

# Entretien Jacques André<sup>1,2</sup>

Aôut/2023

**Kenia Ballvé Behr**

**Kenia Ballvé Behr** – *Face aux conséquences liées aux situations traumatiques très graves et très précoces subies par les enfants dans leur relation avec les adultes, qui ont déterminé des pertes importantes dans la structure psychique de ces petits, l'analyste se retrouve souvent face à l'impossibilité pour l'analysant d'associer, précisément parce qu'il n'y a pas de trace mnésique du traumatisme, qui s'est produit à un moment où il n'y avait pas de moi chez l'enfant. On sait que dans la recherche d'une solution à cette impossibilité, certains psychanalystes ont proposé des techniques alternatives pour pallier à la question, par exemple, en plus du thème des constructions chez Freud, la proposition des « ponts de symbolisation » de Silvia Bleichmar ou la « perlaboration par le rêve » de Christophe Dejours. Je voudrais vous demander quelles sont les ressources techniques qui vous semblent adéquates face à cette impasse?*

**Jacques André** – Le nouveau-né d'aujourd'hui n'est plus du tout celui auquel Freud faisait référence. L'image d'un bébé clos sur lui-même comme un oeuf, enfermé dans son narcissisme primaire, cette image

---

1 Entretien accordé par mail à Kenia Ballvé, psychanalyste et membre fondateur de Constructo – Institution Psychanalytique.

2 Jacques André, psychanalyste, membre de l'Association psychanalytique de France (APF), professeur émérite de psychopathologie à l'Université Paris-Diderot, directeur du Centre d'études en psychanalyse et psychopathologie (CEPP).

n'a pas résisté aux découvertes des psychologies de l'attachement et des interactions précoces, de Bowlby à Brazelton. Un bébé de 3 jours est capable de différencier les voix et de tourner la tête vers celle qui le nourrit. Il y a un *moi* dès le début, même si celui-ci se distingue mal de l'organisme et de son équipement instinctuel complexe. Un moi très immature, mais un moi quand même. De la même façon il y a un *objet* d'emblée, celui de l'autoconservation. Le bébé qui a faim ne se baise pas les lèvres, il les tend vers le tétou du sein.

Le bébé est immédiatement interactif avec son environnement humain, ce qui le laisse d'autant plus à la merci de celui-ci. La femelle mammifère répond de façon instinctuelle adaptée à l'attente de son petit, pour la femme-mère c'est évidemment beaucoup plus compliqué, beaucoup plus incertain. Aux soins se mêle inévitablement une expérience psychique complexe, toujours singulière, qui va de l'amour à la haine, en passant par l'indifférence, le chaos, la dépression, l'étouffement, le débordement pulsionnel, etc. Les traumatismes précoces signalent toujours un *empiètement* (le mot de Winnicott) de la violence de l'inconscient adulte sur la qualité adaptée des soins, du *holding*.

De ces traumatismes de l'*infans*, avant le langage, il n'y a pas de souvenirs, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de traces. Comme le soulignait Joyce McDougall, c'est avec son corps, le psychosoma, que le premier enfant s'exprime : pleurs, insomnie, eczéma, asthme, anorexie, colite, etc. Et il n'est pas si rare qu'un début d'analyse voit resurgir des difficultés respiratoires ou le retour d'un eczéma depuis longtemps disparu. Il y a une mémoire du corps. « Tomber malade » est parfois un bon signe, celui d'une première répétition-élaboration transférentielle.

**KBB** – Par rapport à la technique psychanalytique classique, à votre avis,

*quelles sont les modifications nécessaires indiquées pour le traitement des patients qui présentent un vide intense né d'expériences de détresse paralysante?*

**JA** – La psychanalyse en tant que méthode repose sur le couple associations libres, côté analysant, écoute flottante, côté analyste. Le tout sur fond d'expérience du transfert, avec comme seul acte possible pour le psychanalyste, celui de l'interprétation. Cette méthode suppose donc que soit disponible chez le patient une certaine plasticité psychique, faute de quoi ce serait une erreur d'indication que de l'entraîner dans un traitement qui n'est pas conçu pour lui. Les premiers entretiens ont pour fonction principale de faire le point sur ces possibilités.

Les indices symptomatiques de traumas précoces (addictions, dépression, passages à l'acte, conduites à risque...) ne signifient pas nécessairement une pauvreté associative et imaginaire. Certains patients borderline se révèlent beaucoup plus en phase avec la technique analytique que tel névrosé obsessionnel, incapable de sortir sa roue de l'ornière et condamnant l'analyse à la répétition interminable.

Le problème technique est bien sûr aussi du côté de l'analyste : est-il prêt psychiquement à supporter des périodes de régression profonde. Une expérience psychique très épuisante que l'on ne peut pas multiplier. Il arrive, écrit Winnicott, que le seule chose que l'analyste ait à offrir à son patient soit sa ponctualité.

Il ne s'agit pas à mon sens de changer de technique, ce qui voudrait dire aussi changer de méthode, et donc sortir de la psychanalyse. Ce que fait Ferenczi avec l'analyse mutuelle, ou ceux qui pratiquent le « self-disclosure ». Autant de façon de rompre avec la dissymétrie inséparable de ce que psychanalyse veut dire. Le choix me semble davantage entre psychanalyse et psychothérapie. Resterait à préciser ce qui les différencie.

L'accent mis sur le versant thérapeutique, le versant *soins*, souligne l'attention privilégiée portée au moi, à ses fragilités, à ses défaillances. Un moi que l'analyse cherche à « modifier, corriger », ce sont les mots de Freud.

**KBB** – *Selon vous, en quoi l'amour transférentiel pourrait-il constituer une issue à l'état paralysant de détresse dans un processus d'analyse?*

**JA** – Quand la détresse l'emporte sur l'angoisse, l'amour de transfert prend davantage la forme d'un : « J'ai besoin de vous », que d'un « Je vous aime ». À ce « besoin » la meilleure réponse technique, me semble-t-il, est la garantie d'un cadre analytique fiable, permanent, sans défaillance. Je pense à cette patiente qui, au moment d'engager la cure, m'avait demandé si je pouvais lui promettre de ne pas mourir ! Mourir, ou simplement tomber malade, ce sont d'une certaine façon des « fautes techniques » de la part de l'analyste. Évidemment difficilement évitables... La patiente en question avait perdu sa mère dans l'enfance. Mais le temps de cure peut être long avant que l'analyse, au sens fort du terme, avant que la déliaison du transfert soit possible. Pour que l'interprétation soit possible, sans doute faut-il que l'analysant soit passé du *besoin* à *l'amour*. L'objet du besoin est vital, il n'est pas *déplaçable*, celui de l'amour oui. Toute la force analytique de l'amour de transfert c'est qu'il permet d'envisager une certaine plasticité psychique, celle qui rend possible de changer d'objet. L'amour de transfert permet à la méthode analytique de retrouver son terrain d'élection, celui du sexuel infantile polymorphe. Sans oublier, cependant, que l'amour de transfert peut aussi devenir la plus forte des résistances, se refuser à tout déplacement et immobiliser la dynamique analytique.

**KBB** – *Dans le texte « Entre angoisse et détresse », écrit en 2001, vous parlez de la précarité de l'être chez les patients borderline. En ce sens, quel*

*est le rôle du transfert dans le processus d'analyse de ces patients?*

**JA** – Derrière les difficultés existentielles des patients limites, leur manque d'être, leur manque de sens, il y a une fragilité narcissique. Pour s'aimer soi-même de façon suffisamment assurée, il faut être assuré d'avoir été aimé. Être est une abréviation de être-aimé. « Je suis le sein », c'est ainsi que Freud formule la plus primitive de toutes les identifications. On pourrait prolonger cette première formule : « Je suis le sein, donc *je suis* ». Le sentiment d'exister, la continuité d'être repose sur cette première introjection-identification.

Cette première construction du moi, c'est un peu le sol sur lequel il repose, la base de son assise narcissique ultérieure. Pour cela il faut que l'objet, le sein, réponde à la dynamique du trouvé-crée évoquée par Winnicott. Ce qui suppose un environnement humain, d'abord maternel, suffisamment fiable.

Dans quelle mesure une analyse peut-elle construire un sentiment d'exister quand celui-ci est défaillant ? Une patiente évoquant une psychothérapie précédente, disait à quel point elle s'était sentie humiliée quand sa psychothérapeute lui avait tendu un mouchoir au moment où elle s'était effondrée en larmes. Le patient en analyse attend d'être *entendu*, pas d'être *cajolé*. Encore une fois, la continuité d'être du cadre analytique joue un rôle essentiel, nécessaire, même si ce n'est pas suffisant. Dans ce genre de configuration clinique, si l'analyste annule une séance, il prend le risque *d'annuler* le patient lui-même.

**KBB** – *Dans le texte précité (2001), vous mentionnez que la détresse implique la disqualification de l'autre en tant qu'autre, puisque le seul moi est l'autre. Dès lors, comment penser la relation entre analyste et*

*analysant dans les « états limites » ?*

**JA** – C'est encore une fois l'amour de transfert, et surtout l'analyse, la déliaison de cet amour qui permet progressivement de faire exister l'autre, les autres. L'interprétation du transfert introduit un tiers, une différenciation. Ce qui est là d'emblée avec un patient oedipien, mais qui peut prendre un temps long chez un patient que la fragilité narcissique enferme sur lui-même. Patience, longueur de temps et confiance... il n'y a pas de technique miracle. Une interprétation trop précoce du transfert a de fortes chances d'être reçue de façon persécutive.

L'analyse du contre-transfert revêt une importance particulière dans les situations de régression profondes du patient, notamment parce que l'analyste peut être tenté inconsciemment de se dégager par l'interprétation d'une emprise psychique qu'il supporte mal.

**KBB** – *Vous publiez depuis de nombreuses années sur la genèse et les manifestations métapsychologiques des états limites, des riches réflexions que nous suivons. Pour cette raison, nos deux prochaines questions concernent votre point de vue sur les approches d'autres auteurs sur le sujet. Au programme, Silvia Bleichmar et Jean Laplanche... Silvia Bleichmar, dans Paradoxes de la sexualité masculine, présente des vignettes d'un 'trouble de genre précoce' qui se développe chez un garçon de presque 4 ans, face à la deuxième grossesse de sa mère. L'une des manifestations de l'enfant était le désir de porter la nuit la chemise de nuit de sa mère. Cette attitude était comprise par Bleichmar comme une tentative du garçon de trouver une enveloppe, comme une seconde peau, un revêtement que la peau de la mère pouvait offrir, à travers les conditions d'établissement des identifications primaires. Les échecs évidents de ce processus ont plongé le garçon dans la détresse la plus profonde, adhérant à l'image maternelle,*

*à la recherche d'une organisation qui ne lui était pas offerte. Comment comprenez-vous ce mouvement de capture où, pour exister, il faudrait exister comme désir de l'autre ?*

**JA** – Le moi être de frontières (Federn), le moi-peau (Esther Bick et Anzieu)... ces différentes théories mettent chacune l'accent sur les aléas dans la construction intersubjective du moi, la façon dont cette construction dépend de la qualité de l'environnement humain, ce que Freud appelait le *Nebenmensch*, l'être proche. « Je est un autre », comme le dit Rimbaud, mais il importe néanmoins à chacun de croire ne faire qu'Un quand il dit « je ». Il est vital pour le sujet d'ignorer (refouler, dénier...) ce qui le divise. Moi c'est moi, voire « moi je »... parce que la libido narcissique est sensiblement moins plastique que la libido objectale, qui, elle, aime le *déplacement*, elle est aussi pour la psychanalyse plus souvent un adversaire qu'un allié. Ce qu'il faut immédiatement nuancer : pour pouvoir se déplacer, voyager vers l'étranger sans trop d'angoisse, encore est-il nécessaire au moi d'être suffisamment assuré du tracé de ses frontières.

C'est la figure de ce *Nebenmensch*, aussi indispensable qu'insupportable, que le transfert actualise avec les patients limites. Quand une dynamique analytique est possible, quand on s'échappe de la compulsion de répétition, c'est toujours parce que la libido d'objet a repris le transfert à son compte, que l'analyse s'est ouverte à un certain jeu, humour compris, et que le déplacement est devenu permis. Il est difficile de définir ce que veut dire « santé psychique », mais la plasticité en fait assurément partie, celle qui caractérise la polymorphie du sexuel infantile.

**KBB** – *Jean Laplanche a proposé la théorie de la traduction au centre de sa théorie de la séduction généralisée. Dans la relation asymétrique entre*

*l'enfant et l'adulte qui s'occupe de lui, l'enfant est confronté à des messages énigmatiques, compromis par l'inconsciente de cet adulte, qu'il ne comprend pas car il n'a pas les codes nécessaires pour le faire. Mais, inexorablement, le destin doit être la tentative de traduction de l'énigme, soit par l'enfant, soit par l'adulte. Au mieux il y a une traduction, bien qu'il y ait un reste non traduit qui fera partie de la constitution de l'inconsciente. Mais, parfois, il y a un échec total de cette traduction et, lorsque cela se produit, celui qui n'a pas traduit, selon vous, serait-il soumis à ces messages, en serait-il possédé?*

JA – Jean Laplanche emploie deux expressions sensiblement différentes pour définir la situation humaine originaire, celle de l'entrée dans la vie du nouveau-né : « situation anthropologique fondamentale » et « séduction généralisée ». La première me paraît difficilement discutable. L'enfant qui vient de naître est un être de besoin, à la fois instinctuel et auto-conservatif, ses lèvres cherchent dans le monde extérieur un objet capable de le nourrir, elles cherchent le lait. Mais surgit tout autre chose, un sein qui, certes, nourrit, mais transmet aussi de façon obscure et confuse une expérience psychique toujours singulière où le plaisir le dispute à l'angoisse. Donnant le sein, la mère ne sait pas ce qu'elle fait, ce qu'elle transmet. Elle serait horrifiée si on lui disait qu'en allaitant elle prend aussi (pas seulement) son enfant « pour un objet sexuel à part entière » (les mots de Freud dans les *Trois essais*). La mère faisant inconsciemment « don à l'enfant de sentiments issus de sa propre vie sexuelle » (Freud), ce sont les premiers indices de la scène primitive qui transitent ainsi dans ces premiers échanges. De quelle façon l'enfant témoigne-t-il de l'impact sur lui de cette expérience confuse, inévitablement excessive, débordant ses capacités d'élaboration ? Il suçote, déjà plus intéressé par le téton que par le lait, premier dégagement de la pulsion par rapport à l'instinct. Dans le pire des cas, au-delà du suçotement, « ses lèvres ne baisent plus qu'elles-mêmes » quand il

devient précocement anorexique.

« Situation anthropologique *fondamentale* », parce que nul nouveau-né n'y échappe, quand bien même le premier adulte rencontré ne serait pas la mère. Comment l'inconscient de l'adulte, notamment son propre infantilisme sexuel, pourrait-il ne pas infiltrer les gestes de soins et de tendresse, à Paris ou à Porto Alegre...

Le mot « séduction » a-t-il la généralité nécessaire pour nommer cette « anthropologie fondamentale » ? Évidemment non, tant la *séduction*, ce désir intense et inconscient de l'autre, fait parfois cruellement défaut, par exemple chez une mère dépressive, mélancolique ou chaotique. Le paradoxe est que l'indifférence ou le désinvestissement dont le nouveau-né est alors « l'objet », le paradoxe est que cette expérience négative va marquer plus profondément la vie psychique que l'excès de la séduction. Plus facile pour un *infans* de métaboliser le désir, l'amour dont il est l'objet, que le rien, le vide d'une psyché maternelle entièrement capturée par sa détresse narcissique. Plus facile d'incorporer le lait d'une mère excitée que le lait noir de la mélancolie.

Généraliser la séduction fait la part belle au paradigme de l'hystérie, comme d'ailleurs toute la théorie de Laplanche. Avec Jean Laplanche nous avons ouvertement discuté de tout cela. Répondant à ma critique, il m'avait dit : « Quel autre mot que « séduction » vous proposez ? » Le problème c'est que l'on ne pourra jamais embrasser d'*Un* mot, *Un-seul*, l'extrême diversité psychique des entrées dans la vie. Je suis convaincu qu'en psychanalyse toute théorie qui se veut *unitaire* passe à côté de la complexité dont témoigne l'expérience clinique. Aucun souci par contre avec l'idée d'une « situation anthropologique fondamentale » : que l'inconscient de l'autre, de l'être proche, soit sous le signe de l'hystérie, de la dépression ou de la psychose, il transmet son empreinte, même si

celle-ci ne répond pas à ce que séduction veut dire.

Si l'inconscient est la chose du monde la mieux partagée, cela suppose aussi une commune psychogenèse. L'hypothèse de Jean Laplanche d'une « situation anthropologique fondamentale » pour rendre compte de la *transmission* de l'inconscient me semble, à cet égard, la plus convaincante.

L'enfant « jouet érotique »... Ces derniers mots sont de Freud, le Freud des *Trois essais*, avant Laplanche donc. L'un des mérites de l'abandon par Freud de sa *neurotica* est de lui permettre de découvrir une séduction générique maternelle. Ce modèle d'une transmission empirique, exogène de l'inconscient, se retrouve à peu près dans les mêmes termes tout au long de l'œuvre freudienne, des *Trois essais* à *L'Abrégé*.

Autant l'expression « situation anthropologique fondamentale » me semble difficilement discutable, il n'en va pas de même de sa *traduction* en « séduction généralisée ». Cette dernière expression exprime toute la dette dont est redevable la théorie de Laplanche vis-à-vis du paradigme de l'hystérie. Qu'il s'agisse de sa conception de l'inconscient ou du refoulement, Laplanche généralise le fonctionnement psychique propre à l'hystérie, et notamment la dimension fondatrice qu'y joue la scène de séduction. Hors parmi les traumatismes précoces, il y a ces situations entre l'adulte et l'*infans* où la séduction fait cruellement défaut. Quand prévalent du côté de l'inconscient de l'adulte des formes dépressives, mélancoliques, ou un mélange d'indifférence et de haine.

Tout enfant ne fait pas l'expérience de « l'amour des commencements ».

**KBB** – *Après tant d'années que la psychanalyse a réfléchi à la métapsychologie et à la clinique de ces 'pathologies frontalières', appelées aussi 'états limites',*

*selon vous, quels aspects prétent encore à confusion et devraient être mieux repensés? Et dans quels aspects l'avancée des la psychanalyse a effectivement collaboré pour un changement dans la compréhension de leur genèse et de leurs manifestations, ainsi que sous la forme d'une approche clinique ?*

**JA** – L'erreur technique qui consiste à prendre pour soi l'amour de transfert dont on est l'objet a conduit certains psychanalystes (depuis Jung avec Sabina Spielrein et Ferenczi avec Gisela et Emma, la mère et la fille) jusqu'à la transgression, celle de la relation sexuelle avec leur patiente. Mais c'est une erreur technique du même type qui consiste à prendre pour soi l'amour de transfert maternel dont on est l'objet en multipliant les paroles rassurantes, réconfortantes, réparatrices. Être pour le patient la bonne mère qu'il n'a jamais eu. Comme le soulignait Winnicott, dans ces cas-là l'analyse du contre-transfert devient essentielle. La psychanalyse repose sur une méthode très spécifique, elle n'est pas toujours possible, des variantes psychothérapeutiques peuvent être plus pertinentes. Mais la psychanalyse est toujours pour la liberté psychique, pas pour substituer une emprise à une autre.