other. Such objects may have been envied and thus through displacement of wishes onto an object that can fulfill them better, altruistic surrender becomes "a method of overcompensating... narcissistic mortification" [1].

The pleasure in giving and helping in altruistic surrender is really a gratification of an unacceptable instinct. Passivity is turned into activity and narcissistic mortification is overcome by a sense of power. She concludes that "the passive experience of frustration finds compensation in

the active conferring of happiness to others”.

Many are confused by the deceiving name with which this defense mechanism was baptised by Anna Freud so, in order to dispel that confusion I would like to reproduce here part of the conversation sustained by Anna Freud and Joseph Sandler between 1972 and 1973 on the occasion of the discussions later published under the name of *The analysis of defense* [2]:

Joseph Sandler: We can start by assuming that there is a number of different forms of altruism, taking it in its descriptive sense, and that we need not consider it to be some innate tendency within the individual. In other words, what you describe here, Miss Freud, is a particular form of activity which is the result, the outcome of a set of transformations. Would that be correct?

Anna Freud: Yes, you mean you don't think anyone is born altruistic.

Joseph Sandler: Or even *becomes* altruistic, out of the goodness of his heart.

Anna Freud: No, it's out of the badness of his heart.

Identification with the aggressor is Anna Freud's defense mechanism more usually equated with projective identification to the detriment of altruistic surrender, almost forgotten nowadays and yet much closer to the popular and omnipresent Kleinian concept, described and named considerably later and yet considered as one of the great innovative ideas introduced in psychoanalysis after Freud's death [2].

In fact, the only Kleinian analysts who have acknowledged Anna Freud in this respect, as far as I know, have been Herbert Rosenfeld, in the course of a private consultation, and Horacio and Alicia Etchegoyen, Paula Heimann and Ignès Sodre in informal private conversations [2].

I am glad this conference gives me the opportunity to bring up the subject, open for public discussion in an atmosphere, one would expect, of wanting to learn from each other and share our different ideas. When speaking different psychoanalytic languages, we see the same phenomenon as when speaking and listening to the many different languages of the world. It is not always easy to master a foreign language and it is a fact that

certain sounds cannot be heard, let alone reproduced, by the person who is intent on learning other ways of expressing ideas, in other ways, learning foreign languages being them psychoanalytic or otherwise. There is also a question of taste and we have to accept that what can appear exciting, fascinating and terribly interesting to some, may feel very differently to others and may have precisely the opposite effect on them. Perhaps we should then remember the proverb of the scholastics of the Middle Ages: *De gustibus et coloribus non est disputandum*.

REFERENCES

1. FREUD, A. (1936). Das Ich und die Abwehrmechanismen, *Internat. Psychoanal. Verlag*, Wien, p. 126, pp.130-131, p. 134, pp.141-142, 146.
2. FREUD, A. and SANDLER, J. *The analysis of defense* (1985), pp.13-34, p.429.
3. KLEIN, M. (1946) - Notes on Some Schizoid Mechanisms, in *Developments* (1952), London, Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, pp.292-320.
4. (1955) *On identification*, in M. Klein, P. Heimann and R. Money-Kyrle (eds.): *New Directions in Psycho-Analysis*, London: Tavistock, pp.309-345.

**Aspects institutionnels de la
psychanalyse**

**Institutional aspects of
psychoanalysis**

PASSIONS CONFLICT AND COMPROMISE IN THE BRITISH SOCIETY, 1939-2011¹⁴

Michael Brearley¹⁵

Résumé

Le point de départ de cet article est le désaccord sur la théorie et la pratique de la Société Britannique. On décrit des phantasmes sur « être le propriétaire » du père ou de la mère psychanalytiques pour chaque groupe. Au cours des années, les solutions ont impliqué des arrangements institutionnels, des rapprochements théoriques et techniques entre les groupes. La surévaluation d'un ou de l'autre des aspects peut être issue des exagérations ou des minimalisations inutiles à l'analyse. L'auteur se sert des approches winnicottienne et kleinienne pour illustrer ses idées.

Mots-clés: Passion, surévaluation, illusion, fondamentalisme, anarchie, bébé.

Abstract

The point of departure of the article is the disagreements about theory and technique in the British Society. Fantasies of being "the owner" of psychoanalytic father or mother are described, for each group. Over time, the solutions involved institutional arrangements, then theoretical and technical rapprochements between groups. The over-valuation of one aspect or another can lead to exaggerations or diminutions in the technique which are not suitable for the analysis. The author illustrates his ideas with two scenarios, of Winnicottian and Kleinian approaches.

Keywords: Passion, over-valuation, illusion, fundamentalism, anarchy, baby.

I am very pleased to have been invited to Bucharest to meet you and have a week end's discussions and work on psychoanalysis.

At a time when we European psychoanalysts are celebrating the re-

¹⁴ Bucharest Members talk, June 2011.

¹⁵ British Psycho-Analytical Society, michael.brearley@iopa.org.uk.

marriage of two Swedish divorcees (the two Societies that were amalgamated last year, having been separated for 55 years), it may be worth daring to look again at how the British Society managed and is managing its controversies (see King and Steiner) [2], as well as the compromise arrangements instituted 65 years ago, which have enabled us to avoid the (literal) schism that threatened us soon after Freud's death in 1939.

It is, perhaps, no accident that the crisis occurred at this time. We know death and bereavement to be fertile seed-beds for conflict and for the arousal of primitive wishes, as it is clear from the ordinary life experience. Groups and individuals are liable to claim to be the true inheritors of the deceased (especially when he or she has been a powerful force), whether in terms of material wealth, power, legitimacy, or intellectual descent; other siblings and relations are then scorned as false claimants, usurpers, or heretics. At root lies the fantasy of being the dead parent's favourite. People who had suppressed their differences – and I am aware that not all did – while Freud was alive, both out of respect and fear of alienating him, upheld, in the free-for-all that ensued, different paradigms as the true orthodoxy [1]. When we so frequently refer to Freud in our analytic papers, are we not partly attempting to lay claim to authenticity and legitimacy for our particular theories and methods by tracing them back to The Source?

Over and above issues of real disagreement about theory and technique, these quarrels following Freud's death seem to have recapitulated the earliest struggles about who owns the father, who owns the mother, who owns the breast. Besides the jealousy of siblings and the rivalry with father, there may also have been the more envious competition with mother herself. How do we see this in relation to psychoanalysis? I think it is safe to say that, whilst some of our members laid claim to a special understanding of and with father Freud, others were the equally adoring followers of mother Klein, and yet others found a congenial parent in Winnicott. Each group (along with its more adult aspects) contains qualities of the infant who wants to have it all and be it all. When the chips are down we psychoanalysts can be as desperate and primitive as anyone else, no matter what insights we have.

The British Society may be thought of as a psychoanalytic family

struggling to deal with forces that threatened, in an atmosphere redolent of religious wars, to tear it apart. There were and are of course more constructive forces, which have enabled us both to recognize what we all share, and to tolerate the idea that our own group may have only partial access to the (complex and hard to verify) truths about human nature and psychoanalysis, a condition shared with the other groups. We experienced no expulsions, no literal splitting of the Society, no large-scale emigrations, but like many families under stress, we came close to divorce. We held together thanks not only to the containing and cooperative elements within our Society, but also to our finding institutional arrangements for dealing with the projections, splits and rivalries. These were put in place to ensure survival and to provide living space for each of the three main traditions. This political solution involved an attenuation of democracy - for instance, there was rarely a directly competitive election for important posts, the occupation of which would rotate between the Groups after explicit or implicit soundings made behind the scenes with senior members of the other Groups to ensure that the proposed incumbent was broadly acceptable. By focusing on numbers (having approximately equal representation on sensitive committees) and rotation we tried to set aside the turbulent baby-feelings.

Looking on all this favourably, one might argue that such compromises expressed a sane recognition of the strength of the disruptive processes that were lurking in the background and could at any moment become prominent. The reality principle includes knowing the strength of the irrational and the infantile. It should also be stressed that in the post-war years there simultaneously was a flowering of creativity, including at best a lively comparison of different views. It may be that such creativity is often achieved by a single-minded, passionate pursuit of an idea, with all the determination of the baby homing in on the breast; and that such drive has to be modified later in the light of other ideas – just as the baby has to learn in time that he is not the only pebble on the beach.

We all (we hope) have the capacity for strong passions, including for psychoanalysis. Both spontaneous gestures and powerful primary splitting are necessary building blocks for healthy development. The early fire helps keep the flame warm over time. Maturity includes the persistence of

wonder. Polymorphous pleasures are necessary forerunners of a more mature sexuality, which may come to cohere within a caring relationship.

It would be odd, to say the least, to declare our love in the following terms. 'I love you and I hate you. On the whole, my loving feelings outweigh my hate, so I propose that we get engaged to be married, which commitment we will endeavour to carry through unless in the meantime... to prepare for any eventuality I would like you to sign the attached pre-nuptial agreement'. In response to this, we might well embrace Woody Allen's advice, and choose divorce, something that usually does last a lifetime – except in Sweden!

Passion, however, for example in the form of falling in love, may be a kind of madness. Freud (1921, p. 140) quotes Bernard Shaw's 'malicious aphorism' to the effect that 'being in love means greatly exaggerating the difference between one woman and another'; falling in love with ideas may be similar. Such devotion may also be a necessary madness [1].

There are situations where love runs wild, becoming in one way or another idealizing, indulgent, narcissistic, exalted or ruthless. Love may be a means by which the self can be elevated. What looks like a passionate support for or love for a person or a cause (or a practice and theory like psychoanalysis, or some aspect of psychoanalysis) may hide an unconscious or vaguely realized daydream in which both self and object are idealized; I may be in love with the idea of being a psychoanalyst, or with my brand of psychoanalysis, or with a picture of my own super-ordinate generosity, rather than with psychoanalysis itself. I may be carried away by my grandiose identification with the mother or with the parental couple. Love is ordinarily spiced with more hate than we know, and it may be easier to discern this in others than in ourselves. Groups may serve the dual functions of protecting valuable ideas *and* at the same time protecting our narcissism.

Let me offer brief scenarios of how such over-valuation can occur in the passionate support for each of the two models of psychoanalysis associated particularly with the British Society, and in caricaturing the other approach.

Please hold in mind that both positions as described here *are* caricatures, but, as with caricatures, the salient features have some basis in reality.

First, the psychoanalyst idealizes his work and his theory of mind if he thinks that his potential role is wider and grander than it is. I have in mind a caricature of a Winnicottian (or, further from home, a Kohutian) analyst who unconsciously believes that he can be the good, even the ideal, object, the mother/ parents whom the patient lacked or is assumed to have lacked as a child; who believes that he can single-handedly rescue the patient from the difficulties and resentments of her life.

He – perhaps at times ‘we’ – may be lured by our own and our patients’ fantasies, and by the seduction of power, into a collusive illusion that we actually are the milk-giving breast for the patient whose regressions we are encouraging. But the mutual idealization may conceal hatred or doubt; and the patient’s façade of gratitude may hide his firm hand secretly on the strings of the puppet-analyst – which underlines two facets of the illusion; we are not the patient’s parents, nor is the patient our actual child.

This analyst may become enamoured of such an exalted state of mind, and believe that he – we – alone appreciate how much the patient has been an innocent victim of an unkind fate. We may confuse sexual feelings to the adult on the couch with quasi-parental feelings to the quasi-child in the patient. We are liable to be drawn into sexualized or other enactments. We may sanctify erotic feelings into a false spirituality, but whether or not the sexual side is left out, or even acknowledged, we have become stuck in an emotional quagmire. In such scenarios, firmness and restraint in technique are liable to be impatiently repudiated in favour of a kind of anarchy.

By contrast, a caricature Kleinian analyst may be seduced by a different idealization. I have in mind the illusion that we can by interpretation alone (the core, it may be felt, of psychoanalytic technique and the fulcrum of change) achieve anything. The illusion is that a correct interpretation of the transference is so wonderful – *la crème de la crème* – that it can be used without limitation and without sufficient attention to the impact of such interpretations on the patient.

If we were for instance to interpret every cancellation or lateness as an attack on the analytic process, we would thereby ignore the fact that there are other things of value and impact in the patient’s life, including contingencies. A joke used to be told about a patient in war-time arriving

late to her session with Mrs Klein, and saying 'I know it's my unconscious, but my bus was just hit by a bomb'. A similar over-valuation of a narrow form of theory and technique, and under-valuation of the reality of the patient's situation, happens if the analyst underplays the traumatic impact of the analysis itself, including interpretations, on the patient, failing to realize and take up how disorienting it may be to have one's defences dismantled. Sometimes the acting out of transference feelings in real life can be dangerous for other aspects of the patient's life, his work, relationships and sanity. (Like psychoanalytic Societies, patients sometimes need their defensive organizations, at least for a while).

By such exaggerations and diminutions, the analyst would be elevating something that is rightly a central part of what he does. A form of technique would be prioritized over the patient's life. We analysts have a moral responsibility for how far, or how fast, we go; or, occasionally, for whether we continue the analysis at all. To quote the old adage, the operation was a success, but the patient died (or leaves, or is subdued into compliance, or commits suicide, or breaks down irrevocably, or, as Bion put it, might even, out of despair with his analyst, get 'better'!). James Strachey, in his famous article 'Mutative interpretations', addresses this issue; such a restricted diet of interpretation, he says, is like the currants in a currant cake; you can't make a cake with only currants, even though currants are what differentiate a currant cake and you can't have a currant cake without them [3].

Certain important and central features of analytic theory and technique would then be taken as not only necessary but sufficient, robbed of some of their internal meaning and life, raised above the patient's life realities and put on a pedestal as 'the essence' of psychoanalysis. (And the patient may stimulate such tendencies in the analyst).

I think there is a risk of fundamentalism in this caricatured scenario. The opposite tendency, of encouraging a regression that is treated by active satisfaction of what are seen as child-like needs, tends towards anarchy, as I said. Anarchy and fundamentalism create a dance of opposition in which each side feels justified in further extremism partly by the extremism of their opponent, partly by the perceived extremism of their opponent. Instead of bearing the tension (we respect and need our technique but only

in the light of the actual state of the human being we are working with: the Sabbath is made for man, not man for the Sabbath) the split is reinforced; opposed tendencies are on one side claimed as deep insights and on the other rejected as heresy.

The conflicting stances are the result and the cause of dangerous passions and a dangerous high-mindedness. And here I return to a point I made earlier. Passion can run wild in our Societies as in our personal lives. We may need temporary defensive structures of an organizational kind to contain and restrict them. Over time, however, we also need to find ways out of such limiting structures into more mature ways of functioning and relating.

The British Society has been able, very slowly, to change. Way back in 1967 the training was unified. More recently, in 2005, the Gentlemen's Agreement was rescinded; group identity was no longer to be a criterion of suitability for administrative positions or for places on Committees.

How has this proceeded? My feeling is that things are moving in a reasonably satisfactory direction, though, inevitably, not everyone would agree with this. There is of course now pressure and need to recruit broadly (from people known to be allied to particular Groups) for membership of sensitive committees, and there are both real differences of approach and theory, as well as the relics of the old mud-slinging narcissism of small differences. We are still inclined to avoid open controversy; we continue to fear that splitting might result.

Yet there have been substantial theoretical and technical reconciliations and rapprochements, and despite some bitterness, views from each group have permeated other groups. We do not now need to be so protected by rules guaranteeing the survival of our particular traditions; we can trust them to make their way in the world more on their own, to leave the comfort of home and submit themselves to the rough and tumble of contact with peers and the verdict of later generations. Chairs of committees are more alert to their responsibilities towards minority groups now that such matters are not taken care of by numbers alone. The babies inside us, who want to have and be all, are of course still alive and strong. No one grows out of such desires and demands. But if we are able to be in touch with our leadership and parental capacities, we can perhaps support these babies

and small children within ourselves, and help them to bear the feelings involved when they/we get hurt in this process, feeling left out or overshadowed; we can too learn to be more aware of, and check, our tendencies towards arrogance and bullying. As in a good family, we may be able to remain aware of the benefits of robust family life, especially when we are tempted to throw the baby out with the bathwater.

REFERENCES

1. FREUD, S. (1921). *Group psychology and the analysis of the ego*. SE 18, London, pp.64-143.
2. KING, P., STEINER, R. (1991). *The Freud-Klein controversies, 1941-45*, London, pp.171-479.
3. STRACHEY, J. (1934). 'The nature of the therapeutic action of Psychoanalysis' in *Internat. J. Psychoanal.* nr. 15, London, pp. 127-159.

Discussions

Discussions

The change of psychoanalysis at Freud and after Freud

Commentary on

What changes in Psychoanalysis? What is to be changed in Psychoanalysis?

(Quels changements dans la psychanalyse? Que changer encore dans la psychanalyse?)

by Michel Vincent¹⁶

*Vasile Dem. Zamfirescu*¹⁷

After reading the very well documented presentation of Michel Vincent, I realized that for many psychoanalysts there is this temptation, that I'm also attracted to, to consider that the change in psychoanalysis, "the real" change starts with the post-Freud authors, not only in a chronological way, but in a logical one too. One of Michel Vincent's contributions is to demonstrate that in Freud's works the change is already there, not only as a continuous enrichment, but also sometimes as a spectacular restructuring. Among other things, Michel mentions the classical example of transference, considered firstly as an obstacle in front of the analytical process, and then, several decades later, as the very engine of the same process.

Symmetrically thinking, I immediately had in mind the countertransference and its destiny in Freud's works, realizing that, in this regard, the psychoanalysis founder's thinking couldn't go beyond a certain

¹⁶ See Michel Vincent, p. 13.

¹⁷ *Romanian Society of Psychoanalysis*, vzamfirescu@yahoo.com.

point. He couldn't realize the spectacular revalorization sensed in the case of transference. The term of countertransference was used for the first time by Freud in a letter addressed to Jung, in 1909. In a letter from 1913, sent to Ludwig Binswanger, Freud underlines that the problem of countertransference is one of the most difficult that the psychoanalysis technique had to face. Freud's suggestion, which can be found in other shapes throughout his works is quite clear: countertransference must be admitted and overcome by the analyst, as a successful way of self-control. Freud never thought about using countertransference in the analytic process, as it happened with transference.

I was struck by this discrepancy between Freud's attitude towards transference and countertransference. I asked myself what would be the cause and if it is not this cause that represented an insuperable limit for Freud. In the psychoanalytical literature there are of course numerous hypotheses on this issue. Personally, I consider that a decisive role must have been played by the training and the mentality of the 19th century scientist, namely Freud, transposed on the analysis level. From this point of view, the object and the subject are trenchant distinctive, the relationship is unilateral, from the subject to the object, the epistemic subject having the mission to catch the very essence of the object, which is possible thanks to its neutrality.

It is well known that starting with the 1950s, half a century after Freud's death, countertransference became more and more important for the analytical process and was now described in terms of transference and countertransference. Freud's posterity fulfilled what Freud couldn't do, meaning to revalue countertransference. I do not intent to talk about all these, only about a French author: Georges Devereux, who in his paper *From anguish to method in human sciences*, brings a supreme homage to countertransference and to the psychoanalysis that assumes and uses it. According to Devereux, a) human sciences have a certain specificity which makes the scientific criteria of natural sciences inapplicable; b) due to this specificity consisting in the cognitive relationship between two people, psychoanalysis can become an epistemic model for the human sciences. The transference and countertransference discovered by psychoanalysis inside the clinical relationship are functioning in any human relationship,

the cognitive one included, namely the one characteristic to human sciences. As psycho- unconscious realities, they will disturb the subject-object rapport. Especially the non-assumed countertransference seriously disturbs the researcher's objectivity in human sciences. That is why it is precisely the researchers that assume countertransference and its analysis, and not its denial, that could insure objectivity in this field.

For me, Devereux's theory speaks highly of the contemporary psychoanalysis because it grants countertransference its proper place.

Altruistic surrender or the limits of selflessness

Commentary on

«Rien de nouveau sous le soleil»

by Luis Rodriguez de la Sierra¹⁸

*Daniela Luca*¹⁹

Si j'étais/If I were Luis de la Sierra maybe it would be easier for me to speak to you – in a large psychoanalytical view – more about this *Vergüenza ajena*: “Spanish shame”, the sense of shame on behalf of the other, even though that person may not experience shame whatsoever. And maybe I would make you understand this basic emotion, this deep and unspeakable feeling that involves the subject when he's completely captive in the shame of his beloved object. And, maybe, so as to make you *listen* beyond the mental representation of this “Spanish shame”, I would let the Spanish music play all around us, and thus you could identify yourself with what a Spanish man/woman feels when the other is not conscious of his/her own shame. But I'm not Luis de la Sierra, even if I tried to impersonate him, with these projective identifications, here and now. And, because I definitely am Daniela Luca, it has not been easy for me to choose from Luis de la Sierra's challenging paper *that special topic* that makes me think, elaborate, metaphorize and work-through more than the others. So, please let me speak more about *altruism* from a psychoanalytical view, not from a philosophical or ethical one, and about the difference between *altruism* and *altruistic surrender*, and *the limits of selflessness*.

¹⁸ See Luis Rodriguez de la Sierra, p. 83.

¹⁹ Romanian Society of Psychoanalysis, danielaluca_srp@yahoo.fr.

Freud refers to the concept of *altruism* approximately ten times in his work, most often in a social or cultural context. In "Thoughts for the Times on War and Death" he writes: "Throughout an individual's life there is a constant replacement of external by internal compulsion. The influences of civilization cause an ever-increasing transformation of egoistic trends into altruistic and social ones by an admixture of erotic elements. In the last resort, it may be assumed that every internal compulsion which makes itself felt in the development of human beings was originally – that is, in the *history of mankind* – only an external one. Those who are born today bring with them as an inherited organization a certain tendency (disposition) towards the transformation of egoistic instincts into social ones, and this disposition is easily stimulated to bring about that result." After pointing out that except when in love, "the opposite of egotism, *altruism*, does not, as a concept, coincide with libidinal object-cathexis", he added, rather laconically, in *Civilization and Its Discontents*, "the development of the individual seems to us to be a product of the interaction between two urges, the urge towards happiness, which we usually call « egoistic », and the urge towards union with others in the community, which we call « altruistic ». Neither of these descriptions goes much below the surface. In the process of individual development, as we have said, the main accent falls mostly on the egoistic urge (or the urge towards happiness); while the other urge, which may be described as a 'cultural' one, is usually content with the role of imposing restrictions".

However, in the third part of *The Ego and the Mechanism of Defence* (1936/1937), Anna Freud – as Luis de la Sierra reminded us and underlined in his paper – provides an example of two types of defence, namely, "identification with the aggressor" and "a form of altruism." And in connection with the mechanism of projection, she conceives of "altruistic surrender" (*altruistische Abtretung*, according to the expression used by Edward Bibring): "The mechanism of projection disturbs our human relations when we project our own jealousy and attribute our own aggressive acts to other people. But it may work in another way as well, enabling us to form valuable positive attachments and to thus consolidate our relations with one another. This normal and less conspicuous form of projection might be described as « altruistic surrender » of our own

instinctual impulses in favour of other people." Using a clinical example, Anna Freud analyzes the transference of the subject's own desires to others, a transference that enables the subject to participate in the instinctual satisfaction of another person through projection and identification. Speaking of this process, she refers to Paul Federn's comments concerning identification through sympathy.

The section of the book devoted to the study of the two mechanisms of defence is placed between a chapter on the preliminary stages of defence – the avoidance of unpleasure when facing real dangers (negation through fantasy, negation through acts and words and ego withdrawal) – and a chapter on the phenomena of puberty and the defences arising out of fear, associated with the intensity of instinctual processes. To Anna Freud, the mechanisms of identification with the aggressor and altruism can be conceived as *intermediary stages of defence*, centred on the transition from anxieties arising from external dangers to subsequent anxieties arising from internal dangers. This explains the projection inherent in both types of defence and the role of the superego in the genesis of altruistic surrender: "Analysis of such situations shows that this defensive process has its origin in the infantile conflict with parental authority about some form of instinctual gratification". Other passages in her work support this view: "Her early renunciation of instinct had resulted in the formation of an exceptionally strong super-ego, which made it impossible for her to gratify her own wishes... She projected her prohibited instinctual impulses onto other people, just as the patients whose cases I quoted in the last chapter did ... In most cases, the substitute has once been the object of envy". She also points out that *altruistic surrender is a means for overcoming narcissistic humiliation*.

Finally, for Anna Freud, altruism could involve libidinal impulses as well as destructive impulses and, moreover, could affect either the realization of desires or their renunciation. Her analysis of the mechanism of defence finishes with an approach to its connection with the fear of death. Also, Anna Freud provides a concluding note on the similarity between the conditions needed to initiate altruistic surrender and those present during the formation of masculine homosexuality.

I think that at this point it is interesting to make a connection between

Luis de la Sierra's paper, Anna Freud's concept of *altruistic surrender* and Seelig's view on altruism. For Beth Seelig, altruism is a term that includes a range of *both normal and pathological behaviors* that are consciously intended to, and actually may, benefit another. She's proposing five distinct categories of altruism. The first, *protoaltruism*, is instinctive and resembles seemingly altruistic behavior seen in animals. In humans, protoaltruism includes both maternal and paternal nurturing and protectiveness. *Generative altruism* is the nonconflictual pleasure in fostering the success and/or welfare of another. *Conflicted altruism* is generative altruism drawn into conflict, but in which the pleasure and satisfaction of another (a proxy) can be enjoyed. *Pseudoaltruism* originates in conflict and serves as a defensive cloak for underlying sadomasochism. Pseudoaltruism involves efforts to defend against profound aggression, envy, and a superego-driven need to suffer and be a victim. In pseudoaltruism there is no genuine pleasure in the success or pleasure of the proxy, and pseudoaltruists may be joyless, self-denying martyrs. The fifth category, *psychotic altruism*, is demonstrated by individuals whose delusions drive them to damage or sacrifice themselves, sometimes in bizarre ways, for the welfare of others.

At the end of this discussion, I wish to return to the dialogue between J. Sandler and Anna Freud, quoted by Luis de la Sierra, but I want to bring you here another fragment, that is almost clarifying the meaning of *selflessness*, especially because Anna Freud wonders whether a genuine altruistic relation can exist, and asserts that projection and identification are certainly not the only ways to acquire attitudes which appear to be altruistic, another route is by way of masochism.

"J. Sandler: Looking back at the chapter on altruism it seems that there are still a number of things we haven't fully gone into. First, in relation to the altruist's aggressiveness, you say, Miss Freud, (140, 129):

« This defensive process serves two purposes. On the one hand it enables the subject to take a friendly interest in the gratification of other people's instincts and so, indirectly and in spite of the superego's prohibition, to gratify his own, while, on the other, it liberates the inhibited activity and aggression primarily designed to secure the fulfilment of the instinctual wishes in their original relation to himself».

I don't understand what you meant there.

Anna Freud: It's so easy. If you can't get what you want yourself and enjoy it yourself because it's prohibited by internal conflict, well at least somebody else can get it, and you can enjoy it there through what you call vicarious enjoyment-which is certainly worth while. But that isn't all. At the same time the process liberates, or creates an outlet for the aggression. What I meant was that originally the individual wants to pursue his or her instinctual aims aggressively. 'I want it, I'll have it, I'll fight anybody who won't give it to me.' This aggression becomes impossible and forbidden, when the fulfilment of the wish becomes impossible and forbidden, but now with the altruism you can fight for somebody else's fulfilment of the wish with the same aggression, the same energy. So you have both your libidinal vicarious pleasure, and you have the outlet for your aggression. It's surprising that not more people are altruists!"

My gratitude, Luis de la Sierra, for giving me/us this occasion to re-consider and re-work through the altruistic part of the self and its vicissitudes. Thank you also for letting us understand what *Vergüenza ajena* means.

REFERENCES

1. FREUD, A. "O formă de altruism", *Eul și mecanismele de apărare*, EFG, București, 2002, pp. 99-109.
2. FREUD, S. "Considerații actuale despre război și moarte", pp. 27-39 și "Disconfort în cultură" din *Opere Complete vol. 4*, Editura Trei, București, 2000, pp. 147-206.
3. SEELIG, Beth J. "Normal and pathologic altruism", In. *Journ Psychoanal*, September 2001 vol. 49 no. 3, pp. 933-959.

Livre psychanalytique

Psychoanalysis book

***Neither Zen, nor psychoanalysis.
The book (that needs to be) closed
or how the creative Ego writes itself,
between psychoanalysis and Zen
from Matei Georgescu's point of view***

Daniela Luca

Motto:

*"The Manner in which something is seen, heard, or cognized
is not what is refuted here, but the conceptualization of its true
appearance, which is the cause of suffering, is rejected here."*

(Santideva – *The perfection of wisdom*)

Before starting to write, a time and space placement is required, a mental representation of what is to take place on a given founding configuration, an idea architecture that went at least once through the excitation filter, by means of the perlaboration process, so that the coherence of the final construction provides a different significance, understanding and knowledge area, a gateway towards a different kind of experience.

The book (that needs to be) closed – the imperative *between* brackets doesn't allow a description of what it is inscribed in it. If you only observed (paid attention to) the message between brackets and nothing more, you would reflect upon, find-create, freely or freely enough associate with this *neither-nor* provided to you by the author in its title. I believe that this manner of naming one's own book is a way of *double-inviting* and, simultaneously

double-forbidding the lecturer towards exploring and towards his *to-be-or-not-to-be* experience, the non-duality being included from the very beginning.

Matei Georgescu – *the author who is here and now transposed by the author of this text in a different here-now, yet having the same experience of writing-reading* – by leaving *this book* to the world, does not plead for zen or psychoanalysis (even if, apparently, on the first reading, it might be said so), and does not place himself, in conflict or not, in a third space experience, from where it is comfortable for his creative Ego, moved, actuated or enacted from the *Id* by its *libido scribendi*, balances the Self between the two ample territories, given all the possible perspectives, in order to present them to us (relatively) equitable, and he *doesn't even let himself* be carried away by a flamboyant and disturbing sublimation labor that a writer may experience during conception-creation process. And this fact, this *non-teleological* manner of writing, *intrigues* and *entangles*: because it takes you *outside* the habitual area of experiences, sets itself for the *non-mind* and *non-duality* (so not even the monad, the Uniqueness), sets itself for the *emptiness* and *void* (non-conceptualized), sets itself for not just the third, but *the fourth dimension*, sets itself for the *nothingness* and *point zero*, sets itself a sort of “*being with no purpose, no profit, no fame*”.

And *why* or rather *how* would you (still) be intrigued by these proposals (followed by others as you will discover whenever opening/closing the book), if – being at least a psychoanalyst – you already had the theoretical and practical knowledge (inner and outer) of the *void* right from your *own analysis*, then by repetitively reading the writings of Sigmund Freud (repetitively quoted by the author in his references to psychoanalysis versus zen), or especially by reading Sandor Ferenczi (*Thalassa*), and to mention par excellence Donald W. Winnicott (*nothingness, void, the fear of crashing, non-existence, non-evanescence*) and to recall the remarkable psychoanalyst, André Green, with his entire void metapsychology (*white psychosis, white mourning, white depression, melancholic psychosis, blank labor, the labor of the negative, the labor of void, the double-limit, the negative hallucination, bi-triangulation, non-void, non-sense and so on*), without forgetting the fascinating Wilfred R. Bion with his familiar phrase, “*without desire or memory*”, when he describes the state/the ability

to dream and the analyst's inclusion throughout the session.

The book (that needs to be) closed intrigues by at least arousing curiosity (the epistemophile instinct) produced by what is written *between* brackets, by cancelling the imperative and the forbiddance. *Cancelling* (retro-active? or *cancelling – reduced to zero?*), i.e. another way of *being* in *zazen*. Yet *this is not known, this* (where are you, the miraculous French word *la chose*, to bring meaning and non-sense in Romanian as well?) is discovered by reading the book. And then, the *double message* (non-entanglement), with its divisive effort, determines you to do *the opposite*, but counter-acting is also not enough, because the title takes you to another vague area: “*neither, nor*”. Read in André Green's perspective, we might say that it is a *negative denial of choosing*. Read in Winnicott's perspective, we might say that this book is the product of a “transitional phenomenon” (it remains to be *seen*).

And if you drop the *reading perspectives* (choosing theories is also an expression of the need, of the desire to re-present the world to ourselves, the objective reality, Matei Georgescu tells us, as we shall read in the closed book), *outside the mind*, then how can you *make* the experience of this oration regarding “neither zen, nor psychoanalysis”? And, also in an effort to *entangle*, to *bind*, how can you *let yourself* be consumed on the inside by a text (and its context), if you can't de-limit the *purpose* of this book or its *point*? The author himself lays us (not lying on the bed, but in the *lotus* position) within ourselves confessing that:

“The point of this book is to set landmarks, a map of the confluence of psychoanalysis with zen, (obviously in cognitive terms). The consequence is that this book *counterfeits* the *zazen* in particular: the plenary experience of the situation is totally different from the experience this book offers. To « condense » the *zazen* in representations (and to reduce psychoanalysis to a word) is yet the only way of communicating in writing.”

We believe it is therefore simple, but right when we tell ourselves that it is simple, the *turbulence* begins, due to “*falsification*”, because it is (not in Winnicott's *true-self – false self sense*) a way of exposing yourself – you, as reader of the text – to an *authentication* process, a process of declining or losing *the opinions, the knowledge, the beliefs, the clichés, the percepts, the edicts, the laws, the representations, the preconceived ideas, the patterns, the limits, the hybridizations, the impressions, the egos, the others, the corpuscles...* an “endless”

enumeration (*endless analysis*, as Freud used to say), *beyond* or *outside* what you *knew* to be as self until reading the text. How many layers of psychic skin will it have shed? How many psychic deformed forms will it have reformed or dissolved? And especially what *reflections* might have lost their meaning while reading this book if in the end you find out – in the sense of being an *enlightenment experience*: “To be “enlightened” means to feel that there is no need for searching, for ideas, for words This book (like any other book) is “darkened” with ideas, words and needs to be closed.”?

Neither psychoanalysis, nor zen will fully be deciphered, although it might be the reader’s desire, waiting, curiosity: to discover *how* Matei Georgescu (the one that practices both psychoanalysis and zen) managed to *blend* and *separate*, to lay and to let two „vice-versas” (I do not state neither theories, nor perspectives, religions, sciences or philosophies, *vice-versas* is everything) *be* together on the same *locus* (a truly impossible mission). We will find out a handful of things regarding psychoanalysis (especially Freudian and Jungian, even if it transparently makes reference to Didier Anzieu, and Serge Lebovici, and Julia Kristeva, and the above-mentioned psychoanalysts), we will find out a handful of things regarding the zen (and the zen thinkers). We will discover possible resemblances and differences between them. There is no point – *it is neither the time, nor the place* – for me, the prefatory, to pass in review for this closed book everything you will encounter by means of your own mind and experience. What *I believe* to have a point is to unravel before your own discovery a sort of *refinement of the enigmatic messages left within the book*, a subliminal oration created by the author, a personal way of blending/entangling the mother function with the father function in the act of writing, attained not as much by the ability to sublimate, but to *stand*.

Matei Georgescu’s book ending *reminds* me of Gellu Naum (may I be allowed to freely associate neither with zen, nor with psychoanalysis, but with poetry, because of *the world/ of the other as an aesthetic object or the psychoanalyst’s aesthetic function*) and his poem called “A place out there”:

“ It is necessary to keep in mind everything we’ve ever uttered by the by in our long life

Moreover, we’ll have to think about everything we have forgotten, thus

restoring the proper bright silence

and each of us hitting oneself against the hardness of one's own eye will then wake up at the age of an indifferent poetic dimension that cancels by itself and slowly deserts us during a deep forgetfulness

and nobody will ever appear, not even the one that used to dream about us in the hard-bitten grace of love (or else her watching over us protects us on the endless road that goes over us)

and there is only one place out there that awaits our disappointing coming "

My gratitude to the author for this possible choice. Read carefully!

Recommendations for authors

Romanian Journal of Psychoanalysis receives original articles for publication (only articles that haven't been previously published in other publications are to be received, in electronic or printed form, in English or French) about any psychoanalytic theme.

The authors are required to follow the following typing rules:

The article is to be written with diacritical marks in French or English, with the abstract and the key-words translated in both languages; the paper will not exceed 20 pages and will be written in Word format, Times New Roman 12 font, Paragraph – Line spacing – double.

It will be sent by e-mail to our editorial office and you will receive confirmation; the page numbering will be: position – bottom of the page, alignment – right.

The article will contain an introduction and, in the end, conclusions and references.

The first page will contain: the title of the paper (it should not exceed more than 40 characters), the author's name, his/her affiliation (institution), e-mail address, phone number and postal address for correspondence; a concise abstract (maximum 200 words). The paper is to include an introduction and conclusions and references at the end.

In case the articles are based on clinical materials, the author has to confirm that he/she has taken into consideration different methods of protecting patients' confidentiality.

The footnotes will be reduced to the minimum and they are not to be used as bibliographical references.

The quotations are to be accurately checked, specifying the exact page.

Any underlining using italics within a quotation should be indicated as such, mentioning in brackets after the quotation ("my underlining").

Bibliography. The references will appear in the text, with the author's name, followed by the publication year and the quotation page, written in brackets as follows: Freud S (1918, p.87); if there are more than two co-authors, the text reference will indicate only the first author (Smith et al,

1972); the complete reference of the works quoted will appear in the final bibliographical references. The authors should limit themselves to the references that are relevant to the article. The authors will be listed alphabetically and their works in the chronological order of publication. If, for the same author, different works published in the same year are quoted, they will be indicated by using the letters a, b, etc. When a certain reference does not refer to the original publication, the year of the edition used will be mentioned at the end.

In case of translations, the title and the edition of the original source text are to be mentioned in brackets.

- *For quotations extracted from books* the followings are to be mentioned, in this order: author – name and the initial of the forename; the year of the first edition written in brackets, which has to correspond to the text quotation; the title of the work written in italics, publishing house, place, year, volume.

ex.: NIETZSCHE, F., (1872). *The birth of tragedy*. Geuss R, Speirs R, editors, Speirs R, trad. Cambridge: Cambridge and New York, 1999.

- *For quotations extracted from articles* the followings are to be mentioned, in this order: the title of the article; the title of the magazine quoted in italics; the volume number in Bold; the year and the number of pages between which the article is covered.

ex.: YOUNG, C., BROOK, A., (1994). Schopenhauer and Freud. *Int. J. Psychoanal.* **75**: 101 – 18.

If the reference contains a title in another language, apart from French/English, the translation of its title will be written in either French or English and will be included in square brackets.

For the references that are not published one should mention “unpublished communication”, followed by the place and the date of the communication.

The corrections and modifications required by the editorial committee will be inserted in the written text with the prior consent of the authors.

The articles are to be sent to the editorial committee of the RRP (Romanian Journal of Psychoanalysis) using the e-mail.

Consignes aux auteurs

La Revue Roumaine de Psychanalyse reçoit des articles originaux, (non publiés antérieurement, sur papier ou par voie électronique) en français ou en anglais, couvrant toute question psychanalytique.

Instructions pour les auteurs:

Le manuscrit utilisera les signes diacritiques, en français ou en anglais:

Chaque manuscrit doit comprendre: un court résumé en deux versions, anglaise et française, il ne doit pas excéder une longueur de 20 pages, il sera soumis en format Word, Times New Roman 12, double interligne, il sera soumis par voie électronique avec confirmation de réponse de la rédaction, le numéro de la page sera affiché en bas, à droite.

Le manuscrit comprendra une introduction et, à la fin, les conclusions et les références.

La première page comprendra: le titre de l'ouvrage qui n'excède plus 40 caractères, le nom de l'auteur, l'établissement d'affiliation, l'adresse courriel, un numéro de téléphone et l'adresse postale de correspondance; un bref résumé (200 mots maximum).

Pour tous les articles soumis impliquant des cas cliniques, leurs auteurs doivent déclarer dans leur lettre d'envoi la méthode qu'ils ont choisie pour protéger la confidentialité des patients.

Les notes de bas de page doivent être restreintes au minimum nécessaire et ne pas être utilisées pour donner des références bibliographiques.

Les citations doivent être soigneusement vérifiées dans leur exactitude et les numéros de pages correspondants indiqués.

Les italiques de l'original doivent être indiqués. Tout autre soulignement dans la citation doit être indiqué par la typographie et en ajoutant la phrase « (c'est moi qui souligne) » entre parenthèses après la citation.

Bibliographie. Les références apparaissent dans le texte en citant le nom de l'auteur suivi de l'année de publication entre parenthèses, par exemple: Freud S (1918, p. 87). S'il y a plus de deux co-auteurs, la référence dans le texte indiquera le premier, par exemple: (Smith et al., 1972). La référence complète des œuvres citées figurera dans la liste des références à la fin de

l'article. Le contenu de la liste des références doit correspondre exactement aux travaux cités dans le texte, sans entrées supplémentaires. Les auteurs apparaîtront par ordre alphabétique et leurs travaux par ordre chronologique de publication. Si sont cités plusieurs travaux du même auteur publiés la même année, il convient de les lister en ajoutant a, b, c, etc. Lorsqu'un auteur est cité à la fois comme auteur unique et comme (premier) co-auteur, les références se rapportant à lui en tant qu'auteur unique doivent précéder celles où il est co-auteur. Les noms des auteurs sont répétés chaque fois que nécessaire. Lorsqu'une référence ne se rapporte pas à l'édition originale, la date de l'édition utilisée devra figurer à la fin de la référence.

S'il s'agit des traductions, on mentionne entre parenthèses le titre et l'édition de la traduction.

Pour les citations des livres on mentionne: l'auteur – nom et initial du prénom; entre parenthèses l'année de la première publication – qui corresponde à la citation du texte; le titre de l'ouvrage en italiques; l'édition; le lieu; l'année; le volume.

ex: NIETZSCHE, F., (1872). *The birth of tragedy*. Geuss R, Speirs R, editors, Speirs R, trad. Cambridge: Cambridge and New York, 1999.

Pour les articles on mentionne: le titre de l'article; le nom de la revue citée – en italiques; le numéro du volume – en gras; l'année et le numéro de pages de l'article.

ex: YOUNG, C., BROOK, A., (1994). Schopenhauer and Freud. *Int. J. Psychoanal.* **75**: 101 – 18.

Si la référence contient un titre dans une langue autre que le français/l'anglais, on mentionne entre parenthèses la traduction en français/anglais du titre.

Pour les références non publiées, on mentionne „communication non publiée”, suivie par le lieu et la date de la communication.

Les auteurs inséreront dans le texte les corrections et les modifications sollicitées par le Comité de Rédaction.

Les articles seront envoyés à l'adresse courriel de la rédaction de RRP.