

L'ADOLESCENCE GELÉE ¹

José Luis Goyena

Je voudrais traiter ici d'une situation particulière que j'ai rencontrée chez un certain nombre de patients qui atteignent l'âge adulte en ayant « gelé » leur crise d'adolescence. Si le thérapeute doit tenir compte d'une multiplicité de facteurs à l'œuvre dans l'histoire du patient, il doit également se confronter aux différentes formes de communication utilisées par le patient. Je les aborderai à mesure qu'ils se présentent dans le matériel clinique, tout en soulignant l'importance des enclaves autistiques qui permettent d'appréhender les difficultés de ces patients. Pour aborder la problématique de l'adolescence gelée, il convient tout d'abord d'établir une différence entre l'adolescence gelée et ce qu'on nomme l'adolescence tardive.

Contrairement à l'adolescence tardive, l'adolescence gelée est une mise entre parenthèses des bouleversements émotionnels qui ordinairement surviennent dans un moment de croissance psychique. Bien que l'adolescence gelée ait beaucoup de points communs avec l'adolescence dite « tardive », elle en diffère quant à la capacité de vivre les inévitables turbulences propres à une situation de crise. Dans l'adolescence tardive, la crise adolescente exige un moratoire ; tandis que dans l'adolescence gelée aucun délai n'est nécessaire. Le temps de la crise est, dans ce cas, coagulé.

Lorsqu'un sujet est trop démuné en repères internes, il peut ajourner la crise adolescente de deux manières. Soit il espère la vivre plus tard de manière atténuée, c'est-à-dire dans des circonstances fantasmées comme moins douloureuses ; soit il l'évite en sautant tout de suite à l'âge adulte. Dans l'adolescence gelée, il n'y a pas, en revanche, de moratoire : elle se caractérise par un état d'esprit, du type latence rigide et permanente ; une sorte d'enclave où le sujet espère séjourner le reste de sa vie, car il s'y sent à l'abri de toute situation émotionnelle profonde. Ce type de patient, aisément observable dans le travail thérapeutique avec des jeunes adultes, inclut aussi ceux qui ont su faire preuve d'une prétendue maturité et qui sont déjà « convenablement » installés dans la vie. La plupart d'entre eux vit leur existence sur le mode du comme si qui va de pair avec une vie émotionnelle pauvre, voire inexistante. Incapables d'établir de véritables liens affectifs, ils sont le plus souvent bardés de réussites professionnelles ou exercent au contraire un travail

¹ Ce travail fut lu dans le Congrès International Frances Tustin qui eut lieu à Caen, le 15 et le 16 Avril 2005. Il fut publié dans une version abrégée dans *Le journal de la psychanalyse de l'enfant*, Les psychothérapies, N° 36, Bayard, Paris 2005. Afin d'actualiser la bibliographie initiale je me suis permis d'ajouter quelques travaux qui me semblent utiles pour ceux qui peuvent s'intéresser à une éventuelle recherche.

qui ne présente que peu d'exigences. En général, on les voit demander une aide analytique lorsqu'une tension s'installe entre les exigences de la vie et leur volonté de séjourner indéfiniment dans une cache protectrice. La plupart d'entre eux présente un syndrome claustro-agoraphobe important. Ces grands traits descriptifs nous aident à reconnaître en eux une personnalité schizoïde, ses composantes narcissiques et ses états limites. Au cours d'une analyse, on voit émerger chez le patient d'autres traits distinctifs : profondément autoritaires, pleins d'exigences envers l'analyste, ces patients recourent souvent aux menaces et cherchent à dévaloriser le travail thérapeutique aussi bien que l'entourage extérieur, tandis que d'autres, agréables et coopératifs dans le travail analytique, vivent platement ses affects. De fait, l'analyste commence peu à peu à ressentir que leur « vrai self » reste inaccessible et que le travail analytique entre dans une impasse.

Une des caractéristiques marquantes de ces patients est la manière dont ils se figent dans une sorte d'immobilisme constant, qui leur permet d'éviter ce qu'ils assimilent à une catastrophe éminente, à savoir une situation émotionnelle profonde et bouleversante. Les travaux de Bion, Winnicott ou Rosenfeld constituent ici nos boussoles les plus précieuses et les plus familières : le premier avec ses travaux sur les « parties psychotiques et non psychotiques de la personnalité » (1957) et le « changement catastrophique » ; Winnicott et le concept du « vrai et du faux self » (1960) ; H. Rosenfeld, enfin, évoquant (dans un travail non publié) les « îlots psychotiques de la personnalité » (1978). Mais c'est à Sydney Klein (1980) que l'on doit une avancée majeure dans ce domaine, dans des travaux où il établit un parallèle entre ces patients et les enfants autistes tels que F. Tustin (1978) les a merveilleusement décrit.

Dans cette présentation, mon objectif est de rendre compte des moments où le travail analytique contraint le patient à sortir de son immobilisme. Ce moment survient lorsque la carapace de pseudo maturité commence à se lézarder, et que le patient se voit forcé d'entrer en contact avec ses propres sentiments dépressifs. L'attitude de l'analysant en séance met l'analyste et la situation analytiques à rude épreuve. Ce moment crucial du travail analytique se déroule en deux temps, que je développerai dans les deux parties de cette présentation. Le premier temps correspond à une période pré catastrophique : il s'étend de la première consultation aux premiers mois de travail. Le second temps correspond à un moment catastrophique : il s'agit de la séance où le dégel commence et où le couple analytique entre dans une zone de turbulences. Mais cette description resterait incomplète si je n'abordais un autre point essentiel, pivot de la résolution du moment catastrophique : le fonctionnement psychique de l'analyste.

Le travail avec Ingrid, une patiente de 28 ans qui a interrompu son traitement vers la fin de la cinquième année de travail pour s'établir à l'étranger va illustrer en détail les propos que je viens de tenir. Nous avons débuté une psychothérapie sur un rythme de deux séances

par semaine qui s'est transformée deux ans après en analyse à quatre séances hebdomadaires.

Ingrid

Ingrid (28 ans) est une jeune femme belle et distinguée dont les vêtements, la coiffure et les manières frisent la perfection. Son langage est précis, ordonné, sans faute. Le récit de son histoire est d'une logique irréprochable. Les rares sourires à peine esquissés qu'elle m'adresse tiennent plutôt des convenances polies que d'un élan spontané. « J'ai eu vos coordonnées par une collègue de mon père, actuellement à la retraite, le Dr. P. que j'ai rencontré, il y a une vingtaine d'années, dans une station de ski en Suisse. À l'époque, mon père était administrateur d'une clinique fort renommée près de Lausanne et côtoyait beaucoup de psychanalystes, bien qu'il n'ait jamais été sur un divan. Depuis quelques mois, je ressens le besoin de consulter : je ne vais pas bien, je tourne en rond ; je ne sais cependant pas si je veux faire une analyse. À 19 ans, j'ai eu une expérience analytique malheureuse, je ne veux pas la répéter. Cette expérience eut lieu à Paris six mois après avoir quitté l'internat en Suisse, où mes parents m'avaient inscrite pour apprendre des langues et les bonnes manières. J'étais venue rejoindre ma famille à Paris et décider de mon orientation future. Il s'est alors avéré que je ne supportais pas de vivre avec mes parents et mes trois frères. J'éprouvais le même malaise profond que celui qui avait précédé mon départ en Suisse. Je trouvais ma famille malsaine et, si vous me permettez l'expression, « crade ». Dans ce vaste appartement du seizième arrondissement, chacun avait sa chambre, mais notre intimité était sans cesse violée. Ma mère ne s'annonçait jamais ; elle entrait dans ma chambre sans frapper. Mes frères en faisaient autant, excepté le dernier, de six ans mon cadet, qui se montrait plus respectueux. J'avais de la tendresse pour lui et je lui lisais des histoires. Mon père travaillait constamment. Il dirigeait un consortium important. Quand il rentrait à la maison, il n'ouvrait pas la bouche, s'affalait sur le divan du salon, lisait le journal ou regardait la télévision. Je regrettais l'ordre suisse où tout était impeccable. J'y avais trouvé ma tranquillité.

Ma mère, une femme stupide qui ne pense qu'aux apparences, est en fait une femme-enfant. Elle a été élevée dans la soumission et la dépendance à sa mère. Dès qu'elle voulait me dire quelque chose, je lui manifestais une profonde indifférence. Je me glaçais et ça la rendait « folle. »

À ce moment, j'ai eu l'impression que les yeux d'Ingrid ne me regardaient plus : ils s'étaient fixés dans le passé, plus de dix ans en arrière. Sa bouche, devenue un réceptacle froid, exprimait une rage maîtrisée par des mots secs, précis et coupants. Ingrid induisait chez l'autre la distance plutôt que le rapprochement, la crainte plutôt que l'empathie. J'avais

l'impression qu'elle s'était brièvement coupée de la réalité. L'évocation de la relation maternelle avait pris, dans ces quelques minutes, l'allure d'un transfert psychotique.

J'observais, en outre, que sa position assise ne s'était pas altérée un seul instant : pendant tout l'entretien, son corps dessina une immuable équerre à 90°. Réalisant alors ma présence, comme dans un éclair, elle me regarda soudain en levant les sourcils, puis continua calmement son récit.

« J'ai eu une crise violente un jour où ma mère est entrée chez moi (dans sa chambre). J'ai failli lui taper dessus et je l'ai traitée de tous les noms. Mon deuxième frère s'est interposé entre nous deux... je me souviens d'avoir ensuite fermer la porte à clé et d'avoir pleuré. Lorsque mon père est arrivé, il n'a pas caché sa colère, et s'est exprimé sur un ton direct et ferme. Il m'a parlé un long moment et m'a proposé de chercher une aide thérapeutique. Deux jours plus tard, un psychanalyste ami de mon père lui conseilla de m'adresser à Mme. B. J'ai commencé une analyse trois mois après, car elle n'avait pas de place et me voyait tous les quinze jours à des heures différentes. Nous sommes ensuite sommes passées à des heures régulières, et je la voyais trois fois par semaine. Au début, j'avais tellement de choses à lui dire que je me sentais soulagée à la fin de chaque séance. Elle n'ouvrait pas la bouche, était rigide, habillée tristement, généralement en noir. Toutefois, au bout de six mois, je n'avais plus rien à dire. Mme B. non plus : de temps à autre, elle ponctuait son silence de quelques mots, c'était tout. Une atmosphère pesante et insupportable s'installa dans les séances. J'avais envie de dormir, parfois de fuir, mais je me disais que l'analyse, c'était comme ça, que les choses viendraient. J'ai alors lu deux livres écrits par Mme B. et je lui ai en parlé. Elle s'est sentie touchée ; sa voix, pour la première fois, est devenue moins sèche, mais en fait je n'y comprenais pas grand-chose. Au bout de trois ans, j'ai interrompu l'analyse en lui disant que je me sentais beaucoup mieux. Je trouvais là le moyen de me séparer d'elle, mais je mentais. Je n'allais pas bien, je souhaitais juste me libérer d'une contrainte cauchemardesque. Ce travail n'en a pas été un. Il m'a laissé fatiguée. J'ai l'impression d'avoir fait un effort inutile qui ne m'a rien appris... Je me sentais incomprise et plus seule qu'avant... Je ne veux plus vivre une telle expérience. »

La force expressive de ces dernières phrases contrastait avec le reste du récit. On y trouvait aucune grandiloquence, aucune inflation dans les paroles, juste une souffrance, jamais apaisée.

« J'avais 22 ans et ne savais quoi faire de ma vie. Je ne travaillais pas. Je n'étais pas douée pour les études. La profession de mon père nous obligea à déménager une nouvelle fois. La famille partit s'installer à quelques kilomètres seulement du lieu d'habitation de ma grand-mère maternelle. Ce fut le début d'une nouvelle expérience pour moi. Ma grand-mère était seule, fortunée et déprimée. Ma seule occupation consistait à lui rendre visite deux fois par semaine. Je crois que, d'une certaine manière, elle m'a sauvée. Nous parlions de tout ou

presque, car nous prenions garde à ne pas aborder de sujets tabous comme la sexualité ou les problèmes intimes. Elle me dirigeait, organisait ma vie et m'apprenait des choses sur notre histoire familiale. Pendant deux ans, ma vie resta suspendue à ces rencontres. Mais un jour, mon père me donna un ultimatum : je devais travailler et m'assumer. À part le bénévolat, je ne savais rien faire. J'ai toutefois trouvé un travail comme secrétaire, car lorsque j'étais en Suisse, j'avais appris l'allemand, entre autres. Au contact du monde du travail, je me suis aperçue que certaines choses n'allaient pas dans ma vie. J'étais vierge, la sexualité était pour moi une parenthèse qui ne se fermait pas. Une amie de ma mère, qui avait eu un thérapeute « bavard », me conseilla d'aller le voir. J'ai commencé un travail totalement directif avec lui : il me disait ce que je devais faire et comment le faire. Il me poussa à avoir des relations sexuelles, à quitter la maison et à trouver un travail plus valorisant. J'ai obéi à toutes ses directives ; cela m'a aidé, car je ne savais vraiment pas quoi faire de ma vie. Cette thérapie a duré quatre ans. Au bout de quelque temps, j'ai commencé à moins le voir, une fois tous les quinze jours, en moyenne. J'ai coupé définitivement les ponts avec lui il y a quelque temps, lorsqu'il a pris sa retraite. À la même période, j'ai également perdu mon travail ; mon chef qui m'aimait bien est parti, et j'ai été confrontée à son horrible remplaçante avec laquelle je ne m'entendais pas. Elle voulait changer ma manière de travailler. Je lui ai tenu tête ; elle m'a licenciée. »

Ingrid marqua un temps de silence, comme si elle attendait une réponse ou un commentaire de ma part. J'avais suivi attentivement son récit en m'efforçant de trouver dans mon contre-transfert un sentiment qui m'aiderait à formuler un commentaire ou à esquisser une interprétation prudente, mais mon état d'esprit se calquait sur le sien : je pouvais comprendre le récit, mais je n'éprouvais rien. Au lieu de venir à mon secours, les informations que je venais d'enregistrer me donnaient le sentiment d'être impuissant. L'absence d'émotions d'Ingrid ne me permettait pas de percevoir son fantasme inconscient. Je ne parvenais à me situer qu'au niveau de la narration logique de la patiente, qui me donnait à penser qu'elle me racontait son histoire parce qu'elle recherchait des coupables à sa souffrance. Dans son esprit, l'analyste devait endosser la toge d'un juge froid et sévère, qui allait condamner sans appel ses parents et sa famille toute entière, tandis qu'elle se réservait la place de témoin qui jouirait de la condamnation que l'analyste infligerait aux siens.

J'ai pensé alors qu'Ingrid se faisait de l'analyse l'image d'un processus propre et ordonné, comme son apparence et son récit, comme son collègue suisse et ses conversations avec sa grand-mère. Je devais donc m'attendre à ce qu'elle refuse, non seulement ma capacité à emprunter des rôles parentaux dans la relation transférentielle, mais encore toute intimité psychique. Ma boussole émotionnelle avait émis son diagnostic : Ingrid me voulait froid et distant.

« Je crois, me dit-elle, que nous arrivons à la fin de la séance. J'ai beaucoup parlé, et j'espère que je ne vous ai pas saoulé. » Elle esquisse un sourire et ajoute : « Je sais grâce à mes expériences précédentes que les analystes écoutent tout au long du premier entretien sans rien dire. Mais, si vous me permettez, je vous ferai part de quelque chose qui m'intrigue dans votre cabinet. Vous avez des livres près de vous, des papiers un peu en désordre, mais votre bureau est propre, ordonné, vous n'y avez rien déposé, sauf une lampe et une statuette. Je voulais vous faire part de cette observation... »

Ingrid avait attendu la fin de la séance pour faire référence à quelque chose qui concernait mon espace de travail psychique. Elle me donnait la possibilité de l'approcher dans le hic et nunc de notre entretien. Je lui répondis qu'elle attendait que ma vie psychique soit, à l'instar de mon bureau, propre et non encombré, afin de pouvoir laisser une place pour tout ce dont elle m'avait fait part aujourd'hui.

Ingrid sourit encore et dit : « je ne l'aurais jamais pensé comme ça ». Je notais un signe de surprise sur son visage, et je lui proposais de la voir la semaine suivante étant donné qu'elle, aussi bien que moi, devons repenser à ce premier entretien. Mon approche interprétative tendait à lui montrer que je n'étais ni silencieux ni directif, ni psychiatre, ni directeur de conscience, et que je m'adressais ainsi à cette partie inaccessible d'elle-même, sa vie psychique. D'autre part, en centrant mon approche aussi bien sur elle (projections) que sur moi (contenant de ses projections), j'essayais de lui donner le sentiment que comprendre et être comprise faisait partie d'un travail commun, d'un lien.

Remarques sur le premier entretien

Mon expérience m'a montré que le premier entretien permet souvent de saisir les composantes fondamentales de l'organisation psychique du patient. Mais cela ne laisse en rien présager de la durée, qui se compte parfois en années, nécessaire à la compréhension et à l'élaboration de tout ce matériel. Parfois pourtant, la confusion et les stratégies défensives du patient brouillent notre compréhension au point que notre contre-transfert cesse d'être d'un quelconque secours. On ne doit cependant pas oublier que le patient porte en ce moment particulier une grande attention à l'analyste : il est très attentif aux signes verbaux et non-verbaux émis par lui. Sa posture, les changements de sa voix, le langage de ses yeux, etc : tout est bon pour connaître quelque chose du fonctionnement de l'analyste. « Tout analyste devrait essayer de se rappeler ses entretiens préliminaires avant le début de son analyse personnelle, pour mieux s'identifier avec ses patients » note très justement J. Gammill dans une conférence restée inédite. Plus loin, il ajoute qu'il est « convaincu que la grande majorité des patients saisit dans son inconscient à travers cette expérience des

entretiens préliminaires qu' il s'agit d'une analyse même, s'il leur faut longtemps pour savoir ce dont il est question ».

Le premier entretien permet souvent de créer une esquisse caractérologique du patient, qui s'enrichit à mesure que des données nouvelles sont amenées au fil des séances. Cette esquisse est un modèle, une carte rudimentaire qui permet à l'analyste de naviguer dans des situations chaotiques.

Un analyste américain, Jacob Arlow, qui ne peut être accusé d'avoir beaucoup d'affinités avec les conceptions de M. Klein et des post-kleinien, avait rédigé ces quelques lignes qui nous donnent une idée sur l'utilisation du modèle. En effet, je le cite par cœur , « l'analyste n'a pas toujours conscience du modèle choisi, sa théorie du fonctionnement mental guide constamment ce qu'il dit et ce qu'il fait. Le modèle va même influencer dans son esprit l'attente qu'il a des paroles du patient, la manière dont il les perçoit, ainsi que la façon d'organiser ses propres observations. » On est bien loin de « sans mémoire ni désir » de Bion, mais je crois que la réception du patient dans notre esprit est tributaire du modèle choisi. Un kleino-bionien, attaché au développement précoce, n'écouterait pas de la même façon qu'un disciple de Lacan, de Kohut ou d'un hyperorthodoxe. Comment ce modèle prend-il forme et s'articule-t-il avec l'expérience de l'analyste ? Comment l'esprit de l'analyste travaille-t-il dans la séance ?

En prenant des notes sur ce premier entretien, dans lequel la dimension prolix et irréprochable d'Ingrid constituait le trait dominant, je fus assailli par le souvenir de mon travail thérapeutique avec un enfant. Au cours des séances, celui-ci ordonnait les jouets dans une boîte, les déplaçait dans la salle de consultation suivant toujours le même ordre, puis il les gardait soigneusement, sans jouer avec. J'ai alors imaginé qu'Ingrid allait faire de même avec mes interprétations, que son establishment interne allait l'empêcher de jouer avec les nouveaux jouets qu'elle trouverait lors des séances. Je me trompais partiellement : Ingrid parvenait en fait à capter mes interprétations et à jouer avec, mais comme s'il s'était agi d'un jeu intellectuel où la syntaxe et la sémantique l'emportent sur le contenu émotionnel qu'elles véhiculent. La capacité narrative d'Ingrid trouvait son pendant dans sa rigidité obsessionnelle et son maniement parfait de la logique. Caractérisant ce type de patient, David Liberman, un psychanalyste argentin, écrivit au début des années soixante : « La logique formelle devient ainsi un instrument servant à contre-attaquer la « logique des émotions », c'est-à-dire la traduction verbale des processus primaires que le thérapeute a perçu et verbalisé à travers l'interprétation ».

Cependant, toute communication émotionnelle n'était pas absente du récit d'Ingrid, mais elle n'était toutefois possible que dans les moments de crise, comme l'illustra la dispute avec sa mère. Mais en même temps, ces crises s'avéraient dangereuses, car ni la fille ni la mère n'étaient capables de contenir la « folie » qu'elles déclenchaient. Le seul contenant des

moments critiques était le père. En d'autres termes, le pénis paternel protégeait la mère et la fille des identifications projectives réciproques et destructrices, et donnait à chacune un espace de pensée. Mais ce pénis ne leur portait secours que dans les moments critiques ; une fois la crise passée, il était dévalorisé, comme le montrait la manière arrogante dont Ingrid parlait de sa fratrie. À travers la dépréciation de la capacité créatrice (sexuelle) des liens parentaux, elle essayait effectivement de se protéger d'une profonde rage envieuse.

Au cours des séances que suivirent le premier entretien, Ingrid ne cessa de montrer que son frère et sa sœur, qui avaient fait de brillantes études, n'étaient que des « rejets atrophés de la lignée familiale ». Sa sœur, avocate qui commençait à avoir un certain renom et mère de trois enfants, était particulièrement visée.

Ceci me permit de penser l'hypothèse suivante : le dénigrement de sa sœur pouvait bien correspondre chez Ingrid non seulement à des attaques envieuses à la créativité de sa sœur, mais aussi à ce qu'elle pouvait imaginer comme une fécondité incestueuse avec le père.

D'autre part, il était évident qu'Ingrid voulait triompher sur le couple parental et sa créativité, et plus particulièrement sur la mère, ce qui, me semble-t-il, pouvait se percevoir à travers l'intérêt qu'elle portait au travail bénévole. Ce travail lui donnait l'impression qu'elle était une mère dévouée qui traitait ses enfants bien mieux que sa mère ne l'avait fait avec elle et ses frères. Cette revanche imaginaire correspondait à la nécessité pour elle de montrer à sa mère interne la possibilité d'établir avec les gens (enfants) des relations exemptes de tout aspect dépressif. En effet, un événement traumatique eut lieu lorsque sa mère portait Ingrid dans son ventre ; elle perdit son propre père et traversa une très forte dépression probablement renforcée par celle qui devait suivre le post-partum. Ingrid fut allaitée pendant six ou sept mois, mais les soins corporels étaient assurés par la nourrice. À partir de cette description précoce de la relation maternelle, il devint possible d'avancer l'hypothèse d'un autre clivage : Ingrid avait introjecté une mère fragmentée ; de ce fait, elle ne trouvait pas l'objet capable de la contenir totalement et de lui permettre d'élaborer correctement la position dépressive.

Cette mère fragmentée me donnait aussi l'impression que des éléments bien plus précoces étaient en jeu, à savoir un clivage entre le mamelon et le sein. Ingrid prenait le lait, mais ignorait tout contact avec le mamelon. En puisant à la source maternelle sans la reconnaître, Ingrid niait le lien contact-mamelon, source d'angoisses dépressives et de souffrances d'abandon lors de la séparation. Mais ce clivage comportait aussi probablement des aspects positifs, celui d'une première distinction entre le lait dépressif de la mère dont elle se protégeait et le bon lait nourrissant. Notre travail allait confirmer ou infirmer ces premières hypothèses

Dans l'immédiat, je souhaiterais faire une parenthèse sur ces premières considérations et revenir au matériel de la séance. Il me semble important d'évoquer sa première expérience analytique, non pour critiquer son analyste, bien sûr, mais pour mettre en relief l'importance des fantasmes inconscients déclenchés par cette rencontre thérapeutique. Je pense que tout patient qui recommence un travail thérapeutique a besoin de voir, d'un autre point de vue, ce qui est demeuré inanalysé, inachevé et confus dans sa thérapie précédente. Une nouvelle approche permet souvent de relier les expériences passés et présentes et de valoriser en conséquence les aspects positifs de ce premier travail.

Incapable de parler à son analysant enfant, sa première analyste, toujours vêtue de noir, réactivait l'image d'une mère déprimée qui ne la contenait ni ne la nourrissait. Mais il faut aussi signaler qu'Ingrid craignait la moindre introjection des paroles de l'analyste, qui étaient imaginées comme une restitution toxique de ses propres aspects dépressifs mêlés à ceux de sa mère. Le statu quo qui dura des années permit à Ingrid d'utiliser son analyste comme un déversoir qui gardait ses projections et toute son histoire sans que rien ne soit rendu. En idéalisant le silence comme méthode de communication, l'analyste attendait que sa patiente trouve seule le sens de son désespoir. La patiente, quant à elle, trouvait dans cette méthode un bénéfice secondaire : elle ne recevait pas d'interprétations, mais soulageait son encombrement interne et sa dépression par ses projections sur un récipient muet. Une telle situation conduit, à mon sens, à une collusion entre patient et analyste aboutissant à une impasse : les deux membres du couple analytique pensent que l'analyse continue, mais en réalité, rien n'est joué.

Lorsque qu'un tel statu quo se produit, il se crée une collusion inconsciente entre le patient et l'analyste pour empêcher tout progrès. D'après mon expérience avec des patients qui venaient me voir pour entamer avec moi une deuxième ou une troisième analyse, j'ai souvent constaté que l'analyse s'arrêtait au moment où le patient approchait du seuil de la position dépressive. À ce moment, le patient, par crainte des turbulences émotionnelles, cessait d'apporter un matériel vivant et l'analyse s'enlisait. Pour sa part, l'analyste qui craignait probablement que les turbulences du patient réveillent les siennes, se contentait d'analyser répétitivement le même matériel. Une collusion se met ainsi en place pour que rien n'avance. Avec des patients qui recommencent une analyse, il nous faut investiguer très soigneusement les impasses des analyses précédentes.

Revenons à Ingrid.

Les aspects sains d'Ingrid étaient porteurs d'une intuition thérapeutique qui lui dictait un diagnostic plus favorable : ses difficultés pouvaient être traitées autrement. Cette intuition s'est traduite par la nécessité de trouver un moyen de communication avec son analyste à partir d'un commentaire sur ses travaux intellectuels. C'est un fait important à relever, car il

s'agit d'une forme particulière de communication utilisée par le patient pour entrer en contact avec l'analyste et non pour le séduire. Quant à son deuxième thérapeute, il l'a replongé dans l'univers de sa grand-mère maternelle qui la déresponsabilisée de toute implication émotionnelle dans sa vie.

Au bout de trois entretiens, je lui proposai un travail face à face à raison de deux séances par semaine. Ceci devait lui permettre de s'organiser d'un point de vue matériel dans sa vie et de voir si nous pouvions travailler ensemble. Pourquoi cette précaution ? Pourquoi ne lui ai-je pas proposé immédiatement une analyse ? Plusieurs raisons à cela. La première concerne la difficulté d'Ingrid à comprendre, même « vaguement », mon approche transférentielle. Ensuite, il ne me semblait pas avoir entendu un quelconque indice de ses capacités de réparation. Enfin, j'avais besoin de mieux comprendre l'histoire interne d'Ingrid en relation avec moi.

Pendant les premiers mois, le travail thérapeutique ne présenta pas beaucoup de difficultés. Ingrid fit certains progrès importants. Elle s'installa dans un studio, trouva un travail et se mit à fréquenter un groupe d'étudiants étrangers à Paris. Elle fit, certes, des connaissances, mais aucune ne se concrétisa dans un rapport affectif et sexuel. Elle parlait en effet rarement de sa vie sexuelle. Ingrid s'était libérée de sa virginité comme d'une démarche administrative. Sans rien éprouver. Elle s'en était « débarrassée » (pour employer ses propres termes) suivant en ceci à la lettre la prescription de son deuxième thérapeute.

La relation transférentielle devint par moments très forte, mais les interprétations de transfert étaient systématiquement niées ou reçues avec un sourire condescendant. Lorsque je la voyais « vaguement » touchée ou surprise par une approche transférentielle, elle reprenait aussitôt mes paroles, les réinterprétait et ajoutait : « je dirais encore mieux... » ou « ce n'est pas tout à fait ça... ». Cependant, je notais que, dans ces cas là, ses propos, même porteurs de désaccord, s'adoucissaient. La tonalité de sa voix indiquait que sa carapace commençait à se fissurer lentement.

La description de la séance qui suit illustre la sortie d'Ingrid de sa capsule autistique et la prise de contact avec des symptômes majeurs jusque-là soigneusement masqués : agressivité, anxiété paranoïde et dépressive, utilisation de formes massives d'identification projective.

Le commencement du dégel (moment catastrophique)

Nous étions au quinzième mois du traitement. Ingrid pénétra dans la salle de consultation plus agitée qu'à l'ordinaire. Son visage avait perdu la (fausse ?) tranquillité qu'il affichait antérieurement.

Ingrid : « Je vous demande de l'aide. J'ai besoin d'une aide urgente car, dans mon travail, je me sens très, très mal. Quand mon employeur me demande certaines choses, je perds ma capacité de penser, de répondre. Je suis terrifiée... Et pourtant, ce sont des choses banales. »

J'ai accueilli ces propos dans un état de grande tranquillité. J'ai pensé que le travail des séances commençait à fissurer la carapace d'Ingrid. Elle n'arrivait plus à répondre à son employeur-analyste avec l'aisance et le détachement qui la caractérisait jusqu'alors. Une interprétation aurait été, certes, prématurée et partielle, non contenante, engageant dans une autre voie les associations du patient. Bref, elle aurait désorganisé son moi. Parce qu'elle me semblait prématurée, je décidais donc de laisser venir le matériel, mais à mesure qu'Ingrid parlait, mon état d'esprit se transforma. Je commençais à éprouver un sentiment semblable au sien, c'est-à-dire à celui qu'elle ressentait vis-à-vis de son chef. Je ne savais plus ce que je devais lui dire. S'il semblait évident qu'Ingrid évacuait ses contenus psychiques, j'étais loin de mesurer clairement la force de ses projections. Afin d'ordonner mes pensées, qui devenaient de plus en plus chaotiques, je tentais de lui donner une description de ce qu'elle éprouvait : « Ceci me donne l'impression qu'un blanc se substitue à votre expérience, comme si vous n'aviez plus aucun recours à votre savoir-faire. »

Ingrid : « C'est quelque chose comme ça ».

Une fois que j'eus approché ce qu'elle éprouvait, il me fallait encore l'aider à associer. Elle n'arrivait en effet pas à dire grand-chose. Je lui demandais de me décrire la situation au bureau, de me raconter ce qu'il s'était passé.

Ingrid : « Mon patron s'est approché de moi et m'a fait une réflexion à propos du traitement de texte que je ne comprenais pas ».

Comme elle parlait sans émotion, je la questionnais : « Était-il menaçant ? ». J'essayais ainsi d'explorer l'état émotionnel d'Ingrid en présence de son chef, le reliant dans mon esprit à ce qui se passait dans la séance.

Ingrid : « Pas du tout ! Mais j'ai failli tout laisser tomber et m'en aller. Dans mes autres emplois, je décidais comment organiser ma journée de travail, ici je ne peux pas. »

Ingrid commençait à s'énerver, élevant peu à peu la voix.

« Enfin, vous me demandez s'il était menaçant ? Et bien NON ! Mais cela l'a été pour moi. Je me sens mal, je ne supporte pas ce que je vis ; votre boulot, c'est de soulager mon état... »

J'ai eu soudain le sentiment que je ne la comprenais pas et qu'elle avait raison. Je me sentais non seulement incapable de soulager son angoisse, mais aussi figé dans mes pensées et émotionnellement terrifié. Je me trouvais dans le même état d'esprit que ma patiente. Cet état d'esprit et la manière de l'analyser, je l'avais pourtant éprouvé maintes fois dans mon travail et analysé avec succès, mais cette fois-ci mon expérience thérapeutique ne me servait à rien. Au lieu de penser avec mes propres pensées, je m'étais mis à penser avec celles de ma patiente. Dominé par cet état, je cherchais à transférer les situations du passé au présent, au lieu de repérer l'ici et maintenant de la séance. En conséquence, je lui apportais une approche calquée sur ce qu'elle avait vécu avec ses précédents analystes.

« Pouvez-vous relier cette expérience à des moments semblables éprouvés autrefois.... » Ingrid me coupa la parole et, haussant le ton, s'exclama :

« Oh... là... là ! Vous dites les mêmes conneries que mon analyste précédent ou Mme V. qui était archi-nulle. Vous voulez fouiller dans mon passé ; je connais ce truc ; je l'ai déjà vécu dans mes analyses, puis vous parlez de mon père ou ma de mère et de tout ce tralala, mais vous ne m'apportez pas de réponses. Je veux savoir ce qu'il m'arrive. » Ingrid se figea, froide, maniant une logique qui la rendait impénétrable.

« Je me demande si vous pouvez soulager mon état ou non. Quel type de travail faites-vous ? Votre boulot, c'est d'interpréter et de bien interpréter, alors je vous en prie, arrêtez ce charabia analytique ; que vous êtes identifié à ma douleur, etc. Je veux une réponse claire, nette... Je n'attends aucun sentiment de votre part ».

Je gardais le silence et sentis que je ne pouvais plus penser. Si, pour Bion, l'analyste doit parvenir à penser même sous un bombardement, le bombardement était bel et bien là. Je me trouvais submergé sous un tas de décombres, et j'avais du mal à en sortir. Je sentais qu'Ingrid disait des choses fort pertinentes par rapport à ce qu'il se passait dans l'ici et maintenant de la séance, mais comme il est difficile de penser sous les décombres et de trouver les mots justes... À travers une projection violente adressée, non à la surface, mais à l'intérieur de mon psychisme, elle m'inoculait son état d'esprit. Cette évacuation paralysa mes fonctions contenantantes, me transformant ainsi en une mère inutile, c'est-à-dire une mère qui regarde la détresse du bébé sans pouvoir le secourir, comme sa mère interne et probablement comme la mère ressentie dans les premières relations de la vie. Ingrid avait donc raison de me dire qu'il ne fallait pas chercher un soulagement dans son histoire personnelle : interpréter le transfert par rapport au passé était comme retourner un couteau dans sa plaie, c'était trouver un coupable dans le profil d'une mère maltraitante. Les choses devaient être ramenées à ce qu'elle et moi étions en train de vivre dans le moment présent.

Mais cette situation, d'une haute intensité émotionnelle, était justement ce qu'elle craignait. Pour l'instant, ces idées tournaient dans mon esprit et, tel un homme enseveli qui reprend confiance en apercevant les premières lueurs de clarté, je commençais lentement à comprendre sans pour autant esquisser une interprétation. Je sentais plus que je ne pensais ; mais plus mes pensées se reliaient, plus je me sentais en accord avec ce que j'éprouvais. L'insight et l'interprétation n'avaient pas un ordre de priorités mais étaient liés à un processus dans lequel l'un et l'autre cherchaient à se réaliser ensemble. Il restait à explorer l'aspect central du problème : comment pouvais-je toucher l'esprit de ma patiente ?

Ingrid, quant à elle, continuait à concentrer toute son artillerie contre mes pensées et mon identité professionnelle.

Ingrid : « Vous êtes nul. Comme tous les autres. Votre travail est de me contenir et soulager ma douleur... je n'en peux plus, j'irai voir quelqu'un d'autre... »

Savait-elle ce que contenir voulait dire ? Quel sens donnait-elle à ce mot ? Avait-elle conscience de ce qu'elle était en train de faire avec son contenant ? En tout cas, j'ai ressenti qu'Ingrid m'échappait, et que notre communication allait irrémédiablement s'interrompre. D'une part, j'avais besoin de trouver les mots et l'état d'esprit me permettant de me situer à la bonne distance vis-à-vis d'elle. D'autre part, je devais lui montrer sincèrement que, sur de nombreux points, elle avait raison, et que nous pouvions modifier la situation. Mais paradoxalement, Ingrid connaissait la situation où elle s'exposait le plus et voulait la fuir : le transfert. En ce moment, il était donc important de différencier la séance présente du reste du travail accompli jusque-là. Ingrid risquait de jeter le bébé avec l'eau du bain. J'intervins à peu près dans ces termes :

« Sur certains points, je partage votre avis. Si vous trouvez que je ne vous comprend pas, vous avez le droit de voir quelqu'un d'autre. En revanche, si c'est seulement dans cette séance que vous vous sentez incomprise, nous pouvons y faire face en essayant de penser ensemble ce qui ne va pas. Jusqu'à aujourd'hui, notre travail ne s'est jamais trouvé sous le signe de l'incompréhension, il se passait plutôt bien ».

Ingrid (en criant) : « Mais qu'est-ce que ce charabia à propos de vous et moi ? »

Je me suis souvenu de ce que mon expérience m'avait dicté : lorsqu'un patient entre dans un état maniaque et tout-puissant, non seulement les interprétations sont inutiles, mais la réalité thérapeutique est niée, au risque de disparaître totalement et l'analyste avec.

Il était temps d'arrêter sa « folie », dans le sens où son transfert psychotique détruisait l'analyste, comme le bébé sa maman. Je suis alors intervenu d'une manière ferme, avec un

ton de voix élevé, mes paroles étant investies dans un premier temps d'une conviction profonde plutôt que d'une stratégie technique. « Arrêtez un moment, je vous en prie ! Essayez de m'écouter, parce que, même si vous ne voulez pas l'entendre, nous (accentué) avons un très grand besoin l'un de l'autre pour sortir de cet état. » La fermeté a arrêté le déversement ininterrompu des paroles d'Ingrid ; elle est restée figée, le regard sur moi.

En ce qui concerne mon attitude, je renvoie ici à un passage du travail de F. Tustin, *Autisme et Protection* (1992), qui illustre le comportement des patients comme Ingrid. En effet, si la technique et l'attitude de l'analyste, nous dit-elle, s'exprime avec « trop d'indulgence et de sentimentalité », l'angoisse cachée n'est ni repérée ni soulagée. « Il s'agit plutôt d'attirer leur attention sur la façon dont ils nous traitent et de leur expliquer que leur comportement vient sans doute de quelque chose qui leur fait de la peine, lié à ce qui se passe dans la situation analytique » (p.192). « En tant que thérapeutes, nous ne devons pas nous laisser bouleverser par leurs critiques (aussi fondées soient-elles, car ils savent s'en prendre à nos points faibles), ni nous laisser entraîner dans leur abîme de désespoir » (p.193).

Je sentais qu'ayant mis à distance sa violence paralysante, je récupérais ma capacité de penser. J'avais l'impression que, pour la première fois depuis le début de la séance, elle prêtait attention à mes paroles. Soudain, deux mots s'imposèrent à moi : rapprochement (elle avait parlé du rapprochement avec son patron) et l'ici (c'est-à-dire elle et moi dans la séance). Le ton de ma voix redevint normal et pausé. Je me mis alors à lui parler très lentement.

J'ai pu lui dire que la clé de ce qu'elle vivait en ce moment était moins son patron que moi-même, car elle était en train de découvrir dans cette relation l'émergence d'une situation émotionnelle ancienne mais dans un contexte différent. Ceci avait créé en elle un rapprochement avec moi qui justement échappait à cette partie d'elle qui essayait de contrôler toute émotion. (En d'autres termes, en prenant contact avec le mamelon, elle en avait été terrifiée et en même temps soulagée.)

Comme je la voyais fort attentive à mes paroles, je poursuivais.

« Je voudrais revenir sur cette partie de vous qui se met en colère quand les choses lui échappent. » J'accentuais le mot partie pour qu'elle puisse, même vaguement, entrer en contact avec son clivage. « Je crois, continuais-je, qu'en perdant la maîtrise, elle se sent menacée. Tel un dictateur qui veut tout contrôler et ne peut accepter que son propre point de vue, la politique de cette partie consiste toujours à utiliser la terreur : elle préfère l'attaque au dialogue. Elle s'appuie sur la seule méthode qui lui est familière : son omnipotence infantile. Mais notre échange l'a déstabilisée. »

Ingrid acquiesça à peine, avec une sorte de condescendance, à la limite de l'arrogance, qui lui était habituelle. Son visage abandonna la raideur enragée du début de la

séance sans pourtant transmettre de signes d'ouverture. De mon côté, j'éprouvais un profond soulagement, une tranquillité interne qui encouragea ma liberté psychique. Je me rappelais qu'elle n'avait jamais parlé de ses sentiments positifs, et qu'il était temps de les approcher pour lui permettre d'atténuer la douleur vécue. D'autre part, il fallait substituer à la dimension grandiose de la manie l'approche d'une humeur plus dépressive qui allait nous permettre de penser et d'analyser. Ingrid devait trouver, avec mon aide, les aspects d'elle-même capables de bonté et d'amour pour affronter sa guerre interne.

« Ce qui vient de se passer est très important pour notre travail ; cela ne nous renseigne pas seulement sur votre colère, mais nous montre aussi comment celle-ci peut être un écran à des sentiments plus profonds, dont vous n'avez jamais parlé. Je me demande si votre colère sert à dissimuler votre capacité d'aimer, ou à la mutiler, ou à vous empêcher de la reconnaître... »

Ingrid (sur un ton entre lassitude et peine) : « Ou un peu des trois... »

Nous avons largement dépassé nos quarante-cinq minutes de séance. Je lui demandais comment elle se sentait. Elle acquiesça avec un mouvement de tête.

Il me restait encore à réfléchir sur ma réaction contre-transférentielle. Ingrid m'avait inoculé un objet primitif et persécuteur dont elle cherchait à se débarrasser. En effet, son Moi avait incorporé l'image d'une mère déprimée, jamais disponible, incapable de tolérer la souffrance de son enfant, mais en même temps, cette mère interne était devenue une partie constitutive d'elle-même qu'elle projetait dans mon propre espace interne. Elle rééditait avec moi non seulement la situation précoce, mais elle utilisait la même arme que celle dont elle disposait à l'époque pour être entendue : la colère. Se méfiant de toute relation et de tout rapprochement émotionnel, Ingrid utilisait toute la force des identifications projectives intrusives afin que je puisse vivre à l'intérieur de moi sa propre douleur. Par la suite, elle craignait non seulement qu'à travers mes paroles et mes sentiments, je lui retourne, sous forme de représailles talioniques, sa souffrance intacte, mais que celle-ci détruise sa capacité de penser, comme la mère qui séjournait en elle. L'identification projective lui permettait de se débarrasser de sa toxicité et, en même temps, d'annuler le lien. Elle se protégeait ainsi de tout retour à l'envoyeur. En d'autres termes, c'est comme si elle disait oui à la projection, non à l'introjection.

Je voudrais signaler deux aspects du travail avec ce type de patients, et la manière dont j'ai pu les approcher. Le premier consiste dans l'évaluation du transfert psychotique qui passe par la prise en compte de tous les processus projectifs à l'œuvre, et qui implique une activité interprétative vivante de la part de l'analyste. Le second consiste à repérer les effets conscient et inconscients des projections du patient sur la personne de l'analyste. Ainsi, afin

de caractériser les réactions spécifiques que l'identification projective pathologique suscite chez l'analyste, nous avons recours à un concept clé introduit par León Grinberg, dès 1956: la contre-identification projective. « L'analyste, dit-il, ne perçoit pas et n'enregistre pas consciemment cette réaction et, de ce fait, il est amené parfois à jouer certains rôles ou à vivre des affects (colère, dépression, angoisse, ennui, somnolence, etc.) que le patient a « introduits de force » en lui, activement, même si c'est sur un mode inconscient. » Ce type d'interaction pathologique entre patient et analyste n'est pas toujours possible à éliminer, mais compris et sublimé, il devient un outil indispensable à la compréhension émotionnelle de l'analyste.

Suite et fin

Je revis Ingrid deux jours plus tard. Elle débuta la séance par ces paroles : « J'étais à deux doigts de ne plus revenir... Je pensais que vous alliez me mettre à la porte. Si vous m'aviez dit : partez !, je ne serais plus revenue. Je m'y attendais, mais cela ne s'est pas produit, alors... je me demande si j'hésite encore... »

Je lui répondis que si elle avait trop hésité ou si elle n'était pas très convaincue, elle ne serait pas là. « C'est probablement vrai », répondit-elle. Un silence s'ensuivit, que j'interprétais comme une demande de compréhension plus détaillée, plus poussée de la séance précédente. Je me suis alors permis de revenir sur cet aspect d'elle-même qui a beaucoup de mal à accepter le lien que nous construisons et qui se retire dans une froideur intellectuelle pour attaquer ce que nous sommes en train de créer. M'interrompant avec une voix qui ne cachait pas une indulgence hautaine, Ingrid remarqua que j'avais été très ferme, ce qui l'avait surpris. À partir de ce moment, il me sembla nécessaire de relier la séance précédente à une situation infantile évoquée quelque temps auparavant où la petite Ingrid pétrifiait ses parents par ses caprices et ses rages. Elle s'était enfin confrontée, lui dis-je, à un couple de parents capables de mettre des limites à son côté tyrannique tout-puissant qui tentait de détruire ce dont elle avait besoin, le travail thérapeutique.

Ingrid sembla accepter mes paroles et ajouta tout de suite qu'elle n'avait jamais aimé ses parents : « Ils étaient nuls, secs, muets. ».

- Peut-être vos rages étaient-elles aussi une manière de rendre vos parents attentifs, chaleureux et loquaces ».

Comme si elle hésitait à me répondre, Ingrid marqua un bref silence et répondit : « ce que vous venez de dire me convient... »

La séance suivante, Ingrid apporta un rêve des plus angoissants. Elle rêve que son corps est recouvert d'un eczéma qui se propage de plus en plus. Peu à peu l'eczéma, qui au début était purulent, s'assèche..La peau se craquèle, et dans ses interstices, laisse entrevoir

des trous noirs. Elle a la sensation que l'intérieur de son corps est vide. D'un coup, elle se sent aspirée vers l'intérieur de son propre corps.

« Me rappeler de ce rêve, dit-elle, m'angoisse encore ; c'était horrible, j'ai cru devenir folle... Je ne sais pas si je ne le deviens pas en ce moment... Je ne sais pas quoi penser... Aidez-moi... »

Je sentais l'urgence qu'il y avait à interpréter et, simultanément, le besoin de mettre de l'ordre dans mon esprit. Le récit de ce rêve m'évoqua les défenestrations des patients psychotiques. Chez ces patients, la confusion entre le dehors et le dedans les pousse parfois à se jeter dans le vide pour remplir leur propre espace interne. Certes, il y avait chez Ingrid une angoisse psychotique, mais le mouvement de bascule n'était pas dirigé vers l'extérieur comme chez les patients psychotiques, mais vers l'intérieur d'elle-même, signe de sa dimension autiste. D'autre part, la transformation de l'eczéma de purulent à sec était la conséquence d'un contact avec l'air. Ce rêve parlait de passage d'un état à un autre. L'association qui s'imposa à moi était celle de la peau d'un nouveau-né, qui à la naissance, passe d'un milieu aquatique à un milieu gazeux et commence à sécher. En me fondant sur les idées de Bion (), j'ai pensé qu'en abandonnant un milieu fermé (aquatique), Ingrid devait faire face à un monde ouvert (gazeux), et avait alors le sentiment de se sentir séparée et vide. Mais d'où provenait cette sensation de vide ? Ingrid, bien qu'elle se fut toujours sentie incluse dans le giron de sa grand-mère, ne faisait que répéter dans son histoire quelque chose de très « primitif » : un type de communication osmotique lors de son séjour dans le ventre maternel, qui avait pu entraîner une absence de différenciation entre le corps de la mère et son propre corps. Ainsi, le vide qui, après l'expulsion du bébé, se fit sentir dans le ventre de sa mère fut ressenti comme son propre vide .

Je lui dis alors que le travail accompli lors des dernières séances l'avait vidé de la protection qu'elle s'était créée pour faire face aux angoisses et à l'horrible sentiment de vide, et que, pour y échapper elle pénétrait son propre corps et devenait « à nouveau » solide et compacte.

Ingrid fit alors une association surprenante. « Longtemps, pendant dans mon enfance, je m'imaginai comme un ballon attaché à une ficelle. Au bout de la ficelle se trouvait ma mère qui me disait que si je ne lui obéissais pas, elle pouvait me lâcher à tout moment ; ma vie était suspendue à ses caprices. Je fantasmais qu'elle nous tenait tous attachés par un cordon ombilical, et qu'on s'envolerait si ce cordon était coupé... À la naissance de mon petit frère, j'ai rêvé que mon père, mes frères et moi-même, entourions le lit de ma mère lors de l'accouchement. L'accouchement n'avait pas lieu dans une clinique, mais en pleine campagne. Lorsque le cordon a été coupé, mon petit frère s'est envolé, et personne n'a fait quoi que ce soit pour le rattraper. Mon père, qui était également l'accoucheur, regardait, impuissant ; nous levions tous les yeux vers le ciel, regardant le bébé s'élever dans l'air.

Désespérée, je criais, criais, criais... Je me suis réveillée en pleurant, et je me suis précipitée dans la chambre où dormait le bébé. J'avais tellement besoin de me rassurer... »

Je lui ai répondu qu'elle avait vécu quelque chose de tout à la fois semblable et différent lors de l'avant-dernière séance. Elle avait pu être cette mère qui accouche en séance de la partie enfermée d'elle-même, c'est-à-dire du bébé. Je me demandais, lui dis-je, si le ton colérique de sa voix ne s'apparentait pas davantage aux cris d'un nouveau-né qu'à de cris de haine... J'estimais que la haine n'était pas absente, mais qu'elle avait plutôt à voir avec la manière dont elle imaginait être reçue dans la séance. Le père-accoucheur-analyste allait-il la recevoir dans des bras fermes et solides ou bien, comme dans le rêve, resterait-il impuissant, laissant le bébé s'envoler ? J'associais mon interprétation à sa crainte d'être mise à la porte à la suite des turbulences vécues dans la séance. En d'autres termes, je ne l'avais pas laissée s'envoler, et peut-être commençait-elle à se sentir, plus en sécurité dans notre relation.

Dans le transfert, nous avons pu approcher ces dispositions innées du nouveau-né, que F. Tustin désigne comme une « prise de conscience non amortie de la séparation corporelle » (p.131) dans son attachement à la mère, en même temps que la difficulté éprouvée par celle-ci pour rester attachée à son enfant.

Le rêve ancien d'Ingrid dans lequel le bébé s'envole est à rapprocher du sentiment de tomber, de se déverser ou de se dissoudre des enfants autistes décrits par F. Tustin. Ces patients ont tous le sentiment que rien ne peut les retenir ni les soutenir, que leur chute est infinie. « Ma vie, m'a dit un patient lors de la première consultation, est une chute tantôt vers le bas tantôt vers le haut. C'est seulement lorsque je m'accroche à la rigidité, à l'immobilisme et à ma dureté corporelle que j'ai le sentiment d'avoir les pieds sur terre ; mon existence dépend de mon contrôle musculaire, de mes mâchoires serrées, de mes mains crispées en permanence... » Le rêve d'Ingrid fit à la suite de sa turbulente séance indique clairement la défense transitoire qu'elle avait mise en place. Ce fut une sorte de soulagement autistique mais nécessaire, face aux tensions occasionnées à la sortie de son enkystement : s'absorbant elle-même, Ingrid prenait consistance, gardait enfin les pieds sur terre ; elle ne s'envolait pas ni ne chutait.

Aux cours des séances suivantes, Ingrid commença à comprendre qu'elle pouvait laisser circuler ses affects sans terroriser l'autre ni être terrorisée. Peu à peu, les rares rêves correspondant à cette période et le flot de matériel laissèrent entrevoir la nécessité d'une augmentation des séances ; quelques mois plus tard, cette nécessité se traduisit par la transformation de la psychothérapie en analyse. Nous avons organisé alors un cadre à quatre séances hebdomadaires.

Les séances qui eurent lieu pendant la deuxième année de travail furent riches et parfois chargées de tension, d'ailleurs inévitable. Celle-ci n'atteignit cependant jamais la

virulence des attaques décrites plus haut. J'ai rarement éprouvé de la lassitude et de l'ennui en réactions à des identifications projectives pathologiques. J'étais cependant surpris de la rapidité avec laquelle Ingrid était passée outre son « cordon sanitaire » interne pour chercher, sans peur de la contamination, un rapprochement dans le travail. En introjectant peu à peu l'analyste, celui-ci devenait le contenant interne qui lui avait fait défaut.

Je voudrais dégager maintenant deux aspects déterminants du travail avec Ingrid. Le premier, la relation avec sa grand-mère, permit d'explorer une partie de ses fantasmes précoces. Le second concerne le gel de sa crise adolescente.

Le rôle joué par la grand-mère d'Ingrid contamina non seulement sa conception de la relation thérapeutique, mais aussi celle de toute relation. Lors de son premier entretien, Ingrid avait déclaré que sa grand-mère était tout pour elle, et que la voir deux ou trois fois par semaine était un vrai bonheur. Il fut fort ardu d'approcher cette relation interne, car la grand-mère lui servait aussi bien d'« enclave » protectrice que de relation secrète. Ingrid maintenait un dialogue interne avec sa grand-mère, qui l'aidait secrètement à questionner ce qui se traitait dans la séance. L'acceptation du travail avec l'analyste signifiait de dire « non » à la grand-mère, au risque de perdre l'enclave protectrice. Elle désespérait alors de se retrouver seule face à ses angoisses paranoïdes et dépressives. Ceci nous ramène à une compréhension plus élargie de la séance « explosive », où Ingrid exigea de l'analyste un comportement identique à celui de sa grand-mère : elle souhaitait recevoir, dans la passivité et l'écoute attentive, des conseils et des interprétations qu'elle allait pouvoir utiliser comme des passe-partout sans les intégrer, sans les discuter ni les questionner. L'abandon de la grand-mère enclave dépendait de sa croissance interne qui procédait tantôt lentement, tantôt par bonds. En même temps, l'hypothèse première d'un sein clivé du mamelon se confirmait. Ingrid avait souhaité recevoir du lait-interprétations qui la calmait, mais refusait le contact avec le mamelon-analyste. Le travail sur le rêve nous avait fait comprendre que, pour Ingrid, l'établissement d'un lien signifiait la sortie de son enfermement, et de ce fait, impliquait la confrontation avec ses terribles angoisses de disparition, d'envol comme un ballon dans un univers infini. La dureté d'Ingrid était également à rapprocher de la nécessité de trouver une sécurité interne.

Vers la quatrième année de travail, Ingrid cessa peu à peu d'amener secrètement sa grand-mère en séance. La perte de cet intermédiaire qui filtrait nos échanges ouvrit la voie à une communication plus libre. Cet élément, parallèlement à l'effondrement de l'omnipotence infantile et à un contact avec ses aspects dépressifs, permit une meilleure différenciation en elle entre l'adulte et l'enfant, la mère et la grand-mère, le père et la fratrie.

Cette discrimination interne fit également émerger dans l'espace analytique une femme coopérative qui se substitua à la femme pseudo-adulte avec comme première conséquence l'éclosion d'une féminité jusqu'alors enfermée dans la latence. Comme pour

l'adolescent à la fin de la période de latence, le mûrissement sexuel d'Ingrid la précipita dans la découverte de fantasmes œdipiens et pré-œdipiens, dont l'analyse détaillée lui ouvrit un territoire psychique jusqu'alors insoupçonné. En concordance avec l'élaboration de ces découvertes, Ingrid tomba amoureuse d'un jeune homme italien et réalisa sa première expérience de vie en couple. Ceci signifie pour elle un pas décisif dans sa manière de s'ouvrir à la vie, mais aussi une mise en acte de la relation transférentielle dont l'interprétation ne put rester qu'à l'état latent. Je pense qu'une obstination de la part de l'analyste à tout ramener à la situation présente peut créer chez l'analysant le sentiment que l'analyste est le centre du monde et de son existence et, qu'en conséquence, les progrès qu'il opère dans la vie réelle lui sont déniés. Il est donc de la plus haute importance que l'analyste reconnaisse et comprenne ce qui se passe dans l'esprit de son patient, car celui-ci tient à être compris pour ce qu'il vient d'accomplir, et non par ce que l'analyste pense de la relation transférentielle.

D'autre part, l'identification à cette grand-mère fut analysée comme une réédition des moments précoces de la vie d'Ingrid, moments au cours desquels un sein omnipotent et omniscient lui permettait de faire face à une mère défaillante, privée de toute capacité de « rêverie ». Ce sein lui donnait la toute-puissance et le savoir pour pouvoir se passer des autres. La grand-mère constituait, en somme, un objet combiné de mère supplétive et de sein tout-puissant et omniscient qui lui épargnait toute peine, toute émotion. Cet objet, qui dans son monde interne, était organisé en véritable forteresse, ne pouvait être ni attaqué ni endommagé. Il allait en plus de soi qu'il ne pouvait être exploré de l'intérieur par identification projective normale. En conséquence, la curiosité, ce premier précurseur de la connaissance, était largement inhibée. La mère qui apprend à penser était remplacée par une mère oracle (attitude qu'Ingrid exigea de l'analyste).

Un aspect majeur de ce travail inachevé fut la réparation de la mère interne. Il s'avéra plus que difficile, non seulement par la mobilisation des sentiments dépressifs que cela implique, mais parce que la mère interne d'Ingrid était un objet dévalorisé et remplacé par un autre objet, celui d'une mère inexpugnable à l'abri de toutes ses attaques, donc jamais abîmé. Comment donc réparer ce que la patiente n'avait jamais eu le sentiment d'avoir abîmé? Cette défense précoce, constamment renforcée au cours de sa vie, avait pour but d'éviter tout ce qui touche à la position dépressive. Ces défenses auraient pu être ébranlées lors de la puberté et l'adolescence d'Ingrid, mais elles trouvèrent un allié extérieur de taille. L'introjection de l'internat suisse comme nouvelle forteresse la mettant à l'abri de tout changement émotionnel renforça son ancien bastion. Ce fut donc les moments de « crise » qui s'avérèrent les plus féconds pour Ingrid, car elle y sortait de son enclave, de sa capsule autistique. Mais si, dans la crise, elle était confrontée à une réédition de la relation maternelle avec l'analyste, elle était également mise en présence des traumatismes précoces de la séparation et du sevrage. La capsule était pour elle une forteresse lui permettant de se

protéger face à la difficulté de trouver les fonctions maternelles dans une seule et même personne. Sortant de sa capsule-enclave-forteresse, Ingrid se trouvait à nouveau face à un dilemme : elle ne savait pas si l'analyste (mère) la nourrissait pour l'abandonner ensuite ; ou si l'analyste (nourrice) allait prendre soin d'elle sans la nourrir. Le sein nourricier qu'elle cherchait ne pouvait être dissocié de l'espace interne contenant, c'est-à-dire ne pouvait devenir une mère totale. Celle-ci devait donc être trouvée dans les bras psychiques de l'analyste.

Comme le soulignait très justement Sydney Klein, le patient se coupe de lui-même et de l'analyste par un processus que F. Tustin nomme « encapsulation kystique » d'une partie du Moi. Dans les séances, Ingrid était tout à la fois présente et absente, comme si elle regardait et écoutait de l'intérieur de sa capsule. Dès qu'un contact risquait de se produire, elle s'envolait vers d'autres directions en recourant à un dialogue fade et banal, sans affect. Un autre point que je souhaiterais commenter ici concerne ce que F. Tustin nomme les enfants à carapace, c'est-à-dire des enfants qui donnent « l'impression d'avoir bouché le trou avec des objets autistiques durs pour protéger leur corps mou... ». Ma première observation du corps d'Ingrid, assise, formant une équerre à 90 °, m'avait fort impressionné. Le corps d'Ingrid pouvait être qualifié, sans exagération, de quasi métallique, auquel s'ajoutaient la dureté de son visage et de ses mots coupants. Mais « dureté et mollesse sont maintenus à l'écart l'une de l'autre sans interaction possible » (F. Tustin : États autistiques chez l'enfant p. 91). Ces interactions commencèrent peu à peu, une fois initié le travail analytique.

La tempête affective qu'Ingrid déclencha dans la séance peut, à bien des égards, s'apparenter à des manifestations de patient borderline qui met en acte (enactement) des explosions incontrôlées.

O. Kernberg décrit ces patients dans un travail sur les patients borderline (« The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients », in J.A.P.A., Journal of American Psychoanalytic Association, 51 (2), pp. 517-545.) Nous y trouvons de nombreux repères qui nous éclairent quant à l'explosion d'Ingrid dans la séance.

Mais la description de Didier Houzel me semble plus appropriée au cas décrit. En effet, il qualifie de « monde tourbillonnaire » les « mouvements pulsionnels et émotionnels » de l'enfant autiste qui n'a pu se constituer une enveloppe psychique adéquate. Je pense que la description de D. Houzel confirme l'état tourbillonnaire dans lequel Ingrid se sentait plongée lorsqu'elle quittait sa capsule. « Mais, continue Houzel, on peut aussi concevoir que l'indistinction dedans/dehors est due, non à un défaut d'enveloppe psychique, mais à un recourbement sur elle-même de cette enveloppe, dans une configuration telle que ce qui sort d'un côté entre aussitôt par un autre côté. La problème de la constitution des limites du moi et de la distinction dedans/dehors n'est plus alors celui de construire un contenant, mais celui d'ouvrir un monde refermé sur lui-même pour en faire un monde dans lequel des objets

puissent pénétrer et d'où ils puissent sortir sans être immédiatement réabsorbés. » (Houzel, D. : « Le monde tourbillonnaire de l'autisme », in L'aube de la vie psychique. ESF éditeur, 2002, pp.197-198).

Si nous poussons ce raisonnement, il est possible de considérer que la critique violente adressée au thérapeute fut aussi une manière de lui donner une signification, de le faire devenir émotionnellement signifiant. Même si, par moments, la situation analytique laissait entrevoir un comportement se caractérisant par une psychose de transfert, Ingrid ne peut être considérée comme une patiente borderline, ni psychotique, ni hystérique ni profondément narcissique ni enfermée pour toujours dans une capsule autistique. Elle ne s'inscrit définitivement dans aucune de ces catégories, mais elle est porteuse de tous ces états au cours du processus psychanalytique, pouvant passer de l'un à l'autre au cours d'une même séance. Cependant, la reconnaissance par l'analyste des parties autistiques de la personnalité du patient joue un rôle majeur dans le travail thérapeutique. L'analyse détaillée des parties encapsulées, commente encore S. Klein, réduit considérablement la durée des analyses et peut prévenir des effondrements ultérieurs dans le cours de la vie.

Nous pouvons également caractériser Ingrid comme possédant une structure schizoïde sur laquelle se greffent ces différents états. C'est dans ce sens qu'il faut parler d'une crise de développement (à l'instar d'Erickson), plutôt que de poser un diagnostic psychiatrique qui tend à l'enfermer dans une pathologie unidimensionnelle. Le propre de la crise adolescente, qui est avant tout crise du développement précoce, est de traverser tous ces états sans se fixer particulièrement dans l'un ou dans l'autre. Le travail avec ce type de patients, comme je l'ai signalé plus haut, met l'analyste à rude épreuve, et il ne peut comprendre ces patients en s'appuyant uniquement sur les paroles de l'analysant. La communication non verbale, le contre-transfert, les différents usages de l'identification projective et l'observation des états autistiques sont les voies d'accès les plus directes, celles qui protègent l'analyste de toute complicité avec le faux self de l'analysant. Mais, de part et d'autre, de fortes tourmentes affectives s'avèrent nécessaires et inévitables, afin que l'analysant acquière son vrai self et retrouve son identité spoliée.

(Ingrid est partie à l'étranger quasiment au bout de la cinquième année de travail. Elle avait exprimée la volonté de ne pas abandonner son compagnon. Je pense que l'interruption d'une analyse demeure, outre les 000facteurs extérieurs, un problème très important qui mériterait un long approfondissement. N'ayant pas revue Ingrid depuis deux ans, il m'est permis d'espérer que le processus analytique se continue.)

Mots-clé: adolescence gelée, adolescence tardive, moment catastrophique, contre-transfert

José Luis Goyena

5 rue Lacépède – 75005 Paris – France - jgoyena@free.fr

Bibliographie

- ABERASTURY, A. (1971), « Lenguaje verbal, paraverbal y no verbal en análisis de niños. Fantasías inconscientes y compulsión de repetición », in *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XXVIII, N° 3, Buenos Aires, 1971.
- ADATTO, CARL P. (1958), « Ego Reintegration Observed in Analysis of Late Adolescents », in *Inter.J.Psycho-Anal.*, N° 39,
- ADATTO, CARL P. (1966), « On the Metamorphosis from Adolescent Into Adulthood. *JAPA*, N° 14 .
- AGOSTINI, D. ,(2000), *Après Mélanie Klein* . Monographie de la revue *Adolescence*. Les Editions GREUPP, Paris.
- AGOSTINI, D. (2004), *M.Klein : les racines infantiles de la « puberté psychique »*.
- AMIGORENA, H (2003), « Quelques figures de la crainte avec et sans effondrement » , in *Le Coq-Héron*, N° 173, Juin 2003.
- ANDERSON, R. (1997), « The child in the adult : the contribution of child analysis to the psychoanalysis of adults », in Schafer, R. : *The contemporary kleinians of London*, Int.Univ.Press , Madison, USA, 1997.
- BARROWS, K. Edited by(2008) *Autism in Childhood and Autistic Features in Adults*, Karnac, London.
- BION, W.R. (1961), *Recherches sur les petits groupes*, tr.fr.H.L. Herbert, PUF, 1976.
- BION, W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, tr.fr . F. Robert, PUF, 1979
- BION, W.R. (1962), *Réflexion faite*, tr.fr . F. Robert, PUF, 1979
- BION, W.R. (1965), *Transformations*, tr.fr. F.Robert, PUF.
- BION, W.R.(1970), *L'attention et l'interprétation*,(1974) tr.fr. J.Kalmanovitch, Payot.1974
- BLOS, P.(1967), « Adolescence et second processus d'individuation », in *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Sous la direction de Maja Perret-Catipovic et François Ladame. Delachaux et Niestlé, Laussane, 1997,
- BLOS, P ; (1972) « The Epigenesis of the Adult Neurosis, in *Psychoanal. St.Child*, 27 : pp 106-135.
- BRENNAN PICK, I. (1988) « Adolescence : Its Impact on Patient and Analyst », in *Int.R. Psycho-Anal.*, 15 : pp187-194.

- CORTINAS, LIA, P. de (2002), « Par-delà la césure. La voie vers l'insight, de « Recherches sur les petits groupes » à « Une mémoire du futur », in *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, N°31, 2002, pp. 147-186.
- CORTINAS, LIA P. de (2007), *La dimension esthétique de la mente, variaciones sobre un tema de Bion*, Ediciones del Signo, Buenos Aires.
- ERICKSON, E.(1972), *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, Traduit de l'américain par Joseph Nass et Claude-Louis Combet, Coll. Champs, Flammarion.
- ETCHEGOYEN, H (1971), « La primera sesión de análisis », in *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XXVIII, N° 3, Buenos Aires.
- ETCHEGOYEN, H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Ammorortu, Buenos Aires, Argentine.
- FONAGY, Y (1983) , *La vive voix, essais de psycho-phonétique*, Payot.
- FREUD, A.(1997), « L'adolescence » , in *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Sous la direction de Maja Perret-Catipovic et François Ladame. Delachaux et Niestlé, Laussane, 1997, pp.98-99.. Texte repris de *L'enfant dans la psychanalyse*, trad.fr. D.Widlocher, Gallimard, Paris.
- FREUD, S. (1904-1918) *La technique psychanalytique*, tr.fr. A. Berman, PUF, 1953.
- FREUD, S. (1905) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, tr.fr., coll. Folio, Gallimard, 1986.
- FREUD, S. (1905) *Cinq psychanalyses*, tr.fr. M.Bonaparte et R.Lowenstein, PUF, 1954
- FREUD, S.(1937), « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » tr.fr. J.Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, in *Résultats, Idées, Problèmes*, PUF, 1985.
- GAMBEROFF, M. , NOEMI, C., PUALUAN DE GAMBEROFF, P. (1989) « El objeto autista. Su relación con el narcisismo en la transferencia y la contratransferencia de pacientes neuróticos y limítrofes. » *Revista de Psicoanálisis*, tomo XLVI, N° 5, setiembre-octubre de 1989, Buenos Aires (pp.733-748).
- GAMMILL J.(2007), *La Position Dépressive au service de la vie*, Editions In Press, Paris.
- GAMMILL, J. (1998), *A partir de Mélanie Klien*, Césura, Meyzieu.
- GOYENA, J.L. (1982), « Remarques sur la notion de crise », *Dialogue*, N° 77
- GOYENA, J.L. (1988), « Les impasses de la transmission (sur la responsabilité de l'analyste et du patient dans l'impasse analytique », dans *Psychanalystes*, N° 26.
- GOYENA, J.L. (1990), « Nouvelles idées, nouvelles théories et changement catastrophique », in *W.R.Bion, une théorie pour l'avenir*, Métailié, Paris.
- GOYENA, J.L. (1995), « Crise et changement catastrophique », dans « Crises et sens des crises », *Perspectives psychiatriques*, , N° 49/IV.
- GOYENA, J.L. (2002), « L'intime et le secret », in *Champ Psychosomatique*, L'Esprit du temps, N° 27.

- GRINBERG, L. (1964), *Cupabilité et dépression*, tr.fr. M. Urquidi, Les belles lettres, Paris, 1992.
- GRINBERG, L. y R. (1980), *Identidad y cambio*, Paidós, Barcelona.
- GRINBERG, L. (1985), *Teoría de la identificación*, J.Yebenes, editor, Madrid.
- GRINBERG, L. (1997) « Les affects douloureux dans les états limites », in *Hystérie et cas limites : approche métapsychologique et implications techniques*. 12ème Conférence de la FEP, Genève, 20-23 mars 1997. Bulletin de la FEP, N° 49. Tr.fr. Michèle Pollak-Cornillot.
- GUTTON, PH. (1991) *Le pubertaire*, Coll. Quadrige, PUF.
- HILL, L. B. (1938) , « The Use of Hostility as defence », in *Psychoanal. Quarterly*, 7, pp.254-264.
- HOUZEL, D. (2002) *L'aube de la vie psychique*, ESF éditeur.
- JACQUES, E. (1997), « Mort et crise du milieu de la vie », in R. Kaës et al. : *Crise, rupture et dépassement*, tr.fr. D. Anzieu. Dunod.
- JOSEPH, B. (1989), *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London, Routledge.
- KERNBERG, O. : « The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients », in *J.A.P.A.* (Journal of American Psychoanalytic Association), 51.
- KESTEMBERG, E. (1980), « Notule sur la crise de l'adolescence ; de la déception à la conquête », in *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Sous la direction de Maja Perret-Catipovic et François Ladame. Delachaux et Niestlé, Laussane, 1997, pp. 151-162.
- KLEIN, M. (1932), « La technique de l'analyse des enfants à l'époque de la puberté », in *La psychanalyse des enfants*, tr.fr.J.B.Boulanger, PUF, 1972.
- KLEIN, M. (1935), « Contribution à la psycho-génèse des états maniaco-dépressifs ». in *Essais de psychanalyse : 1921-1945*, Paris, Payot, 1968.
- KLEIN, L. (1936), « Weaning », in *The writing of Melanie Klein. Vol I Love, Guilty, Reparation and others works*, Hogarth Press, London, 1985, pp. 306-343.
- KLEIN, M.(1940), « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs » in *Essais de psychanalyse : 1921-1945*, Paris, Payot, 1968.
- KLEIN, M. (1946), « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » in *Développements de la psychanalyse*, tr.fr. W. Baranger, PUF, 1976.
- KLEIN, M. (1952), « Les origines du transfert, in *Le transfert et autres écrits*, tr.fr. Cl. Vincent, PUF, 1995.
- KLEIN, M (1955), « La technique du jeu psychanalytique, son histoire et sa portée » in *Le transfert et autres écrits*, tr.fr. Cl. Vincent, PUF, 1995.
- KLEIN, S. « Autistic Phenomena in Neurotic Patients » (1980) in *The International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 395-402.
- LIBERMAN, D. (1978), *Comunicación y psicoanálisis*, Alex Editor, Buenos Aires,

- MELTZER, D. (1972), *Les structures sexuelles de la vie psychique*, tr.fr. J. et F. Bégoïn, Payot, 1977.
- MELTZER, D. (1984) « Les concepts d'identification projective (Klein) et de « contenant-contenu (Bion) en relation avec la situation analytique », in *Revue Fse. de Psychan.*, XLVIII, Mars-Avril, N° 2, PUF.
- MELTZER, D. (1992), *Le claustrum, une exploration des phénomènes claustrophobiques*, tr.fr. D.Alcorn, Ed. Du hublot, Larmoor-Plage, 1999.
- MELTZER, D. y HARRIS, M. (1998), *Adolescentes* . Editado por Lucy Jachevasky y Carlos Tabbia. Spatia editorial, Buenos Aires
- O'SHAUGNESSY, E. (1998), « Enclaves et excursions », in *Raison et Passion*, Un hommage à l'œuvre d'Hanna Segal. Tr.fr. D.Alcorn, Ed.du hublot,.
- RACALBUTO, A. A cura di (1998), *Impasse in psicoanalisi e patologia narcisistica. Strutturazione e destrutturazione dell'identità*. Dunod Milano.
- RACKER, H. (1959), *Etudes sur la technique psychanalytique, Transfert et Contre-transfert*, Tr.fr. Nadège Foucher et Pierre Lecointe, Césura, 1997.
- ROSENFELD, H. (1965), *Etats Psychotiques*, tr.fr. G.Diatkine, A.et M. Gibeault, J.Miller, M.Vincent, PUF, 1976.
- ROSENFELD, H. (1987), *Impasse et Interprétation*, tr.fr. sous la direction de B. Ithier, PUF, 1990.
- ROSENFELD, H. (1997), *Herbert Rosenfeld at work, The Italian seminars*, Edited by Franco de Masi, Karnac, U.K., 2001.
- SOR, D . y GAZZANO, M.R.SENET de,(1987) *Cambio catastrófico*, Kargieman, Buenos Aires.
- SOR, D. y GAZZANO, M.R. SENET de, *Fanatismo*, Ananké, Santiago de Chile.
- STEINER, J. (1996) , *Retraits psychiques*, tr.fr. J.Adamov, PUF.
- STEINER, R (2004, à paraître), *Plausible or Implausible Conjectures ? Some Notes on the Role Played by Intonation and Other Aspects of Non-Verbal Communication in the Emergence of Preverbal Unconscious Memories and Experiences in the Form of Affects During the Psychoanalytic Process*,
- TUSTIN, F. (1989), *Le trou noir de la psyché. Barrières autistiques chez les névrosés*. Tr.fr. Paul Chemla. Seuil.
- TUSTIN, F. (1992) *Autisme et protection*. Tr.fr ; Anne-Lise Hacker – Seuil.
- WADDELL M.(2002) , *Vies intérieures, Psychanalyse et Développement de la Personnalité*, tr.fr. Marie-Christine Réguis-Simeloff. Editions Du Hublot.
- WINNICOTT, D. (1976), « Les formes cliniques du transfert » , in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, P.B.Payot.

WINNICOTT, D. W. (non-daté), « La crainte de l'effondrement », in *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, tr.fr ; J.Kalmanovitch et M.Gribinski, Gallimard, 2002.

Résumé

L'adolescence gelée est un état d'esprit rigide et permanent d'après lequel le sujet pense vivre sa vie à l'écart de toute crise et de toute situation émotionnelle profonde. Pourtant que la description de cette personnalité correspond généralement à celle des personnalités schizoïdes, l'analyse révèle une encapsulation autistique importante. L'auteur prend comme point de départ la première consultation et les séances où plus tard s'est produit le dégel. C'est justement dans la dernière situation que la vie psychique du patient et du psychanalyste traversent des grandes turbulences émotionnelles, condition nécessaire pour que le patient laisse son enclave autistique et se dirige vers l'élaboration de la position depressive.