

De l'emprise du narcissisme au refus du sexuel

claudette lafond

La cure psychanalytique privilégie le transfert où se produit la manifestation de la conflictualité psychique. De nos jours l'offre et la demande semblent accorder la primauté au transfert de base dit maternel et archaïque. À une époque moins récente, la primauté était au transfert paternel. Or ces positions, si elles sont péremptoires, peuvent avoir des incidences sur le développement et le non-développement du sexuel. Ma réflexion porte précisément sur une analyse de l'offre en question. L'offre se veut une adaptation à la réalité psychique, elle n'est cependant pas indemne des partis-pris théoriques de l'analyste. La validation consciente de ces partis-pris n'exclut pas l'influence de l'infantile caractérisé par le désir de toute-puissance et par l'évitement de l'angoisse de castration. Dans une telle conjoncture, quel est le devenir des a priori de l'écoute de l'analyste à l'intention et à l'attention du patient?

Nous sommes aujourd'hui en mesure de constater la part importante accordée dans les cures analytiques au transfert de base, dit maternel ou archaïque. On ne peut nier qu'il y ait une demande en ce sens. Par ailleurs, on sait que la demande n'est pas indépendante de l'offre. C'est autour de l'offre que portera ma réflexion. Qu'est-ce que nous offrons? Y a-t-il, de la part des thérapeutes, une complicité, à tout le moins un consentement, à l'égard de cette demande? Ce qui m'interroge, c'est la nature de ce consentement, ce qu'il est en mesure de nous révéler du contre-transfert. Cette problématique me rappelle les propos d'un collègue senior à l'endroit d'une consœur qui travaillait auprès de patients lourdement carencés : « Toi, tu soignes des patients vraiment malades » lui dit-il. Cette assertion me laissa quelque peu perplexe... Se peut-il que le véritable travail soit celui accompli auprès de patients dont la structure est en deçà de la structure névrotique? Je pense aux états-limites, aux prépsychotiques, aux psychotiques.

Dans cette conjoncture, le thérapeute serait amené à faire de la réparation narcissique ou, pour reprendre l'expression ironique de Cioran, à bricoler avec l'impossible. Cela suppose tout de même que, derrière la préoccupation d'aider le patient, ce super thérapeute soit investi d'une certaine mission et je me demande si, dans ce cas, ne se profile pas la tentation d'être un psy monoparental même si, dans nos cultures, la « monoparentalité » concerne plutôt la mère. Il est vrai qu'une telle tentation n'exclut pas le zèle et le dévouement que le quotidien de la cure met à rude épreuve.

L'épreuve à laquelle je viens de faire référence me permet de nous situer contre-transférentiellement. Mon interrogation est essentiellement inspirée par un souci de reconnaissance des limites, les nôtres et celles de la psychanalyse, à l'égard de

certains patients. Reconnaissance aussi des limites du maternage qui s'apparente à une réparation concrète entraînant la mise en veilleuse de la symbolisation. Une réflexion de Jacqueline Godfrind me semble aller dans ce sens :

« En tant que thérapeute, nous avons à nous situer contre-transférentiellement. Dans notre relation à l'enfant, (et ce surtout s'il est gravement atteint et donc a été gravement carencé) nous n'insisterons jamais assez sur le fait que nous ne serons jamais la mère, que nous n'apporterons jamais à l'enfant ce qu'il n'a pas eu, que nous ne remplacerons jamais celle qui lui a fait défaut... Mais notre apport est celui d'un thérapeute, attentionné, aimant, haineux aussi, mais sachant qu'il ne donnera jamais à l'enfant ce qu'il n'a pas eu. » (Godfrind, 1983, 40)

Cette conscience contre-transférentielle est fondamentale en ce que, d'entrée de jeu, elle introduit le fait que nous travaillons avec ce qui n'a pas existé, mais qu'il est possible d'aménager sans doute avec précaution, par la présence du tiers, présence essentielle d'abord dans la psyché du thérapeute. Si tel n'était pas le cas, il faudrait suppléer à l'absence de la mère concrète par la présence de la mère toute-puissante. On tenterait alors de répondre à la demande du patient pris à partie dans sa détresse, mais l'offre serait pernicieuse. L'introduction du tiers annonce donc que, pour qu'il y ait un véritable travail thérapeutique, le transfert ne peut pas être uniquement archaïque.

L'expression « patients *vraiment* malades » ne dévoile-t-elle pas une sorte de clivage entre les deux courants du transfert? Dans un premier courant, on se cantonne dans l'archaïque, là où la souffrance est supposée être plus réelle en prenant en compte et la douleur psychique et l'absence de névrose de transfert. Situation thérapeutique qui met l'analyste dans une position difficile, présence du tiers plus ou moins fantomatique, symbolisation peu efficace, et comme la toute-puissance du thérapeute n'est pas au rendez-vous, la situation engendre des analyses interminables non à cause du temps employé mais à cause du processus qui s'enclenche difficilement. J'apprécie la dénonciation suivante de Jean Guillaumin :

« Ce sont des analyses interminables – sortes d'éducatrices manquées – qui résultent du glissement regrettable de l'analyste vers une contre-dépendance anaclitique à son client »
(Guillaumin, 1975, 173)

L'expression « vraiment malade » veut-elle dire impossibles soins... ou signifie-t-elle que la collusion avec le thérapeute donne une envergure exponentielle à la pathologie?

Dans le deuxième courant du transfert, on aborde une souffrance plus légère, de la catégorie œdipienne, avec la prise en compte du sexuel lié à un transfert paternel

qui, par l'intégration de la loi, permet d'assumer la castration symbolique. On fait ainsi l'économie des souffrances muettes, celles qui proviennent des détresses anciennes camouflées derrière un fonctionnement psychique qui a des accointances avec un type de patients qui ont développé une maturité prématurée pour mieux s'adapter à un milieu non disponible à l'écoute de leur désarroi. C'est possible. Je me rappelle un autre commentaire de collègues : « Quand on est rendu dans l'Œdipe, ça se fait tout seul, pas complètement, mais c'est tellement plus facile ! » On peut, bien sûr, parier que ces propos pourraient être nuancés par ceux mêmes qui les tiennent et qu'une réflexion sérieuse les relativiserait. Mais je ne puis m'empêcher de penser que ces affirmations spontanées sont le reflet d'un certain état de choses.

Avouons que systématiser de la sorte fige la psychothérapie dans des positions qui ne reflètent pas la réalité curative que je reconnais davantage dans un énoncé de Jacqueline Godfrind se référant à l'expérience clinique :

« [...] dans la réalité de la clinique, les choses sont bien moins tranchées. À qui sait y être sensible, tout analysant présente un cheminement simultané de ces deux courants transférentiels dont les manifestations alternent. » (Godfrind, 1983, 40)

Il est certes évident que chez l'état-limite, le registre « narcissique » l'emporte. Toutefois, il n'est pas rare de constater l'apparition de moments fugaces, sans doute, mais bien tangibles où se reconnaît l'ébauche d'une névrose de transfert, « moments » de névrose de transfert. Ainsi en va-t-il d'un rêve, d'un fantasme qui viennent brusquement habiller « symboliquement » la violence du contact direct ou le désert d'une pensée auto-suffisante. Chez le névrosé, le fonctionnement mental dans la situation analytique s'organise selon un registre essentiellement symbolique. Cependant, les manifestations relatives à la conflictualisation du transfert de base et les ruptures du fonctionnement symbolique qui les accompagne existent également.

Par contre, force nous est de constater que dans les présentations de cas, ce sont les aspects plus archaïques qui sont présentés à l'analyse. Et l'on est porté à se demander : le narcissisme ne prend-t-il pas une place qui occulte le sexuel dans la compréhension que nous avons de la vie psychique? On sait que la révision de la doctrine freudienne classique par des analystes tels que Klein, Kohut, Winnicott privilégiait la relation archaïque à la mère en optant plutôt pour la haine que pour le sexe comme cause première de la névrose et surtout de la psychose. S'il en était ainsi, pourquoi en serions-nous rendus là et comment pourrions-nous en rendre compte : est-ce une évolution ou un refoulement du sexuel? ou, tout simplement, est-ce l'emprise d'une sexualité infantile qui se cache derrière les modèles théoriques invoqués? Certains diront que ces modèles sont complémentaires et non antagonistes. Je ne suis pas certaine que, dans le quotidien de la cure, ces modèles ne deviennent pas antagonistes et que, pour reprendre une formule hégélienne, l'affirmation de l'un des modèles ne conduise pas à la négation de l'autre.

Il fut un temps où les analystes se cantonnaient dans la configuration œdipienne, au point parfois d'être sourds à la détresse archaïque et peu réceptifs au transfert maternel. Peu sensible à la demande de narcissisation de la fille, on interprétait alors la haine contre la mère dans le sens de la rivalité œdipienne. Pourtant cette fille, en quête du regard amoureux de sa mère pour être confortée en tant qu'être sexué féminin, ne cessait de vouloir la séduire ou la détruire dans le transfert des amours et des haines, substitus, de l'objet maternel. À l'insu de l'analyste, la haine se vivait dans le transfert, mais sans être interprétée. Pensons au cas de Dora.

Un autre cas de figure où l'interprétation œdipienne se révélait plus que parcelaire est celui de la compétition narcissique père-fils rencontrée en clinique, compétition dans laquelle l'enjeu s'avère une dispute autour de l'angoisse de mort. Je pense à ce patient pour qui il n'était pas simple d'accéder à une rivalité œdipienne avec un père diminué sur le plan narcissique, un père écrasé, dépressif, auprès d'une femme tonique et pleine de vitalité. Ce patient était dans l'obligation de réparer le narcissisme paternel, afin de se permettre d'accéder à une hétérosexualité satisfaisante. L'Œdipe était barré, il fallait prendre la place d'un père mort, ce qui représentait pour lui un risque de destruction auprès d'une mère trop puissante, qui, fantasmatiquement, n'était pas innocente de la dévitalisation du père.

Tout réduire au conflit œdipien, revient à prendre la partie pour le tout des conflits psychiques. Dans le contexte de ces analyses que je nommerais sectaires, on ne peut affirmer que l'Œdipe ait été totalement absent, mais il était isolé dans la conflictualisation. Ce qu'il y avait de vérité, risquait d'être invalidé par le refus d'entendre des souffrances plus anciennes.

Par ailleurs, le problème inverse peut se présenter. Une mobilisation autour de l'archaïque peut créer des points aveugles à propos des aspects plus névrotiques et compromettre alors une évolution possible. Le manque de prise en compte de différents registres en mouvement risque d'être cautionné par un transfert maternel complaisant qui n'est pas sans accointance avec la demande du patient. Comme le dit justement Claude le Guen :

« Lorsqu'un patient vient demander d'entreprendre une psychanalyse, il demande en fait une présence qui le rassure et le console, qui le soigne, le calme et le comble; en un mot : qui le maternel. » (Le Guen, 2000,168)

Comme si ce contenant maternel devait nous protéger contre les attaques de la conflictualité, aussi bien internes qu'externes. La croyance voulant que la conflictualité est résolue dans la relation duelle est illusoire. Cela signifie-t-il cependant que l'absence du tiers soit un préservatif contre une plus grande fragilisation?

L'expérience m'a appris qu'une trop grande insistance sur le transfert maternel peut empêcher ou, à tout le moins, différer l'appropriation, l'accès à la conscience d'un matériel refoulé.

À l'occasion d'une deuxième tranche d'analyse, une patiente me rapporte le souvenir suivant de sa précédente analyse avec un analyste qui semblait davantage opter pour le transfert maternel. C'est un collègue que je connais et que je respecte, un fervent Winnicottien. La patiente rapporte à cet analyste qu'elle a reçu un coup de téléphone d'une collègue de travail, bonne copine sans être une amie proche, lui annonçant qu'elle avait l'intention de se suicider. Ma patiente, poussée par un désir d'aider, mais sans trop savoir comment intervenir, lui demande la permission de se rendre chez elle. Pendant qu'elle s'efforce de la secourir en lui parlant, elle aperçoit sur la vanité de la salle d'eau une grande quantité de comprimés : la tentation est forte de les jeter dans la cuvette des toilettes mais, par respect pour la liberté de l'autre, elle s'en abstient. Quand elle quitte sa collègue aux petites heures du matin, elle se contente de lui dire : « Je trouve dommage que des êtres de ta qualité en arrivent là. » L'autre, de répliquer aussitôt : « C'est dommage que des êtres de ta qualité n'arrivent pas à m'en sortir ». C'est avec beaucoup d'émotion que ma patiente raconta l'événement à son analyste. Les pleurs abondants qu'elle versa chez lui permirent, entre autres, une décharge émotionnelle qui n'avait pas eu lieu au moment de la visite chez sa copine : elle avait tenu le coup, mais visiblement elle en avait été très secouée et c'est sur le divan qu'elle s'était permis de vivre son bouleversement. À la suite de cette expression de douleur, son analyste, sans dire un mot, mit la main sur sa tête, manifestant ainsi une tendre et bienveillante présence. À la séance suivante, la patiente déclara à son analyste : « J'ai apprécié ce geste, je vous ai trouvé gentil, mais je pense que ce n'était pas nécessaire ». En me racontant cet événement, elle ajouta : « Pour moi, ce n'était pas suffisant... J'aurais aimé savoir si j'avais bien agi... Aurais-je dû jeter les comprimés? » La copine avait effectivement tenté de suicider et c'est de l'hôpital qu'elle téléphona à ma patiente pour lui demander de l'assistance à propos d'un séjour au département de psychiatrie, où elle fut placée sous observation.

À la suite de ce récit, je serais aujourd'hui portée à dire qu'il y avait, au cours de cette bouleversante situation, une demande d'analyse, peut-être différée compte tenu de la charge émotionnelle. À mon avis, la demande ne se résumait pas uniquement à du holding. Plusieurs phénomènes méritent d'être compris : la détresse d'être confrontée à une dépression, détresse vécue comme l'incapacité à la juguler tout comme un enfant devant la détresse de ses parents; la rage d'être réduite à l'impuissance et le désir refoulé de détruire les porteurs de cette détresse. Autres difficultés à analyser : la répartition des responsabilités, l'assomption de la culpabilité et l'expérience de se vivre comme un mauvais sujet devant un mauvais objet. Je ne puis m'empêcher de penser à Winnicott qui tenait la main de Margaret Little afin de la préserver des angoisses de la dépersonnalisation. Est-ce ce type de souffrance qu'avait perçu l'ex-analyste? Sans doute. Toutefois, si l'imposition de la main sur la tête diminua l'intensité de l'affect, elle jugula aussi l'hémorragie affective et barra l'élaboration. Il est possible qu'il y ait eu complicité entre analyste et analysant dans cet arrêt de travail. Une fragilité, qu'elle ait appartenu à l'un ou à l'autre des protagonistes, empêcha qu'un travail de liaison se fasse. Je sais que

l'analyste en question a la réputation de se vouloir le bon objet maternel et je crois qu'il l'est vraiment. Qui d'entre nous, d'ailleurs, n'a pas cette même aspiration?

Le radicalisme de l'une des deux positions transféro-contretransférentielles ici discutées compromet le travail maturatif. Quelle conceptualisation pourrait donc nous aider à intégrer les deux courants, pour reprendre l'expression de Jacqueline Godfrind? À mon avis, la réponse réside dans la reconnaissance de la présence du sexuel dans les deux registres, aussi l'archaïque que l'œdipien. Sans cette reconnaissance, nous sommes dans la réserve de l'idéologie thérapeutique, ce qui constitue un écueil contre-transférentiel gênant sur les plans clinique et éthique. Ce constat me rappelle une boutade qui laissait entendre que pour arriver à réussir son analyse, il fallait deux analystes : l'un spécialisé en archaïque et l'autre en œdipien. Je préciserai que l'auteure de la boutade était très amère du fait que son analyste, une femme, n'avait pas, au long des onze années que dura l'analyse, entendu son désir d'être chérie par sa mère et cela, indépendamment du père. Elle répéta dans le transfert, avec la complicité du contre-transfert de son analyste, ce qui l'avait fait souffrir dans le passé sans parvenir à le résoudre par l'accomplissement du deuil de ce qu'elle n'avait pas reçu.

Il ne s'agit pas tellement de poursuivre un profil de sortie triomphant pour l'analysant, ni d'être un super analysant. Il s'agit simplement de prendre en compte la nature même de la vie psychique. Dans cette perspective, la médiation du sexuel reprend son actualité en ce sens qu'elle est au cœur de l'expérience humaine, conflictuelle, au centre de la vie psychique. Voilà ce qu'il faut savoir et le savoir suffisamment pour l'intégrer à nos pratiques cliniques et théoriques. Assumer l'idée de conflictualité implique de plus la permanence de l'infantile – et cela quel que soit notre degré de développement – ainsi que la présence virtuelle du tiers.

Je n'utiliserais cependant pas l'expression de « l'Œdipe précoce » pour discuter la médiation du sexuel dans le registre archaïque car, comme le note Claude Le Guen dans son livre *L'Œdipe Originnaire* :

« Il est remarquable que, chez celle-ci, [M. Klein] en dépit du recours à l'Œdipe précoce, la relation de l'enfant soit essentiellement duelle – et que la survenue du père demeure inexpliquée. » (Le Guen, 2000, 42)

Reconnaître la présence du père dans la psyché de la mère ou dans la psyché du thérapeute, ainsi que les revendications narcissiques dans une configuration œdipienne, revient à reconnaître un état de fait plus qu'une finalité de la cure. De ce point de vue, je ne partage pas la conception qui allègue que nous aurions affaire à une maturation ordonnée qui donnerait aux pulsions partielles une destinée dont la finalité serait une unité supérieure de la psyché adulte, telle une forme achevée de la libido, une sorte de représentation-but qui est plus une construction idéale qu'une émanation du fonctionnement psychique.

En fait, admettre le sexuel en tant qu'il se situe dans l'ordre de l'inconscient suppose une intégration des pulsions partielles en quête d'objet; les premiers objets sont interchangeable et substitutifs; ils se développeront à la suite de l'expérience de l'objet perdu. C'est la souffrance liée à la perte de cet objet, avec sa teneur en disqualification narcissique, qui constitue l'essence de la démarche thérapeutique. En tant que sujets sexués, nous subissons une déperdition radicale : nous ne sommes pas l'autre et l'autre n'est pas nous. La conscience de l'altérité de la différence; cette différence, Nicole Carrels, dans son article sur l'altérité, la caractérise de façon suivante :

« [...] c'est à partir des différences que le psychisme tire sa profondeur, ses mouvances et ses élans évolutifs. On pourrait à ce titre concevoir le travail analytique comme un travail visant à l'altérité. » (Carrels, 1990, 73)

Voilà peut-être une des causes qui fait de ce travail analytique un « métier impossible », tant aux niveaux névrotique qu'archaïque. Comment ne pas être d'accord avec Jacqueline Godfrind lorsqu'elle écrit :

« En deçà des manifestations névrotiques qui alimentent le processus analytique, il existe chez tout analysant un secteur plus ou moins camouflé où se vit le scandale de l'altérité et les défenses mises en œuvre pour s'en protéger. » (Godfrind, 1994, 49)

Le paradis fusionnel est placé sous l'éclairage de tous les démentis, car l'humain a besoin des fonctions maternelle et paternelle pour traverser la double épreuve du renoncement à la mère phallique, même sous les traits du père de la horde primitive, et de l'abandon de l'idéalisation de soi qui le situe au-dessus de la loi. L'altérité n'est viable que par le sexuel, qui implique séparation. Toutes les séparations sont blessantes; la dernière est fatale. Assumer cet état de fait de la condition humaine, assumer sa vie telle qu'elle est possible, renvoie à l'obligation du deuil de l'objet nostalgique, dont l'objet primaire constitue le premier représentant et le sujet en tant qu'objet idéalisé, le dernier. La sexuation implique le renoncement à l'idéalisation et cette exigence concerne les deux protagonistes de la cure.

On se souviendra des résistances manifestées par les contemporains de Freud face à la sexualité infantile. On pourrait penser que cette levée de boucliers n'était qu'une réaction puritaine de l'élite soignante de la société viennoise. Or aujourd'hui, je ne suis pas certaine que ces résistances soient enfermées dans les limites d'un temps révolu. Serait-ce que la peur du sexuel est universelle, qu'elle concerne donc aussi les thérapeutes de quelque époque qu'ils soient? Si tel est le cas, il est tout à fait concevable que cette peur, pour ne pas dire cette angoisse, infiltre les modèles théoriques qui inspirent nos pratiques. Là comme ailleurs, le refoulement

est en travail et devient un obstacle à la représentation en ne mettant à l'avant-scène que des représentations déssexualisées. Que peut-on entendre par le terme « déssexualiser »? Il désigne ici toute théorie qui occulte le fait que la sexualité est au cœur de l'expérience humaine et source de conflits dans la vie psychique.

Je me propose maintenant d'étudier la difficulté d'assumer la conflictualité, que celle-ci appartienne au patient ou au thérapeute.

Si l'on considère comme valable la position classique de Freud concernant le sexuel, une première hypothèse suppose que l'occultation du sexuel soit l'expression de la trace de l'infantile en nous.

Un autre aspect, complexe, à considérer se trouve du côté de la nature même du sexuel. Je me souviens d'un collègue qui, lors de notre formation psychanalytique, avait osé demander le pourquoi de l'appellation « sexuelle » utilisée à propos de la phase orale. La réponse ne fut pas éclairante; elle exprimait plus un dogme qu'une véritable compréhension de ce qui avait amené Freud à sexualiser le développement psychique. La difficulté est probablement due au fait que, pour Freud, la sexualité est un postulat dans le sens qu'elle existe virtuellement d'emblée. Il n'existe pas de définition précise du sexuel dont la psychanalyse montre l'évolution et la transformation. On se souviendra que, pour Freud, trois caractéristiques définissent la sexualité infantile :

1. L'étayage, soit l'action de manger qui permet la conservation de l'organisme;
2. La zone érogène, soit la prime de plaisir qui existe indépendamment de l'accomplissement de la fonction;
3. L'auto-érotisme, soit le même plaisir, sans accomplissement de la fonction, qui existe au niveau d'une zone érogène en l'absence d'un objet extérieur.

L'émergence de la pulsion sexuelle apparaît donc en dehors de l'instinct de conservation. Elle poursuit le plaisir : on ne répond plus à un besoin mais à un désir. Certaines personnes ne se contenteront pas de cette réponse et estimeront que l'appellation de sexuel n'est pas justifiée. On pourrait comprendre que, sur le plan clinique, on puisse travailler en ne tenant pas compte de ce postulat et il ne faudrait pas s'étonner que des théories aient fait l'économie du sexuel. Par ailleurs, les conséquences de cette économie sont déterminantes sur le plan clinique. Qu'on me permette d'extrapoler d'une manière un peu caricaturale et sans doute provocante : à supposer qu'on déssexualise notre compréhension de la relation transférentielle, on s'engage alors dans un contre-transfert maternel à l'intérieur du cadre d'une relation duelle, on limite les interprétations autour de l'identification projective, on tente de travailler à l'introjection du bon objet, afin d'arriver à créer la permanence de ce dernier. On se maintient dans cette position qui pourra sans doute varier dans les moments critiques de fragilité du patient, par crainte d'une décompensation psychotique, psychosomatique, ou d'un acte suicidaire. Face à cette éventualité, nous trouvons opportuns et le « *handling* », et le « *holding* ».

Je ne discuterai pas de la pertinence de cette attitude thérapeutique, car je suis d'avis que des patients-limites ou pré-psychotiques la commandent, du moins pour

un certain laps de temps. Mais je ne peux m'empêcher de constater que c'est justement dans la conception de cette approche que le sexuel et la fonction paternelle sont absents. Ce qui laisse entendre que l'altérité est impraticable et que l'emprise du fusionnel est justifiée par la fragilité narcissique qui compromet la présence du tiers. Cette revendication narcissique ne tolère ni l'altérité ni la haine due à la naissance de l'objet. Dans ce cas, l'intensité pulsionnelle déborde les capacités de contenance et le recours aux fantasmes originaires (scène primitive, castration, séduction), qui informent la sexualité humaine, n'est d'aucune aide à moins de les resituer dans le contexte de ces cures. Une fois la scène rejouée dans la relation duelle avec l'analyste dans une intimité infans-parents combinés, la castration consiste dans la perte de l'objet primaire et la séduction demeure narcissique, pour ne pas dire vitale.

Qu'advient-il du sexuel chez les patients traités selon cette approche? Plus précisément, que devient la présence virtuelle de la sexualité chez ces patients et quelle compréhension peut en avoir le thérapeute? Le progrès de ces personnes repose sur leur désir qui permet la sexualisation, tandis que le manque de désir, lui, est causé par la souffrance qui mobilise l'économie psychique. Si, comme le croit Freud, il y a virtuellement du sexuel, l'actualisation de cette virtualité exige que l'angoisse de mort n'envahisse pas la vie psychique. Le problème est donc de savoir comment donner libre cours à cette virtualité. La seule issue qu'il m'a été possible de constater, autant dans ma pratique que dans des supervisions, c'est de pouvoir se représenter, à partir des ressources du patient, une possible vie de désir dans un contexte d'altérité. C'est souvent la rencontre du désir et de la souffrance qui permet le délestage des régions archaïques.

Si on reprend la logique processuelle, les trois caractéristiques de la sexualité infantile, soit l'étayage, les zones érogènes et l'auto-érotisme, se rejouent sur des scènes de maturité ultérieure. Par exemple, sur un plan à dominante narcissique conjuguant à la fois la préoccupation narcissique et l'expérience de l'altérité comme réservoir narcissisant : 1) L'autre nourrit mon besoin narcissique, ce qui correspondrait à l'étayage. 2) J'ai le sentiment d'être « narcissisable », d'avoir une identité, je fais l'expérience de moi-même après avoir fait l'expérience bénéfique de l'autre. 3) J'expérimente l'investissement narcissique dans le Moi sans la nécessaire présence de l'autre.

On conçoit bien que nous sommes dans le transfert maternel. C'est la présence du tiers qui modulera l'investissement narcissique et qui en réglera la limite pour ne pas tomber dans la démesure de la toute-puissance : premier interdit à l'omnipotence infantile... premier exil de la région archaïque.

Pourtant, je ne crois pas que ce délestage soit total. Il laisse des traces de la présence du mortifère. Traces qui seront exportées dans les liaisons ultérieures sous la motion du désir. La sexualisation porte à son tour des angoisses de mort, le refoulement est là pour en rendre compte.

Pourrions-nous aller jusqu'à concevoir que l'importance du travail sur l'archaïque est encouragée par cette peur? En fait, il y aurait une tendance chez

certaines thérapeutes à privilégier le transfert maternel avec des fonctions de pare-excitation, de sollicitude, de tendresse. Faire le bien en évitant le mal, le mal du sexuel tel que pouvaient le ressentir les médecins à l'époque de Freud. On a beau évoquer que la détresse des patients qui viennent nous voir commande cette attitude, je me demande s'il n'y aurait pas collusion entre le thérapeute et son patient. En d'autres termes, n'y a-t-il pas une complicité contre-transférentielle? Collusion qui se cimenterait par les besoins narcissiques de l'un et de l'autre protagoniste de la cure. Gratification de la libido narcissique à l'abri des représailles, ce qui n'est pas le cas pour les acting sexuels.

Lorsque Freud a renoncé à sa *neurotica*, à la théorie de la séduction, la théorie du traumatisme se déplaça de la scène réelle à la scène fantasmatique. Le père de la psychanalyse ne tenait pas compte du fait que l'impact de la séduction narcissique n'était pas moins déterminant dans l'évolution de la psyché. Et j'ajouterais une détermination qui ne favorise pas nécessairement le développement de l'enfant. Pourquoi grandir quand on est ou qu'on veut être le dieu de sa mère? La séduction du transfert maternel repose sur l'illusion de l'indifférenciation. Ne pas contrarier cette séduction à l'intérieur de la relation thérapeutique, c'est favoriser une stagnation du développement. Ici le thérapeute prend le relais du séducteur. Je comprends que cette forme de séduction soit moins spectaculaire qu'une séduction sexuelle et qu'elle ne fera pas la manchette des journaux. Elle pourrait tout de même être sous la rubrique de l'abus de pouvoir, dans la mesure où elle est une nuisance, à moins que l'on ne considère que le besoin du thérapeute d'être un bon objet, un bon parent, l'emporte sur les souffrances nécessaires à la croissance du patient.

Par ailleurs, peut-on envisager que la compréhension que nous avons du sexuel, de l'Œdipe, ait perdu de sa pertinence dans notre travail et que certains, sans en faire une véritable utilisation clinique, les conservent par souci d'orthodoxie ou par utilité de nomination du fait psychique. En définitive, cela pose la question de la place de l'Œdipe et du sexuel dans nos cures. Avant d'élaborer des réponses, je me permets de présenter un bref historique de l'évolution de la conception du sexuel :

1. Tous les savants du XIX^e siècle considéraient la sexualité comme un déterminant de l'activité humaine, cause de la genèse des symptômes névrotiques, ce qui donna naissance à la sexologie.
2. Freud aurait changé cette conception de la sexualité en lui enlevant son caractère biologique et anatomique et en insistant sur l'ensemble conceptuel qui permet de la représenter : la pulsion, la libido, l'étayage, la bisexualité.
3. Vient ensuite l'adoption par Freud de l'origine traumatique de la névrose.
4. En 1897, Freud renonce à la théorie précédente dans les *Études sur l'hystérie*.
5. À partir de 1905, paraissent les « Trois essais sur la théorie sexuelle », dans lesquels Freud fait intervenir la sexualité infantile en donnant une compréhension de la perversion.

6. L'importance que Freud donne au sexuel est critiquée, entre autres par Jung et Adler.
7. Plus tard, des analystes tels que Mélanie Klein, Kohut, Winnicott privilégient la relation archaïque à la mère, plutôt que l'étiologie sexuelle, dans l'établissement de la causalité des névroses et surtout des psychoses.

Ce qu'on observe dans l'importance accordée au sexuel, c'est qu'elle est déterminée en fonction d'un réseau de concepts, par exemple : le sexuel est plus important si on réfère à l'Œdipe, à la fonction paternelle, au tiers, et moins important si on réfère au maternel. Il faut ajouter à ces considérations la corrélation suivante. Dans son livre intitulé « *Histoire de la folie* », Michel Foucault nous met au fait qu'au XIX^e siècle, au moment donc où s'effondre l'idéal du patriarcat, la conception de la sexualité est utilisée sous l'autorité médicale qui possède le pouvoir de délimiter le normal et le pathologique. En quoi cette corrélation peut-elle éclairer notre écoute de la vie psychique? Se pourrait-il que l'on puisse en déduire que, sous l'autorité paternelle, il y a eu affirmation du sexuel et que, sous le pouvoir maternel, l'affirmation sexuelle se soit estompée? On pourrait penser qu'il est alors question de pouvoir, au niveau de la lutte des sexes, plus que d'inconscient. On se situerait davantage dans un contexte idéologique plutôt que psychanalytique. À moins qu'il faille admettre que l'idéologie est une expression de l'infantile, sexe unique, pensée unique voisine des théories totalitaires. Lorsque les féministes reprochent à Freud le phallogocentrisme, elles ignorent sans doute qu'il s'agit d'une théorie sexuelle infantile, qui est une résistance au sexuel. Ainsi, le conflit se précise : il ne situe plus dans l'opposition narcissisme-sexuel, mais dans l'opposition infantile-sexuel, selon le point de vue où les théories infantiles sont au service de l'intégrité narcissique.

En pratique, ce à quoi la sexualité nous renvoie c'est à une faille, à un manque faisant partie de la constitution de l'humain. L'intolérance à cette faille dans la revendication fusionnelle fait consentir au transfert maternel et exclure le transfert paternel œdipien qui, non seulement constitue le tiers qui sépare, mais de plus, le tiers qui impose la castration. Violence contre notre désir d'omnipotence. Il est probable, comme le souligne Michelle Van Lysbeth dans son article intitulé : « Complexité d'Œdipe », que Freud ait sous-estimé ce manque :

« Freud semble toutefois avoir sous-estimé cette dimension. Il souligne plutôt la nécessité pour le garçon de maintenir à tout prix l'intégrité pénienne, implicitement confondue avec l'intégrité phallique narcissique....Pour lui, l'investissement extraordinaire dont jouit l'organe génital masculin va en quelque sorte de soi. Ne nous dit-il pas à ce sujet que "le pénis est déjà dès l'enfance la zone érogène directrice, l'objet auto-érotique le plus important et [que] sa valorisation se reflète logiquement dans l'impossibilité de se représenter une personne semblable au moi sans cette partie constituante". Notons combien cette affirmation s'applique mal à la fille. » (Van Lysbeth-Ledent, 1997, 63)

Je tiens tout de même à préciser que ce n'est pas plus simple pour les garçons. L'angoisse de castration réfère à une telle intégrité narcissique que le manque est parfois intolérable. Le maternage thérapeutique ne pourrait-il pas être au service de la théorie sexuelle infantile, justifié par l'intégrité narcissique de celui ou de celle qui souffre? Janine Chasseguet Smirgel, dans son livre sur la sexualité féminine, confirme la thèse du sexe unique d'essence masculine, lorsqu'elle affirme :

« La sexualité est souvent ressentie comme l'apanage des hommes et, en fait, à un certain niveau, la sexualité féminine normale, la possession d'un vagin qui accomplit pleinement sa fonction, est vécue comme la possession d'un pénis... »
(Chasseguet Smirgel, 1970 ,64)

Conserver le terme sexuel en ne précisant pas à quel point il est du registre de l'infantile, nous contraint à le qualifier d'aliénant, c'est-à-dire qui oblige à devenir autre que ce que nous sommes, c'est-à-dire hommes et femmes. C'est ce qu'on rencontre dans l'analyse de l'Œdipe inversé où, en définitive, il y a négation de ne pas être l'autre.

Si l'on se réfère à l'étymologie, le mot sexe veut dire : « division. » Il se rattache au verbe « scier », comporte une connotation de séparation, du point de vue psychanalytique, donc séparation de l'objet primaire. Objet primaire qui, selon les cas de figures, n'a pas répondu aux besoins de développement psychique de l'enfant, ce qui n'exclut pas la présence impérialiste des besoins propres du parent ni de leur théorie sexuelle infantile. Or, la maturation sexuelle est essentielle au développement, mais la tentation de la complaisance narcissique est parfois plus séduisante que la douleur de la séparation. Elle permet l'économie de l'intensité pulsionnelle qui est appréhendée jusqu'au niveau de l'angoisse de morcellement. Le véritable problème, ce n'est pas l'angoisse, c'est la déficience de l'activité symbolisante qui permet le débordement de l'angoisse. La séparation dont il est question ici est la séparation de soi en tant que partenaire fusionnel dont la fonction est de prémunir contre l'émergence du pulsionnel.

Cela nous renvoie à la fonction paternelle, par l'avènement du tiers. À travers les écrits psychanalytiques, la dénomination du tiers, fonction paternelle, se formalise de différentes manières. Chantal Lechartier Atlan, dans son texte « La fonction paternelle disjoncte et conjointe », présente une nomenclature de ces différentes manières. Certaines mentions me laissent dubitative, d'autres me gênent, peut-être parce que je n'en connais pas le contexte, mais il m'a semblé parfois, au cours de ma lecture, avoir affaire à des rejets d'une idéologie patriarcale. Je ne les ai pas retenues pour ce travail. J'ai, nonobstant, utilisé celles qui m'ont permis d'avancer dans ma réflexion.

1. Le père, c'est « cet autre sans seins » (Piera Aulagnier). Du point de vue de l'altérité et, pour reprendre l'expression de Claude Le Guen, c'est la non-mère. Dans son œuvre que je trouve éclairante : « L'Œdipe originaire », Le Guen écrit,

à propos de l'origine du parricide donc de cet œdipe originaire, que ce dernier repose sur le fait que « Le désir désespéré qu'a l'enfant de la présence de la mère postule un désir aussi puissant de se débarrasser du non-mère, de le rendre au néant. C'est ainsi que s'inscrit, dès l'origine, le vœu de la mort du père. »

2. Une nécessité structurale (J.-L. Donnet). À mon sens, cette désignation souligne à quel point le tiers est nécessaire au processus de subjectivation. Il enrichit sa perception de la fonction paternelle en tant qu'« affinité particulière avec l'absence et sa représentation, l'absentable par excellence, l'absenteur aussi qui vient donner sens à l'absence de la mère ». (Le Chartier, 2000, 38)

Ces appellations désignent, en quelque sorte, la limite à la prétention narcissique de l'infans. Limitation essentielle au processus de subjectivation?; sans cette limitation, pas de sujet. Pierre Legendre, de son côté, présente la signification subjective et sociale, la fonction de la limite, en ces termes :

« ...Faire jouer l'impératif de la différenciation, c'est-à-dire mettre en œuvre la logique de l'altérité, traiter l'enjeu du semblable et de l'autre. » (Legendre, 2000, 154)

Limite qui s'accorde bien avec la finitude de chacun d'entre nous, avec le fait d'être sexué. C'est en ce sens que l'emprise du narcissisme peut conduire au refus du sexuel. Emprise qui se cimente à la fragilité du psychisme en voie de se cristalliser. Mais est-ce suffisant d'évoquer l'emprise du narcissisme de l'infans pour expliquer le refus du sexuel? Il ne faudrait certes pas laisser sous silence le narcissisme de ceux qui exercent la fonction de tiers. Il n'est pas impensable que l'aspiration à la toute-puissance de l'infans qui, on le sait, repose sur l'expérience de l'impuissance, soit une réponse défensive au narcissisme manifesté dans l'abus de pouvoir parental.

Se présentent à nos bureaux des patients dont la rencontre du tiers s'est faite avec des abuseurs, ceux-là mêmes pour qui l'altérité, la limite et la castration symbolique, est au-delà de leur? maturité psychique. Comment recevoir, intégrer la limite, de celui qui n'en a pas! Comment devenir sujets de notre propre histoire lorsque nous sommes aliénés par celle de l'autre, aliénation installée dans la précocité de notre vie. Une demande de thérapie fournit sans doute l'espoir de sortir de ce ghetto. Mais, ne nous le cachons pas, c'est aussi l'espoir d'y rester. L'éthique de notre travail demande que nous soyons au clair avec cette demande impossible. Opter pour la première partie de la demande, c'est obligatoirement assumer les deux courants du transfert. Opter pour la seconde, c'est se soumettre à l'emprise du narcissisme. Et les théories conséquentes à cette emprise ne peuvent que rationaliser le refus du sexuel, refus de la séparation de l'objet primaire, et faire perdurer une non intégrable castration symbolique.

Lorsque les blessures du passé sont survenues à l'époque d'une psyché pour deux, il ne faut pas se surprendre des résistances colossales suscitées par le

développement libidinal qu'exige le travail du deuil. Pour beaucoup d'entre nous, l'importance accordée au transfert et contre-transfert maternel est commandée par des patients pour qui l'objet primaire avait mal rempli son office. Par contre, analyser, interpréter constitue une fonction du tiers. De ce point de vue, j'endosserais la formule quelque peu lapidaire de Claude Le Guen : « Les patients nous demandent un transfert maternel et nous leur offrons un transfert paternel. » (Le Guen, 2000, 169) Il y a quand même quelque chose d'étonnant à sa formule; pourtant ce qu'il nous dit semble aller de soi, entendu par tous. Est-ce si certain?

En terminant, je me demande s'il n'y a pas des cultures qui font l'apologie d'un type de transfert et de contre-transfert plutôt que d'un autre. Quand je dis « cultures », je pense non seulement aux cultures nord-américaine, anglo-saxonne ou européenne de tradition latine, mais également à la culture des sociétés psychanalytiques. Jusqu'où notre écoute du patient n'est-elle pas infiltrée par des cultures? D'un point de vue plus étendu : l'assuétude aux intérêts érotomaniaques, l'inceste, la pédophilie, la fréquentation compulsive de la pornographie sur Internet, en un mot : la sexualité sur son versant pervers, n'est-elle pas l'expression manifeste d'un contenu latent qui, lui, serait le refus de l'altérité sexuée?

claudette lafond

10,135, st-denis

montréal h3l 2h9

claudette.lafond@sympatico.ca

Références

- CARRELS, N., 1990, Altérité et communication dans la relation analytique, *Revue belge de psychanalyse*, n° 17, 59-74.
- CHASSEGUET SMIRGEL, J., 1964 *Recherche psychanalytique de la sexualité féminine*, Paris, Payot.
- FOUCAULT, M., 1976, *Histoire de la sexualité* Paris, Gallimard.
- GODFRIND, J., 1993, Le corps parlé, *Revue belge de psychanalyse*, n° 2, 92-106.
- GODFRIND, J., 1993, Transfert et fonction symbolique, in, *Les deux courants du transfert*. Paris, P.U.F., 48-74.
- GUILLAUMIN, J., 1975, Psychanalyse épreuve de la « réalité psychique » in *NRP La psyché*, n° 12, Paris, Gallimard, 163-173.
- LAPLANCHE, J., et PONTALIS, J.-B., 1973, *Vocabulaire*, Paris, P.U.F.
- LECHARTIER Atlan, C., 2000, La fonction paternelle, disjoindre et conjoindre in *La fonction paternelle*, *Revue topique*, n° 72, 37-47.
- LEGENDRE, P., 2000, *Le crime du caporal Lortie*, Paris, Flammarion.
- LE GUEN, C., 2000, *L'Œdipe originaire*, Paris, P.U.F.
- VAN LYSBETH-LEDENT, M., 1997, Complexité d'Œdipe, *Revue de psychanalyse belge*, n° 11, 59-76.