

# Persona non grata

**jean-guy lavoie**

L'aliéné, c'est l'étranger. De tout temps, le fou était jugé « persona non grata » et écarté de la société des gens bien. L'influence du traitement moral a rendu une certaine dignité à ces parias.

Par la découverte et l'étude de l'inconscient, Freud a redonné un statut subjectif à cette « pars non grata » rejetée du champ conscient de l'être humain. Ce faisant, les dérèglements psychiques des individus pouvaient devenir un objet d'étude puisqu'ils procédaient d'un inconscient partagé avec le reste de l'humanité.

Du coup, la « persona non grata » pouvait être reconnue comme un semblable. Les dérèglements de son psychisme pouvaient être compris comme les perturbations d'une subjectivité déstabilisée.

La connivence ainsi rétablie entre le soigné et le soignant a permis de repérer le transfert et le contre-transfert. Les études analytiques des dernières années ont poussé encore plus loin la reconnaissance de la subjectivité du malade en lui permettant de se déployer à l'intérieur de l'espace thérapeutique où elle est repérée dans la réaction contre-transférentielle elle-même. De facto, le statut de personne est ainsi pleinement reconnu au malade.

L'individu psychotique provoque généralement une ambivalence fondamentale où se mêlent la fascination et le rejet. Tantôt on en fait un porteur inspiré de la vérité, un prophète, une pythie, tantôt il devient le paria, l'aliéné, le mouton noir.

C'est qu'il ne laisse personne indifférent. La gamme d'émotions qu'il suscite dans son entourage est variée : crainte, mépris, idéalisation, pitié, sentiment aussi bien de toute-puissance que d'impuissance.

Devant ce personnage ambigu, les individus adoptent diverses attitudes dont la fuite ou la surprotection, un déni total de sa maladie (« c'est la société qui est malade ») ou un déni partiel (la maladie mentale grave est un handicap comme tout autre auquel il faut adapter une prothèse adéquate).

Ce balancement, entre ces attitudes, est-il moins extrême aujourd'hui qu'il y a un siècle? A-t-on trouvé une certaine aisance devant le déraisonnable? Est-il désormais possible d'échanger dans un dialogue ouvert de personne à personne avec ces êtres marginaux?

## Une histoire d'ambivalence

L'ambivalence envers le malade mental s'est manifestée à travers les âges. Il nous semble qu'elle s'est beaucoup modifiée, surtout dans les milieux de soins, depuis la fin du siècle dernier. Mais les choses avaient commencé avant.

Déjà, vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le Florentin V. Chiarugi (1759-1820) voulut non seulement mettre fin aux sévices physiques et aux mesures brutales envers

les patients asilaires, mais il énonça aussi un principe qui allait révolutionner les attitudes.

*« C'est un devoir moral suprême et une obligation médicale de respecter l'aliéné en tant qu'individu. »* (Alexander et al., 1972, 135).

On sait comment Benjamin Rush (1745-1826) et Philippe Pinel (1745-1813), qui édicta le « traitement moral », réussirent la même révolution en France et aux États-Unis.

Ce mouvement d'accueil à l'égard de la personne de l'aliéné se continua au début du XIX<sup>e</sup> siècle. Mais l'influence de W. Griesenger, qui n'admettait que la base organique de la pathologie mentale, allait freiner l'expansion du traitement moral et favoriser le retour au traitement impersonnel. Cette approche pessimiste de l'évolution du dérèglement psychique ne laissait guère de choix. La société et les soignants étaient confrontés à un grand sentiment d'impuissance. La réaction fut massive. Dorothea Dix fit une campagne efficace aux États-Unis pour multiplier les asiles afin d'assurer le gîte et le couvert à ces miséreux dont on ne pouvait améliorer le sort. Des villes autonomes furent construites pour recevoir ces présumés tarés irrécupérables que l'on éloigna des grands centres urbains.

Au plan thérapeutique, c'était le pessimisme le plus sombre. Ce fut l'époque anti-psychologique avec l'apogée de l'approche neurophysiologique dont E. Kraepelin (1856-1926) fut un illustre représentant. Son traité, génial sous différents aspects, scella les opinions pessimistes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sur la nature organique de la maladie de la psyché. Le siècle se terminait par une approche thérapeutique davantage marquée par un défaitisme appelé à dépersonnaliser la relation au malade après un début de siècle prometteur où le traitement moral ambitionnait de restituer son individualité à la personne.

Freud allait lancer une nouvelle révolution et donner un élan formidable à l'approche personnalisée en proposant l'idée qu'un sens se dissimulait derrière l'incohérence du discours de l'aliéné. Il proposait des hypothèses psychologiques pour expliquer les perturbations du fonctionnement mental, dégageant ainsi la science du bourbier organique où elle s'était enlisée.

Du coup, le malade provoquait un intérêt scientifique fécond et recouvrait une certaine parole. La constitution d'une théorie cohérente de l'appareil psychique allait permettre de comprendre l'ensemble des manifestations de l'esprit humain, y compris dans ses expressions les plus aberrantes. Sur cette lancée, plusieurs psychanalystes et psychiatres se rapprochèrent à nouveau du psychotique dans l'espoir de décoder son discours et de trouver le moyen d'agir sur sa maladie.

Ces pionniers durent travailler contre l'idéologie scientifique qui a dominé l'approche du schizophrène au fil des années. Ainsi, parmi d'autres, en témoigne

H. Rosenfeld (1990, 13) qui, dans les années 1930, voulut obtenir l'autorisation de son directeur pour entreprendre une thérapie de schizophrènes. Il rapporte le résultat de l'échange avec son chef :

*« Je devais me rendre compte que la schizophrénie était une maladie organique et que le simple fait de parler aux patients n'aurait aucun effet, ni sur son apparition, ni sur sa disparition. »*

La psychothérapie des schizophrènes avait peu d'appui, parce qu'elle s'éloignait de l'explication organique :

*« Une hypothèse de cet ordre impliquerait que la schizophrénie pouvait avoir une base psychogène, ce qui à cette époque était inacceptable pour les psychiatres en Angleterre, à part peut-être... ».* (Rosenfeld, 1990, 12).

La psychanalyse suscita malgré tout de grands espoirs, beaucoup plus en fait que ne l'avait souhaité Freud qui avait initialement voulu soustraire la psychose du champ thérapeutique de la psychanalyse. Certains chercheurs se sont attaqués au problème et ont apporté des contributions inestimables à la problématique psychotique (M. Klein, H. Rosenfeld, H. Searles, W. R. Bion, P. C. Racamier... et une légion d'autres). On y découvrait, parmi certains facteurs fondamentaux, qu'à l'inverse de ce que Freud croyait, le psychotique était capable de transfert, mais sa manifestation et son intensité se distinguaient radicalement de celui du névrosé.

Avec l'avènement des psychotropes, à la seconde moitié du XX<sup>e</sup>, la psychiatrie reprit son indépendance vis-à-vis de la psychanalyse et l'approche du malade laissait désormais une place plus restreinte à la parole du sujet et à son monde intérieur pour se porter davantage sur le symptôme manifeste et le comportement extérieur. Le malade redevenait porteur d'un défaut biologique à manifestation psychologique. Les symptômes constituaient la cible thérapeutique. Le malade redevint objet d'observation et de mesures plutôt que sujet de parole. Le thérapeute endossait le rôle de gérant actif de son mieux-être, en cherchant à s'extirper de l'insoutenable sentiment d'impuissance.

Dans un tel contexte, les mouvements identificatoires au malade s'avéraient plus ponctuels, sans continuité. Les symptômes étaient posés à l'avant-plan et leur disparition imposait un traitement approprié. Cette logique implacable risquait de faire reculer l'intérêt pour la vie intérieure du malade et pour son histoire. Son expérience interne courait le risque d'être court-circuitée, tant l'essentiel du traitement apparaissait ailleurs. Pourquoi ne pas se concentrer sur des symptômes si affligeants, si dérangeants pour l'entourage, lorsque des moyens efficaces sont disponibles? Est-il encore nécessaire de dépenser temps et

énergie à écouter ces malades dont on peut faire taire rapidement les souffrances aiguës?

Le respect de la personne exige-t-il que la rencontre soignant-soigné se développe aussi dans l'espace global où se déploie l'expérience intérieure des deux participants? C'est l'opinion sans réserve exprimée récemment par H. Lehmann, le plus célèbre des psychiatres canadiens dont le travail est d'orientation organique, qui remarque à l'intention de ses collègues :

*« De même, un psychiatre est censé aider ses patients, les comprendre, non être un as en biologie moléculaire ».*  
(Lehmann, 1992, 14).

Du même souffle, il dénonce la polarisation biologie et psychanalyse qui s'est organisée au cours de ces dernières décennies. S'agit-il vraiment d'un clivage récent? Cette déchirure n'a-t-elle pas toujours été présente sous différents visages, témoignant de l'ambivalence fondamentale envers la psychose?

#### **Exemple clinique : À propos de Louis**

Le défi toujours actuel est de côtoyer quotidiennement le malade mental dans le respect de sa personne. Souvent, le soignant peut être tenté de reprendre ses billes et de s'en retourner chez lui. Il peut aussi être porté à trafiquer la relation d'une façon quelconque, car les enjeux sont incommensurables là où des affects intenses, insoutenables, sont mobilisés. L'ampleur de ces expériences est à l'origine des attitudes diverses du soignant face au malade mental, attitudes qui oscillent entre les pôles extrêmes de fascination et de rejet. Une vignette clinique à l'exemple de la pratique quotidienne psychiatrique illustrera les mouvements affectifs en jeu.

Louis se présente en clinique externe pour un suivi psychiatrique après une hospitalisation où fut diagnostiqué un trouble schizophrénique paranoïde associé à une toxicomanie.

Ce grand jeune homme mince de 27 ans a la voix douce et l'allure posée. Son discours est fluide et articulé. Il nous rapporte deux hospitalisations antérieures suite à des décompensations attribuables, selon lui, à la consommation de cannabis. Il avoue avoir abusé de cette substance et ne croit pas être sujet à de nouvelles rechutes s'il fait désormais un usage modéré de cette drogue. Pour l'heure, il consent à suivre un traitement et à prendre les neuroleptiques prescrits à l'hôpital. Son projet principal est de retourner travailler dans le milieu du cinéma dès qu'une ouverture se présentera. Le septième art est sa passion et il en parle d'abondance.

Par ailleurs, Louis nous apprend qu'il est le cadet d'une famille de trois enfants; un frère et une sœur le précèdent. Il nous dit peu de choses à leur sujet. Il n'en révèle pas davantage sur ses parents, sinon pour signaler que son père est à la retraite et que sa mère est « une bonne personne ».

Il est célibataire et vit toujours chez ses parents. Il n'a pas d'amie intime et les affaires de cœur ne semblent guère l'intéresser. Il a interrompu ses études en deuxième année de CÉGEP où il avait choisi une concentration en cinéma.

Le ton est monocorde et doux. Il s'anime cependant pour vilipender les autorités qui imposent des restrictions abusives à la liberté des gens sur le commerce et l'utilisation personnelle des drogues.

Puis, il reprend son allure décontractée et sa voix grave pour nous communiquer ses connaissances cinématographiques. Il évoque des noms de cinéastes connus, cite des œuvres contemporaines, parle de technique, laissant voir une culture hors du commun avec cet art visuel. Il explique la richesse de ses connaissances par ses expériences de travail. Sur ce point, ses propos sont moins précis. Il aurait collaboré au tournage de certains films en participant à l'éclairage. Dans; d'autres productions, il aurait œuvré au montage.

Louis se retrouve en chômage actuellement parce que l'industrie est dans le marasme. Le thérapeute se demande tout de même alors comment un technicien apparemment de haut niveau ne reçoit pas d'offre de temps à autre. Serait-ce la consommation de drogues qui l'aurait rendu improductif ou les perturbations de sa maladie psychique? Quoi qu'il en soit, Louis retire maintenant des prestations du Bien-Être Social après avoir épuisé ses allocations d'assurance-chômage.

Vint un jour où Louis annonce fièrement avoir été engagé dans une compagnie cinématographique. Il demeure longtemps évasif sur la nature de son travail, ce qui éveille certains doutes dans l'esprit de son interlocuteur. Par différents recouplements, des séances plus tard, son thérapeute en vient à comprendre qu'il ne contribue aucunement à une production. Son travail consiste à classer des films et des documents dans le sous-sol de l'entreprise. Selon le mot de Meltzer, le thérapeute a été « possédé » par l'identification projective du patient. Il a idéalisé les capacités du patient qui ne demandait pas mieux que d'être reconnu dans son faux-self.

Malgré tout, la méprise a porté certains fruits. Une prime a été accordée à la mégalomanie du malade, ce qui lui a permis de se sentir confortable dans une relation où son estime de soi aurait pu être bafouée. Il se sentait plutôt revalorisé par l'image qu'il projetait, ce qui lui permettait d'accepter les contraintes du traitement.

Contre toute évidence, Louis tente encore de soutenir le mythe. Il espère toujours l'appel d'une maison de production. Il prend son mal en patience en rationalisant sur les difficultés actuelles de l'industrie.

Finalement, il ne peut tenir son emploi de préposé au classement. Il déniche ensuite un travail de livreur d'épicerie. Il consent à cette occupation pour accumuler des semaines de travail qui lui permettront de toucher à nouveau les prestations d'assurance-chômage. Il quitte immédiatement cet emploi dès que le compte est atteint et retire les allocations.

L'augmentation de ses ressources financières le porte à consommer davantage de drogues. Il se présente un jour à la clinique de façon assez spectaculaire. Il entre dans le bureau du thérapeute en tenant une bougie allumée, les mains

jointes, l'air inspiré. Il s'agenouille devant le pupitre et se met à faire des incantations dans une langue inconnue. La provocation est évidente dans son attitude. Sa perte de contact avec la réalité aussi. Il est hospitalisé peu de temps après malgré l'augmentation des neuroleptiques.

En cours d'hospitalisation, sa conduite demeure provocatrice. Il poussera l'audace jusqu'à commencer la culture de plants de marijuana dans sa chambre, se servant du rebord des fenêtres pour l'exposition au soleil. Pourtant, jusque-là, il s'était fait discret, effacé même. Son impudence sera de courte durée. Considéré suffisamment rétabli, il reçoit bientôt son congé de l'hôpital.

Louis retourne vivre chez ses parents. Son oisiveté agace son père qui ne tolère pas non plus sa consommation de drogues. Le patient se fait une amie qu'il voit de façon régulière. Il passe de plus en plus de temps chez elle. Par ailleurs, la tension monte quand il visite ses parents. Finalement, son père l'expulse. Le jeune homme s'en va vivre chez son amie. Nous apprendrons plus tard que la vie n'est pas rose là non plus.

Sous l'effet de la cocaïne, Louis retourne un jour chez son père et défonce la porte avec une hache pour protester contre le rejet. Il est à nouveau réhospitalisé. Nous apprenons alors que son amie ne veut pas le reprendre. Elle nous informe qu'il la battait. Elle se ravise ensuite et décide de cohabiter à nouveau avec lui. D'autre part, ses parents passent l'éponge.

Louis triomphe. Il tient alors des propos qui nous laissent songeurs : « *J'ai été accepté dans mon pire. Maintenant, je n'aurai plus jamais peur d'être rejeté.* »

L'acmé semble désormais dépassé. Louis s'organise mieux. Il accepte les emplois disponibles, emplois marginaux, certes, mais qui lui permettent une certaine autonomie. Il diminue sa consommation de drogues. Ses échanges affectifs sont plus harmonieux. Il est toujours régulier dans ses visites à la clinique. Cependant, il continue à entretenir son thérapeute de ses fantaisies mégalomaniaques sur ses ambitions cinématographiques. Les défenses maniaques identifiées par M. Klein (contrôle, mépris, triomphe) fonctionnent encore à plein régime.

Nous gardons l'impression que tant l'identification projective du patient que ses défenses maniaques ont conduit le thérapeute à se laisser « posséder » pour un temps, ce qui a permis à Louis d'éviter une blessure narcissique trop cuisante. Dans cette collusion, une alliance a pu se construire sur des bases transitoires et a permis d'enclencher une relation qui autorise des visées thérapeutiques.

L'accompagnement de ce patient, on le comprendra, a provoqué les réactions affectives les plus diverses. Le thérapeute est passé de la satisfaction à la désillusion, de l'angoisse devant les frasques à la rage et l'impuissance devant l'inanité de ses efforts, de la tolérance la plus confiante à l'exaspération de se sentir floué. Il était bien difficile de maintenir une distance thérapeutique adéquate dans ces conditions.

Le tableau que nous avons présenté avait simplement pour but d'illustrer les mouvements affectifs auxquels sont confrontés les gens qui côtoient les porteurs

d'une maladie mentale grave, qu'il s'agisse des proches du malade aussi bien que du thérapeute. Il n'est pas étonnant dès lors d'identifier différentes mesures d'homéostasie et de survie auxquelles recourront les soignants ainsi touchés, sinon bouleversés.

### La survie des thérapeutes

Cette brève description d'une relation avec un psychotique vient mettre en relief la nécessité de recourir à des mesures protectrices dans le commerce avec ces personnes. Aussi, ces mesures doivent-elles tendre à être conscientes afin d'être pondérées et limitées à la stricte nécessité.

P. C. Racamier (1978, 912) a déjà décrit de façon saisissante le vécu d'inanité du thérapeute qui rencontre un psychotique pendant des années. L'érosion est inéluctable, en effet. Le thérapeute est engagé à fond, parfois à son corps défendant et il lui faudra trouver des moyens de s'adapter aux situations où son contre-transfert sera traversé par des courants contradictoires de fascination et de rejet en lutte contre le travail du vide.

L'histoire nous l'enseigne : la réaction qu'engendre spontanément le contact avec la folie bouleversante est la dépersonnalisation de la relation, le rejet, l'aliénation. Car le psychosé grave, de par le défaut de structuration de sa personnalité qui laisse transparaître son inconscient par ses plaies béantes, vient nous confronter de façon implacable dans la portion la plus étrange de nous-même, révélant l'étranger en nous que nous récusons et que nous tentons d'isoler dans notre inconscient.

Le narcissisme éhonté des psychotiques et des caractériels graves, les mécanismes primitifs qu'ils utilisent abondamment contribuent aux fortes perturbations de la relation. On ne peut rester indifférent devant le déni, le clivage, l'idéalisation primitive, l'identification projective, le sentiment de toute-puissance.

Entendons, par exemple, C. C. âgé de 52 ans, qui, après vingt minutes d'entretien se déroulant sur un ton banal, s'interrompt soudain pour changer de sujet, conservant toujours le même ton cependant : « *Ah oui, il y a du nouveau. Mon père est mort hier soir* ».

Et voici T. M., 48 ans, séparé de son épouse depuis neuf ans. Lui aussi, après plusieurs minutes d'entrevue, nous lance soudainement d'un air narquois : « *Maintenant, tu peux m'appeler M. le veuf* ». Après un bref silence où il savoure mon air hébété, il ajoute : « *Oui, ma femme est morte subitement samedi passé* ».

Dans la relation dyadique, les choses prennent souvent un caractère absolu et les affects tant positifs que négatifs deviennent insoutenables. C'est le domaine de la toute-puissance et de l'omniscience maternelle (Flournoy, 1974, 91) où le thérapeute s'identifie totalement au malade, à certains moments, ne laissant comme possibilité que des mouvements de grande amplitude.

En institution, les choses sont structurées de telle façon que ces écarts excessifs sont atténués. Un soignant n'est jamais seul pour servir des soins strictement personnels à un malade. L'ensemble de l'institution tant physique qu'humaine sert de contenant global. Les rapports patients-thérapeutes sont modulés par la ritualisation des procédures de soins où survient plus rarement l'induction massive d'affects excessifs.

Les soignants conviennent généralement d'un cadre théorique commun qui leur permet de partager la compréhension des phénomènes relationnels avec les malades et leur garantit la présence indispensable du processus secondaire. Les échanges entre soignants établissent une solidarité où sont ventilés et métabolisés les affects intenses au cours de rencontres structurées et institutionnalisées.

Ces mesures ne sauraient être simplement qualifiées de défensives dans la mesure où elles sont nécessaires au soignant pour soutenir sa relation avec le malade et pour lui permettre une régénérescence qui assurera la continuité d'un contact authentique. Ces mesures indispensables respectent-elles suffisamment la subjectivité du malade, sa personne totale, sa parole?

Généralement, divers signes révèlent un dysfonctionnement thérapeutique dont la ritualisation des soins, le dérèglement de certains organes thérapeutiques. Certains soignants en proie au désarroi sont amenés à se consacrer quasi-exclusivement aux aspects concrets, tels le gîte et les ressources financières, parce qu'ils ont besoin de gratifications tangibles pour contrer un sentiment total d'impuissance. D'autres, par ailleurs, prendront l'attitude opposée en désinvestissant graduellement la relation thérapeutique. Le patient schizoïde saisit très vite ce retrait et répond par son propre repli en rompant tout lien. D'autres soignants réagiront encore en se conformant à une observance stricte de visites régulières et à une médication de routine. Ici, la personne qui les consulte est réduite au seul statut de malade.

### **La part de l'inconscient**

La réaction spontanée devant le psychotique oblige à la maîtrise du contre-transfert qui permettra l'aménagement des affects plutôt que de laisser s'élaborer les attitudes anti-thérapeutiques. Dans la clinique psychiatrique d'aujourd'hui, différents modèles théoriques canalisent les énergies. Ils ont chacun leur valeur et leurs limites. Les techniques thérapeutiques qui en découlent visent à l'amélioration des symptômes, aux modifications des comportements, à une rééducation des habitudes de pensée et d'agir, à une réhabilitation plus ou moins serrée dans le réseau social. On vise à sauvegarder tout lien affectif déjà existant et à favoriser l'émergence de nouveaux liens interpersonnels. L'ancrage dans le collectif est fondamental.

Ces approches ont fait leurs preuves et figurent parmi les grandes conquêtes de la psychiatrie contemporaine. Il nous incombe cependant de nous assurer que la

personne en tant que sujet de parole y soit respectée, principe de base déjà esquissé dans le traitement moral au début du XIX<sup>e</sup> siècle.

Dans ces multiples dédales thérapeutiques, qu'advient-il de ce mouvement fondamental de rejeter l'étranger, l'aliéné, le différent de soi? Comment réagit-on à cette représentation chez l'autre de la part refusée de nous-même qui risque de venir déstabiliser l'équilibre établi avec notre inconscient?

La tentation est grande pour le thérapeute de s'ancrer dans le rationnel, le scientifique, l'objectivable, le mesurable, et de faire triompher exclusivement le processus secondaire retenu comme gouvernail unique des orientations thérapeutiques. Le patient est examiné à la loupe pour constater son évolution manifeste, mesurer son progrès d'adaptation, quantifier la rémission des symptômes. Le malade devient l'objet de la science et en illustre les lois et ses applications. Le sujet lui-même ne demande souvent pas mieux que d'ignorer sa subjectivité blessée. Il souhaite volontiers qu'on lui explique en termes logiques et concrets les phénomènes étranges qui l'accablent.

Avec les récents progrès biologiques en psychiatrie, nous nous retrouvons en cette fin de XIX<sup>e</sup> siècle sous la domination conceptuelle biologique de la maladie mentale tout comme l'approche organique avait été prépondérante à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle avant l'influence de Freud, à cette différence près que les temps actuels sont à l'optimisme devant les progrès récents de la biologie, alors que le pessimisme assombrissait les prévisions au siècle dernier. Paradoxalement, nous semblons nous rapprocher de Freud qui a toujours espéré établir ses théories psychologiques sur les assises des sciences biologiques.

Malgré les découvertes spectaculaires de la biologie et de la pharmacologie, le risque millénaire que court actuellement le psychotique est encore d'être considéré sous le seul angle de sa maladie. On peut encore oublier qu'il est une personne dont la parole doit être entendue et la subjectivité pleinement reconnue.

### **Le contre-transfert comme source d'enseignement**

Le sujet en perte d'individualité doit obtenir plus qu'une amélioration symptomatique, qu'un ajustement de son comportement ou qu'une meilleure utilisation de son appareil à penser. Il a besoin de retrouver le sens des choses, le sens de sa vie, le sens de sa souffrance psychique. Il requiert qu'on l'écoute, qu'on reprenne avec lui les expériences douloureuses qu'il traverse et qui le renvoient aux expériences traumatiques de son passé. Il ne s'agit pas de regarder en arrière pour se complaire dans le malheur et se figer dans la morosité, telle la femme de Loth changée en statue de sel pour s'être retournée en fuyant la ville de Sodome. Pour le malade mental, regarder en arrière, c'est détacher les liens entravant la progression. C'est accepter le renoncement, accéder au deuil.

Le défi thérapeutique demeure de s'approcher du psychotique malgré les orages affectifs provoqués par le contact avec sa personne se débattant dans une angoisse insupportable. Dans plusieurs de ses travaux, Freud avait entrepris

l'étude de la psychose (Le cas Schreber, La Gradiva...). Il est vrai qu'il avait ensuite soustrait le champ de la psychose à la psychanalyse en énonçant que le psychotique était incapable de transfert. Cependant, il a tout de même tracé la voie à suivre en se mettant à l'écoute du malade et en reconnaissant le travail psychique que ses perturbations exprimaient.

Les travaux de Freud permettent maintenant de s'approcher du malade et de prétendre s'y identifier pour le connaître sans avoir besoin de se protéger d'une épaisse carapace. Cette démarche demande de s'utiliser comme personne pour accueillir en soi les résonances que fera surgir le malade. Le thérapeute devient un réactif sur lequel agit l'élément projeté du malade. L'analyse de cette réaction permettra d'identifier la partie éjectée du malade. Bion a particulièrement mis en évidence les subtilités de cet échange (Bion, 1955, 1957). Ses commentateurs (Grinberg *et al*, 1972, 114) ont particulièrement bien résumé son point de vue :

*« La relation entre les deux participants du duo analytique est d'une nature telle que, si l'un d'eux a une idée, on doit se demander ce que l'autre a fait pour la lui suggérer. »*

Comment exprimer mieux toute l'importance et la richesse du contre-transfert? Plusieurs auteurs se sont appliqués à développer ce thème dans la foulée de Bion. Signalons l'excellent article de Cahn (1983) où est montrée l'importance de l'interrelation du contre-transfert et du bris du cadre. Plus récemment, nous avons nous-mêmes présenté quelques paramètres de cette dynamique (Lavoie, 1993).

Les enseignements du contre-transfert seront tirés de la subjectivité du thérapeute selon des modalités bien rigoureuses ainsi que l'a démontré D. W. Winnicott (1969) dans un classique de la littérature psychanalytique. D. Meltzer (1984, 548), pour sa part, fait des observations aussi éclairantes sur les conditions de la maîtrise du contre-transfert dans la situation analytique, cet « *espace particulier structuré de façon spécifique* ».

Ces articles montrent l'évolution de l'étude du contre-transfert. De tache aveugle, de zone de résistance qu'il était au départ, le contre-transfert est devenu un outil thérapeutique de premier plan. C'est dans la foulée de Mélanie Klein que, durant les années 1950, les auteurs comme Paula Heimann, Roger Money-Kyrle et Donald Winnicott analysaient pour la première fois la nature de l'expérience contre-transférentielle :

*« Cette série d'études modifia l'attitude à l'égard du contre-transfert, que l'on avait considéré jusqu'alors simplement comme la réponse irrationnelle de l'analyste au comportement transférentiel du patient, par conséquent, comme quelque chose dont il fallait se garder. En reconnaissant le contre-*

*transfert comme la contribution de l'analyste à la configuration émotionnelle totale se déroulant dans la situation thérapeutique, il fut attribué à celui-ci une signification nouvelle. La prise de conscience de ses réponses contre-transférentielles à l'égard du patient allait constituer, pour l'analyste, l'une des sources importantes d'information dont il pourrait disposer pour saisir la signification des développements de la situation; ceci impliquait également que deux personnes étaient en train de vivre une expérience qui, pour être tant soit peu positive et utile, devait l'être pour toutes les deux. » (Meltzer, 1984, 545).*

On ne saurait mieux dire les vues actuelles sur le contre-transfert qui est désormais devenu un outil thérapeutique essentiel.

### **Les aménagements du cadre**

C'est la fonction du thérapeute de s'identifier à la subjectivité du sujet en la départageant de la sienne propre. C'est ainsi qu'il pourra s'offrir comme un contenant capable de recevoir les projections du patient pour les « détoxifier » et les retourner au sujet sur un mode assimilable.

L'opération ne peut réussir qu'à l'intérieur d'un cadre mis en place par le thérapeute et aménagé de façon à favoriser l'échange avec les malades graves. Les modifications au cadre classique sont nécessaires avec les cas gravissimes et doivent être élaborées en considérant l'écart consenti afin d'être toujours en mesure de repérer l'effet de la variation. Le cadre reste ainsi clairement identifié et bien défini. Il pourra être mis en rapport avec le transfert et le contre-transfert et favorisera l'éclairage du travail psychique. Éventuellement, le retour au cadre-type deviendra possible et toute résistance à ce mouvement pourra servir de source à l'interprétation.

### **Les variations techniques**

Les modifications techniques sont aussi d'usage courant dans la clinique des cas graves. L'interprétation comme telle est d'un recours limité. Ces malades ont plutôt besoin d'un raffermissement du moi et de ses défenses (Racamier, 1955, 384). La barrière du refoulement est si peu efficace qu'il n'est pas souvent nécessaire de l'atténuer. Il s'agit plutôt d'aider ces structures psychiques défaillantes à se constituer un moi et un soi fonctionnels. Le thérapeute fait face davantage à une problématique de reconstruction. Les Kleiniens ont semblé porter ce projet à l'extrême, ce qui leur a valu d'être souvent accusés de faire de la transplantation de fantasmes. Et en effet, l'ordre introduit par le thérapeute dans le psychisme du malade risque parfois d'être une intrusion et de faire voler en éclats une subjectivité défaillante.

Car l'enjeu ici est de taille où la personne du thérapeute est fortement mise à contribution. C'est la maîtrise du contre-transfert et l'analyse du transfert qui serviront de point d'appui. Le thérapeute sera sollicité dans ses propres fantasmes qui lui serviront de guide dans l'organisation du matériel présenté par le patient. Ce faisant, un grand risque est couru. Face aux identifications projectives insidieuses du patient, le thérapeute peut être paralysé dans son activité mentale. Sa disponibilité empathique le rend susceptible d'être « possédé » (Meltzer, 1984, 549) par les projections du patient. L'écoute en état de rêverie proposé par Bion rend l'analyste vulnérable face aux parties projetées du patient qui tentent de prendre contrôle de l'appareil à penser du thérapeute.

L'entreprise se joue à un niveau où la subjectivité des deux êtres est soumise à une forte tension. La loi du tout ou rien domine, les enjeux narcissiques sont importants. Dans ce registre de relation duelle, aucun médiateur ne vient temporiser les échanges. L'espace de la parole est restreint. Ce que le thérapeute fait ou paraît être a préséance sur ses dires. Le thérapeute doit rester dégagé des fortes pulsions d'emprise du patient. Heureusement, l'appel à un tiers peut aider à détendre cet état de crise (Lavoie, 1985).

### **Le transfert**

Le transfert peut gonfler jusqu'à l'insoutenable et provoquer la rupture. Tout changement est vécu comme une menace et la stabilité du cadre ne peut garantir la continuité du sens de la relation, car les objets internes du patient n'ont pas acquis suffisamment de constance pour supporter les attaques. Ici, il faudra devenir plus actif en séance, là proposer une rencontre supplémentaire...

Le thérapeute doit survivre devant les sollicitations archaïques, rester présent, disponible, devant les demandes massives de l'individu très régressé. L'approche de ces malades impose au thérapeute l'exposition à des émois, des sentiments et des impulsions intenses. On a vu qu'à travers les siècles, la réaction a été de se protéger en bannissant ces êtres, en les déclarant « persona non grata » et en les expulsant comme des étrangers. On exilait ces aliénés hors de la communauté, à l'asile.

### **Conclusion**

L'ambition de se rapprocher des malades mentaux, de les considérer comme des personnes, de les soigner, a relancé le risque de la vulnérabilité de l'être humain devant la destructivité de son semblable perturbé. Tant qu'il ne s'agissait que d'offrir l'abri et des conditions de vie décentes, une distance pouvait être maintenue en objectivant le malade, en le considérant comme très différent de soi. Le traitement moral est venu entamer cette mise à distance : le malade devait être considéré comme une personne. Un début d'identification a ainsi germé, une certaine ouverture était proposée à l'aliéné.

L'évolution ultérieure des soins a exigé une identification encore plus poussée. Le soignant acceptait maintenant d'être en position plus vulnérable en s'approchant pour accueillir le patient et le comprendre. Le premier temps de ces soins aux malades se faisant dans les institutions, la mécanique de ces grands ensembles, la ritualisation des soins, la pensée scientifique imposaient tout de même un ordre extérieur dans l'échange entre soignants et soignés. Les débordements du transfert et du contre-transfert se trouvaient ainsi balisés. Deux classes sociales pouvaient échanger tout en étant nettement démarquées. Mais avec les propositions thérapeutiques plus récentes avancées par les auteurs psychanalytiques, l'ambition des soignants a poussé l'identification encore plus loin. Les barrières sont tombées. L'éprouvé du thérapeute est devenu une source essentielle de la connaissance de l'activité psychique du patient. Le contre-transfert est proposé comme la meilleure source d'éclairage « ...dès lors que le thérapeute se découvre pris entre deux courants d'affects contradictoires,... » pour interpréter « ...l'interrelation symbiotique spécifique au transfert psychotique... » (Cahn, 1986, 1599). Ainsi, les émois, les affects, les sentiments bien tolérés par le thérapeute peuvent-ils révéler le malade, refléter sa subjectivité. Au lieu d'être une résistance à la thérapie, l'impact des mouvements contre-transférentiels devient un puissant outil de travail. Accueillies par le thérapeute, les projections du patient peuvent être par la suite tolérées en son sein, analysées, départagées et leur vitalité retournée au malade.

Winnicott (1947) a démontré comment une haine légitimée par le comportement du patient peut elle-même devenir un puissant levier thérapeutique.

Ce travail auprès des grands malades demande beaucoup de vigilance. De par sa nature inconsciente, le contre-transfert échappe toujours au moins partiellement à l'auto-analyse. Même lorsqu'il est suffisamment identifié, les productions psychiques qu'il génère demandent à être métabolisées. Le partage avec des collègues et leur soutien s'avèrent indispensables dans la conduite de ces thérapies. L'étude de cas avec des pairs et l'intervision nous apparaissent des activités précieuses pour le thérapeute qui entreprend une relation à long terme en vue du traitement des pathologies graves. Car un contre-transfert mal liquidé soumet le thérapeute au désabusement, aux transgressions, aux agirs, quand ce n'est pas à l'effondrement de son identité de thérapeute. Aussi bien les thérapeutes chevronnés que les débutants peuvent se retrouver confrontés à une telle situation. Alors que la mécanique projective mine sans avertissement le duo thérapeutique, elle n'en devient pas moins assez facile à déceler par un tiers placé en position d'observateur. La supervision et l'intervision sont particulièrement riches d'enseignement à cet égard.

**jean-guy lavoie**

unité de psychothérapie psychanalytique  
pavillon albert-prévost  
6555 ouest, boulevard gouin  
montréal, québec H4K 1B3

---

## Références

- ALEXANDER, F. G., SELESNIK, S. T., 1972, *Histoire de la psychiatrie*, Armand Colin, Paris, 1-480.
- BION, W. R., 1957, Attaques contre la liaison, *Réflexion faite*, P. U. F., Paris, 1983, 1-192.
- BION, W. R., 1955, Différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité, *Nouv. Rev. Psychan.*, 1974, 10, 61-78.
- CAHN, R., 1986, L'emprise narcissique, *Revue Française de Psychanalyse*, 50, n° 6, 1585-1606.
- CAHN, R., 1983, Le procès du cadre ou la passion de Ferenczi, *Revue Française de Psychanalyse*, 47, n° 5, 1107-1133.
- FLOURNOY, O., 1974, Entre trois et deux, *Nouv. Rev. de Psychanal.*, 9, 73-92.
- GRINBERG, L., SOR, D., BIANCHEDI, E. T., 1972, *Introduction aux idées psychanalytiques de Bion*. Dunod, Paris, 1974, 1-184.
- LAVOIE, J. G., 1993, Sans amour, ni haine : psychothérapie d'un cas de schizophrénie, *Psychothérapies à paraître*.
- LAVOIE, J. G., 1985, Le tiers pré-oedipien, *Psychothérapies*, 139-146.
- LEHMANN, H., 1992, Entrevue, *Actualité Médicale*, 12 décembre 1992, 14.
- MELTZER, D., 1984, Les concepts d'identification projective (Klein) et de contenant-contenu (Bion) en relation avec la situation analytique, *Revue Française de Psychanalyse*, 48, n° 2, 541-550.
- RACAMIER, P. C., 1978, Omnipotence inanimée, omnipotence créatrice, Les paradoxes des schizophrènes, ch. IV, *Revue Française de Psychanalyse*, 42, 877-969.
- RACAMIER, P. C., 1955, Psychothérapie psychanalytique des psychoses in Nacht, S., *La psychanalyse d'aujourd'hui*, P. U. F., Paris, 1967, 375-519.
- ROSENFELD, H., 1990, *Impasse et interprétation*, P. U. F., coll. Le fil rouge, Paris.
- WINNICOTT, D. W., 1969, Le contre-transfert, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. P. B. P., Paris, 1969, 229-236.
- WINNICOTT, D. W., 1947, La haine dans le contre-transfert in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. P. B. P., Paris, 1969, 48-58.