

Le corps du thérapeute : lieu d'actualisation transféro- contre-transférentielle

nathalie dumet

De nombreux travaux contemporains soulignent l'importance et le rôle du corps dans l'économie psychique et le travail de symbolisation. Qu'en est-il cependant de l'expression somatique survenant chez le clinicien en séance? Quelle est la genèse de cette expression somatique? S'agit-il seulement et systématiquement d'un contre-transfert mal géré? Quels autres sens cela peut-il revêtir? Enfin, quels effets cette manifestation somatique peut-elle avoir sur la relation thérapeutique? A partir d'une situation clinique, l'auteur montre comment le corps du thérapeute constitue une possible voie d'actualisation transférentielle et contre-transférentielle, propice à l'évolution psychologique du patient.

« ... dans l'espace précis de l'analyse, tout et rien, le corps et le discours, les murs et les objets entrent en mystérieuse résonance de sens. » (Harrus-Révidi, 2000, 216).

Préambule : brève histoire du statut de corps dans la théorie psychanalytique

Bien qu'aux prémisses de sa théorisation (cf. les manifestations hystériques par exemple), le corps a longtemps été considéré comme un objet tabou par/pour la psychanalyse (Birraux, 1989). Progressivement reconnu – épreuve de réalité oblige?! – il a ensuite surtout été considéré comme un obstacle à la pensée et à l'élaboration psychologique, révélateur même de faillites mentales (cf. P. Marty principalement et l'IPSO), avant de bénéficier d'autres considérations moins déficitaires. C'est ainsi que nombre de travaux contemporains mettent en avant, à partir de cliniques variées, l'importance et le rôle du corps dans le développement et l'équilibration psychiques, via les éprouvés, les perceptions, la sensorialité. À titre d'illustrations citons les travaux de Mc Dougall (1982, 1989) sur le corps porteur de messages inconscients, la notion de « somatisation symbolisante » proposée par Dejours (1989), etc. L'ensemble de ces travaux ne porte toutefois en général que sur les expressions somatiques du patient. Qu'en est-il du côté du clinicien?

Du corps et du contre-transfert dans la théorie psychanalytique

Cette question a jusqu'alors rarement sinon timidement été abordée en soi. Certes, maints auteurs analystes décrivent la survenue de manifestations corpo-

corporelles et de sensations particulières éprouvées à l'occasion de certaines cures (ou de moments au cours de celles-ci). Mc Dougall (1982, 1989) par exemple relate les sensations de fatigue, de paralysie mentale, parfois même l'endormissement survenus chez elle au contact de certains patients, tels que les patients somatiques. Toutes ces manifestations seraient révélatrices d'un contre-transfert singulier face à ces malades et à leurs difficultés surtout. En effet, corrélative de ces éprouvés corporels, la capacité de penser du thérapeute serait altérée, mise à mal du fait de la problématique psychique carencée ou déficitaire des patients en question.

L'apparition d'un trouble somatique chez le clinicien, est, quant à elle, perçue encore plus négativement dans le milieu psychanalytique orthodoxe. Elle est même considérée « comme l'aveu d'une vulnérabilité inadmissible chez un analyste, voire incompatible avec l'exercice de la psychanalyse justement » (Dejours, 2002b, 120).

Pourtant, l'expression corporelle du clinicien, en séance qui plus est, serait-elle toujours et inéluctablement le signe d'un contre-transfert mal métabolisé, constituant de ce fait un véritable agir survenant là où aurait normalement du advenir un processus psychique, une représentation ou une élaboration mentale?

Le récent article de la psychanalyste Jung-Rozenfarb (2002) par exemple invite à considérer avec prudence une telle affirmation. Confrontée à la survenue d'un processus corporel chez elle (des démangeaisons de son cuir chevelu, signes d'une affection cutanée sans gravité) concomitant de la faillite de ses processus associatifs, dans le contexte de la cure d'un patient (là encore) atteint d'une maladie somatique sévère, l'auteur met en évidence l'existence entre elle et son patient d'un mouvement de type identificatoire ancré dans le corps et ayant valeur de traumatisme (ré)organisateur pour le patient. Jung-Rozenfarb est même amenée à conclure à l'inéluctabilité de ce type de processus – somatique donc – dans les cures de tels malades chez lesquels se produit un changement notable et durable de l'organisation psychosomatique. Inéluctabilité de ce type de processus pour qu'advienne un tel changement...

En vertu de l'unité psychosomatique foncière et indivis l'être humain (Mc Dougall, 1989) on voit mal comment le clinicien – par définition banal être humain – serait coupé¹ de ses ressentis physiques, voire privé de son expression somatique, laquelle n'est autre qu'un mode d'expression et de régulation parmi bien d'autres (cf. Debray, 1996, 2001, 2002). À ce titre :

« le corps du thérapeute peut être amené à jouer un rôle essentiel dans le transfert, le patient se présentant comme à la recherche d'une épaisseur corporelle de l'analyste. » (Boubli, 2002, 53)

Corps et transfert

Le corps du thérapeute peut-il constituer un de ces objets du cadre thérapeutique, attracteur et mobilisateur de la réalité psychoaffective inconsciente du

patient? Assurément. Harrus-Révidi a, depuis plusieurs années maintenant (1987, 2000), mis en évidence le rôle du corps de l'analyste dans la rencontre analytique. Selon cet auteur, il y aurait une « cristallisation transférentielle immédiate » (Harrus-Révidi, 2000, 160) à partir des signes corporels et perceptifs dégagés par la personne concrète de l'analyste. Le processus transférentiel se mettrait donc en place chez le futur analysant dès le début de la rencontre à partir des signes corporels présentés par l'analyste. Timbre de la voix, taille, corpulence, apparence extérieure et vestimentaire de l'analyste, ... seraient ainsi initiateurs ou, au contraire, inhibiteurs de l'instauration du dispositif psychanalytique.

La rencontre thérapeutique est rencontre intersubjective. Si elle est rencontre d'inconscient à inconscient, elle est aussi « rencontre de corps à corps dans le registre de l'agir expressif, pas du passage à l'acte » (Dejours, 2002, 127). Bien sûr il s'agit d'être nuancé, l'agir compulsif peut prendre la place d'un agir expressif. Dans la théorie de Dejours, c'est justement la non reconnaissance voire la proscription du corps dans l'économie subjective qui ferait le lit de cet agir compulsif et de sa survenue.

Problématique

Dans la continuité de ces différents travaux et thèses, on peut formuler plusieurs questions.

L'expression somatique du thérapeute est-elle toujours une manifestation révélatrice d'un contre-transfert mal géré, mal analysé? Quels effets ou répercussions cette manifestation somatique peut-elle avoir sur la relation thérapeutique, sur la poursuite du travail et du processus thérapeutiques? Quelle est la genèse de cette expression somatique? Traduction d'un vécu contre-transférentiel, ne correspondrait-elle pas elle-même et corrélativement à l'actualisation de certains enjeux transférentiels? En conséquence, quels peuvent être les sens possibles de l'apparition d'une telle manifestation?

Le cas de Christiane et l'analyse d'un épisode survenu au décours de sa psychothérapie – plus précisément l'advenue d'un curieux et troublant phénomène psychomatique chez le clinicien lors d'une séance – vont permettre de travailler ces questions.

Christiane, un corps de douleur et la douleur d'exister

Christiane, âgée d'une vingtaine d'années, vient consulter parce qu'elle se sent, de ses propres mots, « mal dans sa peau, mal dans sa tête, mal dans sa vie ». Dès le premier entretien, elle énumère toute une série de maux physiques qui l'empêchent « de se sentir bien ». Il s'agit pour l'essentiel de nombreuses douleurs qui siègent en des endroits variés de son corps, qui ne la lâchent pas. J'ai même le sentiment qu'aucune zone de son corps n'a échappé, un jour ou l'autre, à ces processus d'affectation douloureuse ou d'affliction physique. À cela s'ajoutent des craintes d'avoir une grave maladie. Elle consulte régulièrement divers spécialistes, en vain, on ne lui décèle jamais rien, ce qui, loin de la rassurer, ne fait au contraire

qu'alimenter son sentiment de ne pas être entendue et sa conviction de couvrir une maladie rare. Les tendances hypocondriaques sont bien patentes. Par ailleurs, Christiane a souvent le sentiment d'être folle, de devenir folle. Proche de la logorrhée dans les entretiens, elle imaginera et interprétera souvent l'effet de ses paroles désordonnées sur moi, tels : « Vous ne devez rien y comprendre, non? », ou bien alors « c'est complètement fou tout ce que je vous raconte, hein? Je ne sais pas comment vous faites pour vous y retrouver ». (Nous verrons plus loin le sens chez Christiane de ce fantasme inconscient de me rendre folle et son actualisation transférentielle.)

Le psychosoma² de Christiane affublé d'un cortège d'affections somatiques est donc placé sous l'égide de la douleur. La patiente présente une économie psychique des plus fragiles, perméables, voire inorganisées et au sein de laquelle les tendances tant masochiques qu'hypocondriaques constituent assurément pour elle des repères organisateurs. Que cache cette peau de douleurs et Christiane peut-elle réellement exister sans (ce) corps de souffrance?

La pesanteur de toute cette symptomatologie somatique contraste fortement avec la présentation physique de Christiane; c'est une jeune femme frêle, fluette, à la peau diaphane; des images d'évanescence se dégagent par ailleurs de son être psychosomatique. À tel point que par moments, j'ai même redouté que Christiane ne glisse du fauteuil, ne disparaisse sous mes yeux. Il est à noter que Christiane se décrit elle-même comme transparente aux yeux des autres³.

Christiane désire également entreprendre cette démarche psychothérapique pour une autre raison : elle a « une histoire lourde, ... qui lui pèse » (autant que son corps, me dis-je intérieurement). Sa mère la « rend folle », à vrai dire sa mère « est folle », et il lui faut s'en tenir à distance. Cette mère apparaît tantôt comme envahissante (capable de téléphoner à sa fille plusieurs fois par jour et par nuit!) tantôt complètement absente, disparaissant brutalement et ne se préoccupant de rien ni de personne. C'est peu de temps après la naissance de Christiane, durant sa première année de vie en tout cas, que sa mère connaît sa première hospitalisation en psychiatrie, pour des troubles vraisemblablement schizophréniques. Cela se reproduira à plusieurs reprises au cours de l'enfance et de l'adolescence de Christiane et aujourd'hui encore. Son père est en conséquence très investi, faisant office de repère permanent pour elle, même si très pris par ses fonctions professionnelles il lui consacre peu de temps, la confiant aux mains de nourrices successives (de par la très grande mobilité géographique exigée par la profession paternelle). De ces nombreux déménagements Christiane conserve un sentiment d'instabilité – elle-même « n'arrive pas à se poser » comme elle dit; elle a le sentiment de n'avoir jamais eu vraiment de chez elle; ses parents et elle résident dans des logements de fonction décrits comme vétustes, austères, froids. De ses nourrices, elle garde également des images de sévérité, des souvenirs de soins corporels durs et douloureux (une de ses nourrices est décrite comme lui frottant trop vigoureusement le corps, une autre lui tirant les cheveux,...). Quant à sa mère, Christiane garde le souvenir de sa présence auprès d'elle uniquement

lorsqu'enfant elle était malade. Dans ces moments là, Christiane avait une mère attentionnée et dévouée à son chevet. Cette psychogenèse inspire les réflexions suivantes. Comment être et demeurer en lien avec l'autre sinon par la voie corporelle (les nombreux troubles) et la voix douloureuse (les nombreuses plaintes de Christiane)? Le mal-être tant psychique que somatique n'est-il pas la forme que prend chez Christiane son besoin vital de l'objet primaire, son besoin de le conserver (voire de le trouver...)? Le corps de douleurs semble bien constituer en effet la manière préférentielle qu'à Christiane de s'assurer de la présence indéfectible de l'objet, il est même la preuve intangible du lien à l'objet primordial et surtout de la pérennité de ce lien, gage de la survie de Christiane (comme de son aliénation...).

« La douleur est comme un □compagnon fiable», le seul qui ne l'abandonne jamais » (L'Heureux-Le-Beuf, 2002, 16)

Tout se passe au fond comme si Christiane disait « je préfère un mauvais objet qui me fait vivre, même dans l'aliénation et la souffrance, qu'une absence complète d'objet qui me conduirait à la mort » (Stoloff, 2000, 78)⁴. C'est dire combien Christiane apparaît ne pouvoir vivre différenciée, défusionnée de l'objet dont elle est psychiquement dépendante et combien se dessine le type de transfert – narcissique en l'occurrence – qui va venir se déployer dans la relation thérapeutique. En effet, si souffrir dans son corps pour vivre et garder l'objet tel semble l'oracle pesant sur le psychosoma tout entier de Christiane, on ne peut manquer de se demander ce qu'il va en advenir dans l'espace et la rencontre thérapeutiques.

Une expérience somatique pour le moins disruptive et troublante...

C'est la 39^e séance, cela fait à peu près 11 mois que la psychothérapie a débuté. Le contexte est celui des proches vacances estivales, s'esquisse la perspective d'une suspension du travail psychothérapique plus longue que celles ayant eu lieu jusqu'alors (4 semaines consécutives). J'éprouve certaines inquiétudes quant à l'aptitude de Christiane à pouvoir supporter la durée de cet éloignement, elle qui a coutume de m'appeler entre deux rendez-vous, de me laisser des messages téléphoniques sur mon répondeur – tous comportements que j'interprète intérieurement comme son besoin de s'assurer, dans la réalité, de ma présence quand elle en a besoin et plus encore quand nous sommes séparées (sans parler qu'elle reproduit l'attitude maternelle envahissante à son égard).

Peu de temps après le début de cette séance, je suis prise d'un curieux phénomène corporel. J'ai une espèce de vertige, de perte d'équilibre. Cette expérience⁵ est particulièrement curieuse (et désagréable aussi!) puisque j'ai l'impression de sentir le sol se dérober sous mes pieds, alors même que – et j'en ai simultanément conscience – je suis assise sur un solide fauteuil. Cette brève mais non moins fulgurante sensation de vertige me conduit à faire un rapide mouvement sur moi-

même, une légère torsion du buste, comme pour me redresser, afin de retrouver mon équilibre. Cela n'a duré qu'une fraction de seconde, me semble-t-il, mais suffisamment en tous les cas pour que Christiane perçoive ce mouvement, capte mon trouble, et y réagisse. « Ça va? ... C'est pas de ma faute au moins? », me demande-t-elle, l'air inquiet. Ayant retrouvé mes repères – mes esprits...?! – aussi vite que je venais de les perdre, je lui réponds d'abord l'affirmative mais n'ai pas le temps de relever sa seconde remarque qu'elle a déjà repris le cours de son discours. Persiste au fond de moi une interrogation sur ce qui vient de m'arriver. Je me demande si cela risque de se reproduire, l'inquiétude me gagne un court instant; le doute me traverse de ne pouvoir tenir le coup le restant de la séance; j'imagine furtivement cesser sur le champ la séance pour parer à une éventuelle récurrence de cette expérience. Mais la reprise des verbalisations de Christiane comme si rien ne venait de se passer, d'une part, ainsi que l'idée des répercussions d'une telle initiative, que j'imagine désorganisatrices, d'autre part, me font repousser immédiatement cette idée⁷. Je me dis que je ne peux déroger au cadre, me dérober, et je pense bien sûr alors à la mère de Christiane absente autant physiquement que psychiquement à son enfant en raison de ses vertigineuses descentes dans les abysses schizophréniques et de ses nombreux allers et retours à l'hôpital. La séance se poursuit, sans autre manifestation notable, de part et d'autre. En revanche, ce qui l'est, c'est la tonalité et le contenu des propos de Christiane lors des séances ultérieures. De ces maux du corps il n'en sera en effet plus guère question (chez elle comme chez moi). Christiane amènera - à la place, ai-je envie de dire - maints souvenirs plus précis, plus organisés sur son enfance, le premier qui surgit fut celui des nombreux changements de décor que sa mère opérait dans l'appartement. En effet, sa mère avait régulièrement coutume de changer le mobilier de place - notamment quand elle rentrait de ses séjours psychiatriques. Avait-elle alors besoin de faire vivre inconsciemment à son entourage le chaos, le désordre qu'elle venait de traverser et de réaménager, pour elle au moins, un nouvel ordre...? Quoi qu'il en soit cela énervait profondément Christiane. Sans doute, compte tenu du contexte changeant, fluctuant qui était le sien (les déménagements que lui faisaient vivre ses parents), Christiane éprouvait-elle un certain besoin de permanence et d'immuabilité de/dans son environnement perceptif. Sa mère n'avait pas, de plus, le sens des agencements très fonctionnels : « impossible de retrouver quoi que ce soit après son passage, tout était rangé en dépit du bon sens », dit Christiane. Cette mère, au gré de ses états psychiques fluctuants, entre et sort du champ perceptif comme de la vie de sa fille de manière soudaine, voire intempestive. Lors de ces allers, venues et départs maternels – ou plutôt ré-emménagements et réaménagements – c'est alors Christiane qui perd pied, ce sont ses repères à elle qui sont mis à mal, et s'effondrent.

D'autres souvenirs et associations surgiront les uns après les autres chez Christiane, pour traduire encore et encore cette perpétuelle et douloureuse perte de ses repères (le vécu de dissociation et de délitement qu'elle vit alors) qu'il s'agisse des absences ou incohérences comportementales maternelles, du caractère lointain

et étranger de la figure paternelle, des déménagements itératifs et des séparations successives d'avec ses nourrices (des femmes décrites comme sévères mais auxquelles elle était profondément attachée). Petit à petit, à partir de ces différents contenus verbaux, un travail psychique de liaison de ces expériences et de ces éprouvés douloureux, oscillant entre désintégration et abandon, s'opérera chez Christiane. Parallèlement, mais je ne l'apprendrai que plus tard, son vécu corporel douloureux ira en s'amoindrissant.

La séparation occasionnée par les congés d'été, redoutée de mon côté, s'est passée sans encombre pour Christiane; dès la première séance de reprise la patiente peut dire combien nos rencontres hebdomadaires lui ont manqué, et cela peut ensuite être relié à ses vécus infantiles occasionnés par les absences parentales. En revanche, de cet incident somatique chez moi et des réactions de Christiane, rien n'a encore fait l'objet d'une reprise verbale à ce jour, tant par elle que par moi. Est-ce pour autant que ce moment, ce vécu et sa mobilisation sont restés lettre morte, n'a eu aucune incidence sur la poursuite du travail thérapeutique?

« Des sens aux sens » (cf. Konicheckis, 2002)

Comment comprendre pareille manifestation psychosomatique chez moi, cette sensation de vertige? Que celle-ci ait du sens en regard de ma constitution physique comme psychique propre, dans la conjoncture temporelle d'une fin d'année chargée qui plus est, cela va assurément de soi. Pour autant est-elle dénuée de sens au regard de l'inter-relation nouée avec Christiane?

Se cantonner à une interprétation d'ordre strictement personnel équivaudrait, me semble-t-il, à passer à côté de l'essentiel et de la richesse de cette manifestation et plus encore à côté de ses significations au regard des enjeux transféro-contre-transférentiels actualisés dans cette relation thérapeutique. On ne peut, en effet, manquer de faire des rapprochements entre ce qui m'arrive psychosomatiquement à ce moment de la thérapie (et du déploiement transférentiel alors en jeu), l'histoire maternelle de Christiane et le propre vécu psychosomatique de celle-ci.

Mon corps défaille; j'ai à me plaindre de mon corps ou plutôt de l'expression « bruyante » de celui-ci, tout comme Christiane ne cesse elle aussi de se plaindre de son enveloppe corporelle, laquelle défaille quotidiennement, et sur laquelle elle a le sentiment de ne pas pouvoir compter. Tout comme elle ne peut compter de manière fiable sur l'objet maternel (et pas plus sur l'objet paternel). Moi-même un court instant je fantasme m'absenter aux yeux de Christiane tant cette expérience psychique et corporelle a ébranlé ma tranquillité intérieure. Abandonnée par mon corps en somme, j'imagine abandonner ou laisser tomber Christiane. Dans ce mouvement, temporel et corporel, aurais-je donc été identifiée à l'objet maternel défaillant, absent, abandonnant, collusionnée à lui?

On se souvient de cette image-sensation qui m'a parfois traversée face à Christiane, la peur qu'elle ne glisse du fauteuil; or c'est moi qui fait en quelque sorte cette expérience – c'est moi qui ressent cette chute. Aurais-je donc éprouvé en lieu et place de Christiane – sous l'effet d'une identification projective par

exemple, ce que celle-ci a pu vivre, ressentir de l'objet maternel et surtout de l'angoisse vertigineuse générée tant ses absences soudaines que par ses accès de folie? Rappelons également ici le sentiment de Christiane que le flot de son discours ne me fasse perdre la tête (autrement dit me rende folle!). Il est vrai que parfois j'éprouvais certaines difficultés à faire des liens entre ce qu'elle évoquait tant c'était épars, éclaté; je me sentais parfois envahie aussi. Dans de tels moments, pas de doute que Christiane mettait à mal ma capacité de pensée¹⁰. Accepter et continuer le travail avec elle consistait à accepter de vivre, d'éprouver (voire d'épouser...) ces attaques de liens, cette désorganisation interne; jusqu'à présent j'avais toujours réussi à ne pas perdre le fil de mes pensées branchées sur les siennes. Jusqu'au jour où le vertige s'emparât de moi!

Selon la conception déficitaire évoquée précédemment, le corps prend le relais de l'appareil mental quand celui-ci se trouve débordé. Le mien l'était-il à ce point que je n'ai pas vu venir ce vertige, cet « effondrement »? Pourtant – et même en après-coup de cet événement – il me semble que mon activité psychique et représentative était alors opérationnelle, que ma pensée fonctionnait plutôt bien. Peut-être cela manquait-il... de corps justement... Peut-être aussi ce trouble est-il venu cristalliser, actualiser un enjeu particulier du processus tranféro-contre-transférentiel? Le corps du thérapeute, scène pour le contre-transfert, n'en serait-il pas une également pour le transfert?

Afin de répondre à ces interrogations, il importe d'évoquer les effets de cet incident sur la patiente, in situ et après-coup. Sur le moment présent, hormis ses quelques mots (hautement signifiants cependant) et son air vaguement inquiet, Christiane est demeurée relativement impassible (manifestement). Dans les séances ultérieures, force me fut d'observer que leur tonalité avait changé : l'expression verbale n'était plus aussi logorrhéique, les liens et connexions associatives de Christiane se faisaient plus souples, de manière plus précise, sans parler de son corps devenu nettement moins persécuteur. Il est bien sûr impossible de mettre la nette évolution de Christiane sur le compte de ce seul moment de la thérapie, ce serait minorer le lent et progressif travail mené en amont (et travail psychique encore partiel). Toutefois, je ne peux m'empêcher de penser que cet épisode a joué un rôle fécond et un tournant dans la psychothérapie.

En effet, quels sens cet épisode peut-il revêtir pour Christiane, du point de vue de sa psyché, en regard de sa psychogenèse? Ne peut-on voir dans ce vertige qui s'empare de moi, aussi fugace a-t-il été, la reproduction dans la relation thérapeutique (avec moi) d'un scénario relationnel jadis éprouvé dans la relation mère-enfant, à savoir que sa mère « perdit la tête », ou « perdit pied » encore, peu de temps après sa venue au monde? Autrement dit, la survenue de cette sensation de vertige correspondrait à l'actualisation transférentielle d'un des fantasmes crucial dans l'économie subjective de Christiane, celui selon lequel elle serait porteuse de la perte de raison (ou perte d'équilibre) de sa mère, fantasme selon lequel sa présence, sa venue au monde auraient entraîné l'effondrement psychopathologique maternel¹¹.

En conséquence, et du point de vue contre-transférentiel cette fois, ce mouvement corporel de la part du clinicien témoignerait d'une identification fusionnelle avec Christiane et/ou avec l'objet intériorisé par celle-ci. J'aurais, en effet, été prise dans une collusion fantasmatique avec l'objet maternel perdant la tête, s'incarnant, s'actualisant par la voie de mon corps. Si l'on postule la répétition d'un scénario particulier entre mère-enfant dans la relation thérapeutique actuelle, cela pourrait laisser entendre que le thérapeute n'a pas été assez vigilant ici; on pourrait alors évoquer une « contre-identification projective ». Grinberg (1962) désigne ainsi une défaillance du contre-transfert qui apparaît lorsque l'analyste n'est pas conscient de se laisser envahir par l'identification projective de son patient. C'est-à-dire que l'analyste devient, à son insu, ce que le patient désire inconsciemment qu'il soit.

Doit-on, dans le cas présent, s'en tenir à une telle interprétation, psychopathologique, de cette manifestation vertigineuse? Quels autres processus peut-on inférer légitimement dans cette séquence inter-active, un peu particulière et troublante, il faut bien le reconnaître?

Christiane entretient une relation fusionnelle avec un objet maternel intériorisé comme envahissant (tant par son absence que par sa folie). La fusion – confusion qu'elle entretient avec cet objet est transférée, actualisée dans le travail psychologique entre elle et moi. La fusion n'est pas mortelle à la condition d'en sortir (Quinodoz, 1991) et de constater que le sujet ne s'est pas perdu, que l'objet est là – nous y reviendrons. Christiane a le sentiment que ses paroles peuvent me faire perdre la tête, elle fantasme qu'elle peut rendre folle sa mère-thérapeute. Plus encore, n'a-t-elle pas fondamentalement besoin que la thérapeute soit affectée, ou plutôt se laisse touchée par ses vécus à elle (aussi angoissants, déroutants soient-ils), par ses fantasmes, par sa destructivité interne? Touchée, je le suis effectivement, pendant ou après certaines séances où Christiane m'a envahie, aspirée par son flot de paroles, des séances où elle a mis à mal ma capacité de pensée en raison de ses « égarements » associatifs. Touchée, je le suis encore, différemment, physiquement à l'occasion de cette curieuse expérience psychosomatique. Touchée, certes, mais pas coulée!

Le psychothérapeute est « porte parole du moi du patient » (Quinodoz, 1994, 130). Il l'est aussi et d'abord de son Moi-corps, des états du corps de son patient. Dans le cadre de cette fonction phorique dans la praxis clinique il paraît impensable et incontournable de ne pas être touché par le patient (D. Quinodoz, 1984, 2002). Pour autant, cela peut-il aller jusqu'à être touché, voire affecté dans son corps, dans son propre espace ou habitacle corporel – sans pour autant, bien sûr, que celui-ci soit mis en danger? Quinodoz (2002, 16-17) écrit encore que « ... si nous désirons comprendre nos patients, même les plus perturbés, nous devons être prêts à nous exposer nous-mêmes à faire des expériences contre-transférentielles troublantes et inconfortables ». Il me semble que l'expression somatique peut être une telle expérience. Cela rejoint l'idée de Merle-Béral (1994, 127) selon laquelle «... des éléments narcissiques impensés [peuvent être] déposés

dans le corps du patient *et éventuellement de l'analyste*¹² ». À ce sujet, Michel (2002) a récemment montré – dans la continuité des travaux de Fédida (1995) d'une part, dans le champ particulier de la clinique de la transmission inter-générationnelle, d'autre part – comment l'analyste pouvait devenir le site ou le réceptionnaire d'un matériel quasi-traumatique appartenant au patient. L'analyste devient alors une sorte de médium entre le moi conscient et les parties clivées inconscientes de son patient. Ce recueil, précise-t-il, se fait « chez l'analyste dans un mouvement régressif parfois quasi-hallucinatoire » (Michel, 2002, 144). Tel est ce qui s'est opéré lors de l'expérience vertigineuse vécue précédemment décrite.

S'il importe dans et pour le travail psychothérapeutique qu'il se rejoue quelque chose dans le transfert, il est également important que celui-ci vienne « dramatiser expressivement » (Dejours, 2001, 2002a) les conflits ou les enjeux psychiques. Cette dramatisation expressive peut donc parfois aller jusqu'à s'effectuer par le corps du thérapeute. Comprendre via l'intellect, le travail de la pensée, est insuffisant, il faut aussi pouvoir éprouver. Le travail psychique en séance s'ancre et s'accompagne d'un éprouvé corporel. Ce qui n'est qu'une autre manière de dire et de reconnaître combien le transfert et le contre-transfert s'originent tous deux dans la vie corporelle.

Christiane a besoin de se confronter dans l'actuel, à la réédition d'un certain passé pour pouvoir le symboliser. Autrement dit, il est important pour elle que son thérapeute éprouve, et agisse dans la rencontre concrète avec elle – sans qu'il y ait ou ne s'agisse pour autant de passage à l'acte – qu'il est effectivement touché par son vécu, son être, qu'il peut lui aussi, par identification, par identification projective ou narcissique sans doute, ressentir le vertige. Ressentir son propre vertige d'abord face aux abysses maternels, ressentir également le vertige, la perte d'équilibre de sa mère. En référence aux travaux de Mijolla (1981), on peut dire que le clinicien est « visité » par le Moi de Christiane et de ses identifications à l'objet primaire; le vertige est alors le témoin (et pas seulement le symptôme) d'un fantasme d'identification à la patiente, conduisant à une sorte d'échange de symptômes entre patient et thérapeute (Jung-Rosenfarb, 2002).

Dans le transfert, Christiane a donc besoin tout à la fois d'être activement témoin, d'une part, que son existence propre n'est pas destructurante ou mortifère pour l'autre – autrement dit que l'objet peut survivre à sa destructivité – et d'autre part, qu'il existe bel et bien pour elle, sous ses yeux, un objet (de type maternel) fiable. Ceci explique alors en partie mon attitude, dénégative à certains égards, face aux auto-accusations de Christiane lors de mon trouble. Devant son air inquiet pour ne pas dire affolé, il m'a en effet paru indispensable, dans un premier temps, de la rassurer, avant de pouvoir envisager dans un second temps les motifs de sa culpabilité. Or il est vrai que Christiane ne m'en a pas donné l'opportunité, ni sur le moment ni même en après-coup, et jusqu'à ce jour du moins. Dans le travail clinique, il faut, comme chacun le sait, compter avec le temps...

Mais la signification de cette manifestation est loin d'être épuisée. On se souvient de la sensation parfois éprouvée d'être aspirée par le discours de

Christiane. Mon vertige représente à cet égard et paradoxalement une défense, sur le mode corporel, contre cette aspiration par l'objet (Christiane); par le vertige simultanément ou successivement je verse et m'extraie de la fusion dans laquelle m'absorbe Christiane (mouvement dans lequel elle est elle-même prise).

Prendre conscience du fantasme habitant Christiane amène simultanément la prise en compte sinon l'éprouvé de la dimension corporelle de ce fantasme. Le thérapeute, son psychosoma, devient donc siège de cette expérience fantasmagorique pour le moins vertigineuse et site propice de son élaboration psychique. La question qui se trouve ici posée est alors : comment sortir de la fusion sans se perdre soi-même et du même coup sans risquer de perdre l'objet vital? Quinodoz (1991) a montré que pour sortir de la fusion, il fallait d'abord l'accepter. Sortir de la fusion, c'est faire le saut dans le vide, c'est faire l'expérience de la solitude; accéder à cette expérience c'est prendre conscience qu'il s'agit d'exister soi (et non qu'on se perd dans le vide) et que l'objet existe au dehors. Le contexte de l'apparition du trouble est celui de la prochaine suspension du travail psychologique, autrement dit d'une séparation provisoire et quelque peu redoutée. Ce qui est redouté, en réalité, n'est autre que la césure ombilicale, la naissance du Je, autrement dit la défusion et surtout son enjeu existentiel.

Une remarque s'impose ici. A la différence de Quinodoz (1994, 2002) et d'autres auteurs, il ne me semble pas que le processus d'identification projective, invoqué dans le cas présent, résulte seulement de l'impossibilité pour le patient de transmettre verbalement ses vécus. Selon une telle hypothèse, le corps est là encore pensé comme ne pouvant être que le relais, le suppléant d'une activité psychique ou représentative impossible ou carencée. Il me semble davantage que le transfert, tout comme les projections et à fortiori les identifications, fussent-elles adhésives, projectives ou autres, s'ancrent dans le corporel; tous ces processus pour autant qu'ils soient psychiques comportent aussi, et inévitablement, un substrat corporel; ils s'articulent à des éprouvés, ils sont concomitants de ceux-ci. A ce titre convient-il de reconnaître l'existence d'un ancrage corporel de l'activité de pensée et à fortiori d'un « ancrage corporel de l'activité de pensée en séance » comme le dit Baranès (2002, 38).

Pour conclure, on récapitulera les idées essentielles exposées ici. Dans la continuité des travaux de Célérier (1989) selon laquelle le corps constitue une scène pour le fantasme que des autres précédemment cités, nous soutenons l'idée que le corps du thérapeute constitue une possible voie d'actualisation contre-transférentielle mais aussi transférentielle. L'espace somatique du clinicien peut servir d'espace de dépôt et de réception aux transferts et projections du patient; l'éprouvé physique voire l'expression somatique du clinicien témoignent alors de la nature du lien et des enjeux psychiques (ré)actualisés dans l'espace thérapeutique entre les protagonistes de celui-ci.

« Actualiser, c'est rendre actuel, sans doute par activation »
(Green, 2002, 157).

Loin d'entraîner un préjudice pour la relation thérapeutique, loin de constituer systématiquement un agir et une entrave au processus élaboratif, l'expression somatique peut s'avérer, ainsi que Dejours l'a par exemple montré chez l'analysant, une forme particulière de symbolisation – une symbolisation qui s'effectue dans l'espace et par la voie corporels. Godfind-Haber et Haber (2002) ont signalé de leur côté l'existence d'une part agie dans tout échange transféro-contre-transférentiel, qu'ils proposent d'appeler « l'expérience agie partagée ». Celle-ci constitue, selon ces auteurs, une expérience fondatrice dans le processus thérapeutique en ce qu'elle permet à l'analyse le repérage et l'élaboration d'enjeux psychiques actualisés dans la relation.

L'expression (ou l'agir...) somatique survenant en séance chez le clinicien nous semble tout à fait relever de cette expérience agie partagée. Bien évidemment l'expression somatique seule ne saurait suffire à des fins symboligènes ou mutatives. Il importe que celle-ci s'adjoigne à une prise de conscience et surtout à une métabolisation ou transformation psychique, pour éventuellement produire l'avènement de changements intra-psychiques chez le patient. Nul doute en effet que c'est le travail d'élaboration psychique¹³ ayant eu lieu chez moi à partir de cette expérience et de cet éprouvé qui a entraîné un changement tant dans ma pensée et mon écoute de Christiane que dans la relation avec elle. Ce changement semble alors, par transitivité en somme, avoir généré certains effets sur Christiane, notamment sur son rapport à son psychosoma : ses douleurs s'estompant en effet au fil du temps, autrement dit son corps se faisant de moins en moins entendre symptomatiquement après que le mien eut bénéficié d'une expression, d'une écoute et surtout d'une attention psychique et élaborative.

Au terme de cette contribution, il est donc possible d'émettre la proposition suivante : le psychosoma tout entier du clinicien, dans sa double dimension psychique et somatique, a une fonction phorique. Le psychosoma constitue un véritable contenant, lieu d'accueil, de réceptivité, mais aussi espace de transformation potentielle des vécus, eux aussi psychosomatiques, du patient, actualisés dans la rencontre thérapeutique. Le psychothérapeute ne propose pas et ne dispose pas seulement d'un « appareil à penser » (suppléant au besoin les carences de l'appareil psychique de son patient), mais il propose alors (car il dispose aussi d') un véritable « appareil à éprouver », corollaire indispensable du précédent. Cet appareil à éprouver sert fondamentalement de point de repère tant de ce que le patient a jadis vécu et incorporé de ses expériences primitives infantiles - parfois clivées - que de ce que le travail psychothérapeutique actuel mobilise, convoque et vient modifier le cas échéant¹⁴.

« Le thérapeute est utilisé comme double¹⁵ nécessaire à l'introjection des effets inconscients de l'histoire infantile. » (Brusset, 2002, 48)

Le psychosoma ainsi redéfini est ce qui rend possible l'accordage entre patient et thérapeute, un accordage fondamentalement psychique et somatique. Il importe

donc de reconnaître ces signes et signaux du corps tant du côté du patient que du côté du clinicien; ceux-ci peuvent être utiles, tant au patient qu'au thérapeute. Pour ce dernier, ils peuvent même parfois constituer des leviers thérapeutiques, comme nous espérons l'avoir montré à partir de l'analyse de cet épisode somatique survenu au décours de la psychothérapie de Christiane.

nathalie dumet

5 avenue p. mendès-francemary
cp11 – 69676 bron cedex – france

Notes

1. À moins d'être victime d'un processus psychopathologique...
2. Termes empruntés à McDougall.
3. Au milieu d'un groupe, elle a très souvent le désagréable sentiment qu'on ne la voit pas. Ce qui révèle ici toutes les angoisses existentielles et de désintégration qui l'habitent.
4. Christine entretient donc une relation fusionnelle avec un objet intériorisé comme envahissant (par son absence surtout), aboutissant à une « mise sous séquestre du mauvais objet dans l'organe », selon l'expression du Bresset (2002, 55) à propos de l'hypocondrie et, par voie de conséquence, à une projection sur les fonctions somatiques du mauvais objet qu'inconsciemment Christiane pense être (cf. L'Heureux-le-Beuf, 2002).
5. Une espèce d'hallucination cénesthésique (sensation de chute, de vertige).
6. J'aurai cette même interrogation inquiète la semaine suivante avant de recevoir Christiane pour son entretien hebdomadaire, mais qui disparaîtra dès la séance commencée.
7. Sans aucun doute j'ai pu m'appuyer sur un objet interne suffisamment fiable (objet peut-être également réactivé par la présence physique de Christiane sous mes yeux) me permettant non seulement d'apaiser mes doutes mais plus encore de retrouver une réassurance quant à mon intégrité psychosomatique et une tranquillité intérieure suffisante, me permettant alors de maintenir et de garantir le cadre de travail (continuer la séance), et plus encore de rester en contact avec Christiane, autrement dit de maintenir pérenne (vivant, présent) le lien (sujet-objet).
8. Cette sensation ne s'est produite qu'avec Christiane et pas avec les autres patients suivis temporellement au même moment. Le fait qu'il s'agisse d'une manifestation isolée n'entame pas pour autant l'interrogation présente.
9. Ses paroles quasi-logorrhéiques parfois même.
10. Il m'arrivait même de me demander comment je parvenais à conserver mon unité, vu la dispersion tant interne qu'agie de Christiane et ce qu'elle m'en faisait vivre.
11. À noter au passage la différence entre l'infantile et l'actualisation transférentielle : le thérapeute ne chute pas (c'est juste une sensation assortie d'un mouvement, aussitôt suivis d'un autre, un mouvement de rétablissement physique).
12. C'est moi qui souligne.
13. Et qui se poursuit aujourd'hui encore dans cette mise en écriture.

14. À cet égard, je rejoins donc entièrement Dejours quand il soutient que le corps participe pleinement de la mentalisation (et non l'empêche).
15. À propos de double, il faut préciser que l'objet ne peut avoir une telle fonction que parce qu'il est autre justement. C'est dire combien il ne s'agit pas ici, dans la relation à Christiane, de la reproduction aveugle d'une relation fusionnelle pathologique, toxique ou d'un trop d'empathie. Je me rallie à cet égard à la définition de l'empathie comme partage synchronique d'états psychocorporels.

Références

- Baranes, J.-J., 2002, « L'invention de l'interprétation : dramatisation du corps », in Baranes, J.-J., Sacco, F., et al., *Inventer en psychanalyse*, Paris, Dunod, 29-47
- Birraux, A., 1989, De la peur du corps chez les psychanalystes, *Psychanalyse à l'université*, 14, n° 53, 115-121
- Boubli, M., 2002, « Autosensualité, procédés auto-calmants et créativité », in Boubli, M., Konicheckis, A., et al., *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, Paris, Dunod, 59-94.
- Brusset, B., 2002, L'hypocondrie : thématique ou organisation spécifique?, *Revue française de psychosomatique*, n°22, 45-64.
- Célérier, M.-C., 1989, *Corps et fantasme. Pathologie du psychosomatique*. Paris, Dunod.
- Debray, R., 1996, *Clinique de l'expression somatique*, Paris-Bruxelles, Delachaux et Niestlé.
- Debray, R., 2001, *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, PUF.
- Debray, R., 2002, Complexité de la question des somatisations vue par les psychanalystes, in Debray, R., Dejours, C., Fédida, P., *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, 1-62.
- Dejours, C., 2001, *Le corps, d'abord*, Paris, Payot.
- Dejours, C., 2002a, Le corps comme « exigence de travail » pour la pensée, in Debray, R., Dejours, C., Fédida, P., *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, 63-106.
- Dejours, C., 2002b, Technique psychanalytique et référence au corps érogène en psychosomatique, *Revue française de psychosomatique*, n° 21, 119-131.
- Fédida, P., 1995, *Le site de l'étranger. La situation psychanalytique*, Paris, PUF.
- Fédida, P., 2002, L'hypocondrie de l'expérience du corps, in Debray, R., Dejours, C., Fédida, P., *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, 107-164.
- Godfrind-Haber, J., Haber, M., 2002, L'expérience agie partagée, *Revue française de psychanalyse*, 66, n° 5, 1417-1460.
- Grinberg, L., 1962, On a specific aspect of countertransference due to the patient's projective identification, *International Journal of Psychoanalysis*, n°43, 436-440.
- Green, A., 2002, Démembrement du contre-transfert, in Baranes, J.-J., Sacco, F., et al., *Inventer en psychanalyse*, Paris, Dunod, 131-161.
- Harrus-Révidi, G., 2000, *Psychanalyse des sens*, Paris, Payot-Rivages (réédition de La vague et la digue, 1987)
- Jung-Rosenfarb, M., 2002, Un, deux... on plonge!, *Revue française de psychosomatique*, n°21, 103-118.

- Koniceckis, A., 2002, « Des sens aux sens, sensorialité et signification », in Boubli, M., Koniceckis, A., et al., *Clinique psychanalytique de la sensorialité*, Paris, Dunod, 125-155.
- L'Heureux-Le-Beuf, D., 2002, Trajectoires hypocondrie-soma, *Revue française de psychosomatique*, n°22, 9-20.
- Marty, P., 1991, *Mentalisation et psychosomatique*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- Mc Dougall, J., 1982, *Théâtres du Je*, Paris, Gallimard.
- Mc Dougall, J., 1989, *Théâtres du corps. Le psychosoma en psychanalyse*, Paris, Gallimard.
- Merle-Béral, A-M., 1994, *Le corps de la cure*, Paris, PUF.
- Michel, L., 2002, Le psychanalyste comme médium : transmission intergénérationnelle dans la cure-type, *Filigrane*, 11, n°1, 135-144.
- Mijolla, A. de, 1981, *Les visiteurs du Moi*, Paris, Les Belles Lettres.
- Quinodoz, D., 1994, *Le vertige, entre angoisse et plaisir*, Paris, PUF.
- Quinodoz, D., 2002, *Des mots qui touchent*, Paris, PUF.
- Quinodoz, J-M., 1991, Accepter la fusion pour en sortir, *Revue française de psychanalyse*, n°6, 1697-1700.
- Stoloff, J-C., 2000, *Interpréter le narcissisme*, Paris, Dunod.