

Myriam Vaucher

**INTERPRÉTER:
ENTRE SCÈNE PRINCIPALE
ET SCÈNES MARGINALES**

Introduction

En 2009 au Festival d'Avignon je vois *Angelo tyran de Padoue*, dans une mise en scène de Christophe Honoré. Une émotion s'empare de moi, lorsque, détournant mes yeux de la scène centrale, je suis attirée par une action qui se déroule en marge, sur des échafaudages qui bordent le plateau. Un couple joue une scène qui semble suivre sa logique propre en haut à droite, alors qu'un autre se trouve au centre du dispositif. Je découvre d'autres scènes ensuite, se déroulant simultanément et ouvrant, dans la tension qu'elles entretiennent avec la scène centrale, sur d'autres interprétations. Mon regard revient à une vue d'ensemble. Puis passe d'une scène à l'autre. Tout à coup leur rapprochement me donne à entendre, entre elles, de l'inédit. Chacune des scènes prend alors une dimension nouvelle alors qu'entre elles je me mets à associer.

L'émotion ressentie alors est du même ordre que celle que je vis dans mon métier de psychanalyste lorsque le rapprochement des scènes ouvre un espace nouveau. Au centre de la scène, un divan, un fauteuil, deux protagonistes. Entre eux un échange de paroles. Les premiers mots de la séance, si importants, vont mettre en place le décor. Vient alors le récit d'un événement extérieur à la séance, il semble suivre sa propre logique, apparemment sans rapport avec la scène centrale. Il est rapporté là pourtant, dans cet espace. Puis vient un rêve. Le personnage d'un livre que je suis en train de lire me vient à l'esprit... rien à voir. Apparemment. Je pars dans mes pensées. Distraction? Parasites? Une autre scène encore, qui vient complexifier l'espace.

Quelque-chose me ramène vers la scène centrale : que se passe-t-il là, maintenant, entre nous ? Je repense alors à ce que cet homme, couché sur le divan, m'a dit en début de séance, j'entends alors que, parlant d'autre chose, il me parlait – à son insu – de ce qu'il ressent là avec moi, et puis ces pensées en m'absentant entrent en résonnance avec le rêve dont il a fait récit... Par le jeu des transferts le psychothérapeute est convoqué sur la scène, tel l'acteur, il se fait interprète avec le patient de son histoire. Il joue sur la scène centrale, en pensée, en parole, par action ou par omission. Dans le même temps ou dans l'après-coup, il devra pourtant se dégager afin de ressaisir ce qui s'est joué à son insu et le mettre en relation avec ce qui est en train de se jouer dans d'autres lieux. À la scène centrale, celle du transfert, se relie celle du rêve, du symptôme, mais aussi les actes qui surviennent dans l'analyse et au dehors. Ce que parfois on nomme transfert latéral agrandit la scène, offre un autre espace. L'analyste doit parfois accepter de ne jouer que sur une seule scène, sans comprendre ce qu'il joue, jusqu'au moment où une connexion s'établit, par la pensée ou par la sensation, par un mot ou une odeur et permet l'analogie, rapportant ce qui se passe sur les échafaudages à ce qui se joue au centre de la scène et réciproquement. Jean-Claude Rolland nomme l'interprétation analogique, ce rapprochement entre deux scènes.

La condition de l'interprétation, c'est qu'il y ait au moins deux scènes et un espace entre, où la parole peut prendre corps, permettant d'en appeler à une autre scène, qui viendra se mettre dans un rapport d'analogie avec les scènes précédentes et en appellera de nouveau à la parole. Cette mise en espace de scènes qui entretiennent un rapport d'analogie permet le décollement de la scène dans laquelle le patient est pris, à son insu. Ainsi les progrès dans le travail analytique ne sont pas à concevoir en terme d'avancée, mais d'élargissement de l'espace, de l'espace psychique, de l'espace de symbolisation, et peut-être même, pour les patients plus régressés, de l'espace tout court ! L'interprétation ne fait pas que lier (secondariser) elle *délie* en premier lieu, elle défait, pour que cela puisse se relier autre-

ment, elle décondense, ouvre plusieurs scènes là où il n'y en avait qu'une, pour qu'elles puissent ensuite se recomposer à l'infini.

Lorsque le clivage est à l'œuvre, les scènes clivées sont dans un rapport de confrontation plutôt que d'analogie. Il est alors nécessaire de prendre de la hauteur, pour saisir l'ensemble des scènes d'un seul regard et attendre qu'un petit trait les rapproche et qu'une autre scène puisse les réunir. Techniquement, il s'agit, là plus encore qu'ailleurs, d'attendre que quelque-chose arrive, qui permette d'embrasser les différentes scènes d'un seul regard.

4

Le psychothérapeute interprète à partir d'une double place, celle de l'acteur qui met en acte ; et celle du spectateur qui reçoit ce qui se joue pour le mettre en mots, dire ce qu'il a pu entendre, de sa place de spectateur, de spectateur avisé sans doute.

La supervision, une scène marginale

La mise en scène du *Tyran de Padoue* m'est souvent présente dans mon travail d'analyse. Elle l'est plus encore dans mon activité de supervision.

J'écoute une collègue. Elle me parle de quelques séances avec sa patiente. La scène centrale est celle qui se déroule dans l'ici et maintenant entre la collègue et moi, mais elle se joue dans un premier temps comme en arrière fond, mon attention étant retenue par d'autres scènes.

Première scène, celle du contretransfert : la psychothérapeute, alors qu'elle me rapporte une séance au cours de laquelle la patiente dit son déplaisir à se livrer à des activités qui lui font mal sans même envisager de s'y soustraire, se livre à un jugement tout à fait inhabituel sur sa patiente. Elle me dit qu'elle en tous cas, à la place de cette femme, ne s'infligerait pas des choses aussi désagréables, et que si cela ne lui convient pas elle ferait mieux de partir plutôt que de se plaindre. De mon côté, sur la scène centrale, je fais écho à ce mouvement de la thérapeute, me formule un jugement moi aussi, m'étonnant que cette collègue, pourtant si fine, adopte une attitude aussi jugeante vis-à-vis de

sa patiente plutôt que d'essayer de l'entendre. Je ne dis rien, les pensées qui me viennent étant trop chargées de reproches.

Deuxième scène, une mise en acte: la patiente amène sa fille avec elle lorsqu'elle vient pour sa séance. Elle la laisse à la salle d'attente, sans en dire un mot à la thérapeute.

Troisième scène, un souvenir: la patiente raconte une histoire qui s'est passée lorsqu'elle était à l'école. Occupée avec deux élèves, la maîtresse ne la voit pas qui lève la main pour demander quelque-chose. Elle faisait comme si elle était pas là, dit-elle. Et puis elle ajoute, parole, que nous attrapons au moment de la supervision: « *je me reprocherai toute ma vie de ne pas être partie.* » Cette phrase qui nous surprend devient le petit trait qui va relier toutes les scènes entre elles et par leur rapprochement fournir la charge suffisante pour que nous entendions. Le jugement d'abord, que porte la psychothérapeute, vient redoubler ce jugement sans appel de la patiente sur elle-même. Cette parole, étrange dans son contexte, nous fait penser qu'il doit y avoir une autre scène où elle aurait plus de sens. Je pense à une scène traumatique.

Quatrième scène, un traumatisme à l'adolescence: ayant oublié les éléments d'anamnèse pourtant déjà mentionnés, je demande à la thérapeute s'il y a idée d'un abus possible dans l'histoire de cette patiente. La thérapeute évoque une scène de l'adolescence où la patiente a été forcée par des camarades à avoir une relation sexuelle.

Cinquième scène, une scène effacée: Tout à coup nous revient la scène traumatique, dont nous avons déjà parlé, mais que toutes deux nous avons oubliée. Lorsque la patiente était petite, les parents ne faisaient pas attention aux enfants, et prenaient du plaisir, nus avec des amis, en leur présence. Alors nous pensons à la petite fille à la salle d'attente alors que sa mère l'oublie, toute à sa séance. Et nous pensons à ces activités désagréables auxquelles, petite fille, elle n'a pu se soustraire, au trouble d'être restée là, prise par l'excitation! La réponse à la question que se pose la psychothérapeute dans le moment de la supervision, pourquoi reste-t-elle si cela ne lui plaît pas trouve une réponse: si elle reste c'est qu'elle est une petite fille excitée que personne ne protège. On pourrait lui dire, paraphrasant Jean-Claude

Rolland, «ce serait en pensant à ces scènes où vos parents ne faisaient pas attention à vous ce reproche de ne pas être partie». Le rapprochement des scènes nous permet d'entendre que l'excitation l'a poussée à rester et que cela lui est insupportable! *Je me reprocherai toute ma vie d'être restée là...* alors nous revenons à la scène centrale et entendons le désir exprimé plusieurs fois par la patiente dans les derniers temps, «si nous allons plus loin, si cette psychothérapie se poursuit, je me reprocherais toute ma vie ce que je risque d'éprouver».

6

Alors un événement étrange, raconté au début du traitement me revient et prend sens tout à coup : la patiente arrêtée sur la route en raison de travaux et ayant le sentiment qu'on la faisait attendre trop longtemps, s'est vue prise par une quasi-irrépressible envie de partir, de foncer et d'écraser l'homme qui lui barrait le passage. Ne pas rester là ce serait céder à la violence qu'elle ressent contre ces hommes qui lui barrent l'accès à sa mère.

Dans cette même période la patiente consulte un médecin parce qu'elle se fait du souci pour un problème physique. Le médecin ne la prend pas au sérieux! Elle se sent humiliée. La thérapeute lui parle de la petite fille qui n'est pas entendue encore une fois, mais la patiente n'en veut pas. Elle lui rétorque qu'elle ne veut pas de sa pitié : *Elle est coupable! Coupable d'être restée, coupable de faire des histoires pour rien! Et elle est fâchée contre sa psychothérapeute qui, après avoir endossé le juge qu'elle porte en elle, le surmoi sévère dirait-on en termes métapsychologiques - est maintenant trop douce!* Oui bien sûr on aurait dû prendre soin de cette petite fille qui a été trop excitée et a eu des désirs violents, de trucider ces hommes qui l'empêchaient d'accéder à sa mère, de se baigner avec elle... et de se dégager. Mais il ne suffit pas de faire taire le juge. Il s'agit cette fois de construire une scène où la petite fille excitée et blessée et celle qui la juge d'être restée là pourront se parler.

Le sergent de Bazeilles

Je vous propose maintenant un détour par les précurseurs de la psychanalyse: au moment où la psychologie se distingue de la

philosophie et de la médecine, via l'intérêt pour les différents états de la mémoire. Des médecins, dont le père de Proust et celui qui deviendra son psychothérapeute, le *Dr Sollier* s'intéressent à la mémoire et à la conscience, à partir des êtres chez qui se manifestent *deux moi* qui ne semblent pas se connaître, deux vies en marge l'une de l'autre : *les somnanbules*. En 1874 (Freud a alors 18 ans) paraît dans l'Union médicale, sous la plume du Dr. Ernest Mesnet, médecin des hôpitaux de Paris, un article concernant l'homme que je souhaiterais vous présenter, le *Sergent de Bazeilles* (Bizub, 2006).

Blessé à Sedan par une balle allemande, le Sergent réagit immédiatement par une sorte de réflexe car il «eut encore la force de renverser d'un coup de baïonnette le soldat prussien qui venait de le frapper...»¹, mais ensuite, alors qu'il cherche à quitter le champ de bataille, il doit jeter son arme à cause d'une paralysie du bras, puis s'arrêter en raison d'une paralysie de la jambe. Il perd connaissance et se réveille 3 semaines plus tard à Mayence. »Le Sergent retrouve par moments sa vie normale, mais des troubles prennent régulièrement le dessus, des accès où «ses sens se ferment aux excitations du dehors; le monde extérieur cesse d'exister pour lui; il ne vit plus qu'avec ses propres excitations»². Mesnet, pour étudier le cas, demande à un assistant, Alfred Maury, auteur de l'ouvrage *Le sommeil et les rêves* paru en 1861, de suivre avec lui tous les faits et gestes de Bazeilles pour tenter de dévoiler les mystères de ce somnanbule fermé au monde extérieur. Maury se met donc à suivre le Sergent pas à pas dans ses pérégrinations à travers l'hôpital Ste-Anne, à l'affût du moindre geste susceptible d'ouvrir la porte de son esprit, convaincu qu'à son insu même il se cache dans cet esprit qui ne laisse rien paraître un processus de réflexion et une quête (Bizub, p.89).

La prise en compte du monde intrapsychique viendra de l'intérêt pour ces patients pour qui tout se joue sur une scène interne, coupé qu'ils sont, au moins par moments, du monde

¹ Mesnet Ernest (1874) « De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique » in *Union médicale*, 87, 1874, cité par Bizub (2006) p.86.

² Ibid. p.107

extérieur. Deux scènes ont lieu simultanément l'une dedans l'autre dehors ; l'une au centre, l'autre en marge.

8

Un jour où le sergent se promène, comme à son habitude, dans le jardin de l'hôpital, l'air hagard, talonné comme à l'accoutumée par les deux observateurs attentifs à ses moindres faits et gestes, «Mesnet, ayant remarqué que le somnambule avait laissé tomber sa canne, se baisse pour la ramasser et la lui tend sans prêter la moindre attention à son geste spontané. À peine le sujet, jusque là impassible, la reçoit-il qu'il semble mobiliser une énergie insoupçonnée pour ressusciter un être oublié. Il palpe l'objet qu'on vient de lui remettre et «promène à plusieurs reprises la main sur la poignée de sa canne». Et dans un élan d'énergie insoupçonné il crie «Henri! Les voilà, ils sont au moins une vingtaine, à nous deux nous en viendrons à bout». Il fait alors le mouvement de charger son arme, se couche par terre et suit tous les mouvements de l'ennemi qu'il croit voir à courte distance.

La clé de la scène obsédante est donnée. La condition seconde avait pour but – comme il en est du rêve – de conserver cette scène traumatique, de la guetter, sans savoir même ce qui est attendu pour, la retrouvant, lui espérer une issue plus favorable.

Dans ce cas, c'est le sens tactile qui avait conservé la trace de l'expérience originelle. C'aurait pu être une odeur, un mot, un geste, un sourire. Une sensation imprimée dans le corps. La canne n'est pas un fusil, elle n'a avec le fusil qu'un rapport d'analogie privilégié par l'inconscient qui cherche volontiers à se tromper, mais elle le fait réapparaître et donne alors place à l'événement traumatique au centre de la scène.

Quelque-chose se passe au moment où la canne tombe, au moment où quelque-chose se détache qui peut être redonné par un autre. Si le médecin n'avait pas ramassé la canne, il ne se serait probablement rien passé. C'est bien notre fonction d'analyste, être posté derrière son patient, attendant que quelque-chose tombe, pour le lui tendre et que nous puissions en jouer. Il ne suffit toutefois pas que le patient lâche quelque-chose, *il faut encore que cela tombe dans un moment où la capacité de ré-*

gression de l'analyste est suffisante pour s'en saisir, sans même savoir ce qu'il fait.

Mesnet ramasse la canne comme on reprendrait un lapsus, un acte manqué, un mot lâché sans le vouloir, il la ramasse sans aucune intention, juste parce qu'elle est tombée. Enfermé dans son théâtre, Bazeilles interprète alors la scène sur un mode hallucinatoire et ainsi *ressuscite* «un être oublié», son moi resté pris dans cette scène de guerre et l'objet avec qui il était en lien au moment de sa perte de connaissance. Il se découvre en retrouvant par la sensation tactile la scène perdue qui s'actualise alors pour lui.

9

Se mettre derrière son patient et le suivre, dans un état de régression suffisant, cela évoque davantage le setting de la cure que celui du face à face, souvent propice à une position plus active. On voit bien comment ce qui vaut pour les somnambules au Moi endormi peut valoir pour les hystériques, mais *on s'imagine moins bien suivre pas à pas à journée faite un état limite dans son quotidien et ses promenades*. Très vite on imagine qu'il se retournerait, nous poserait en face de lui et nous entraînerait à *jouer avec lui la scène* qui ne cesse de se répéter dans son existence ! A moins qu'il prenne un malin plaisir à nous promener, comme savent le faire les anorexiques par exemple. Ou qu'il se sente poussé par des êtres mal intentionnés, comme le vivrait un paranoïaque. Ce n'est pas pour autant que l'analogie ne serait pas valable, mais c'est alors souvent en s'écartant un peu, dans l'après-coup de la séance, que nous pourrions nous représenter la scène dans laquelle nous avons été emmenés. Le point de bascule intervient au moment où nous nous disons : «Qu'est-ce qui se joue ici entre nous ? Qu'est-ce qui se passe en moi ? Mais qu'est-ce qui m'a pris de faire ou dire ceci ou cela». Lorsque – derrière son patient – on occupe une place moins déterminée et que le passage d'une scène à l'autre est facilité par le relâchement du processus secondaire au profit du processus primaire il arrive que ce pas de côté se produise dans la séance même. Lorsque par contre il y a des éléments traumatiques dans l'histoire du patient, lorsque le moi a été débordé par un excès d'excitation, la mise en acte nous mobilise davantage et c'est alors seulement dans le temps

IO

de la supervision, de l'échange ou de l'écriture après-coup que peut se faire ce travail de déprise. La supervision est donc essentielle, non comme lieu de contrôle, mais comme scène marginale, permettant d'entendre, dans l'après coup, ce qui se joue sur la scène centrale, celle de la relation entre les protagonistes de la séance. Ainsi dans la situation présentée plus haut, c'est le passage par l'expression d'un jugement dans la séance de supervision, entraînant en écho le jugement du superviseur, qui a permis d'entendre la jugement sans appel de la patiente sur ce qui avait pu la retenir dans la situation traumatique. Levait-elle la main pour aller aux toilettes au moment du cours d'anglais ? Aurait-elle ressenti une excitation analogue à celle suscitée par les scènes auxquelles elle assistait passivement ? Et le reproche qu'elle se ferait toute sa vie si elle devait, en séance, faire l'expérience de cette scène sans que sa représentation en soit immédiatement effacée. «Pourquoi ne va-t-elle pas ailleurs si cela ne lui convient pas ?» se demande la thérapeute, sans entendre que cette question concerne la psychothérapie. «Un être avec une conscience errante doit guetter un autre, caché, enfoui, endormi » (Bizub, p.98). C'est cette place qu'occupe le médecin avec Bazeilles, le thérapeute avec son patient, celle d'un être avec une conscience errante en guettant un autre, jusqu'à ce que le patient en retrouve, et surtout en reconnaisse et accepte la trace dans son propre inconscient. Le plus souvent, la redécouverte de *l'autre moi* est due à un accident. Proust écrit : «Et c'est ainsi qu'il y a des heures de notre vie qui ne ressusciteront jamais. C'est que cet objet est si petit, si perdu dans le monde, il y a si peu de chances pour qu'il se trouve sur notre chemin.» (Contre Sainte-Beuve, p.211). «Hélas ! parfois l'objet, nous le rencontrons, la sensation perdue nous fait tressaillir, mais le temps est trop lointain, nous ne pouvons pas nommer la sensation, elle ne ressuscite pas » (Ibid p.214). Une expérience toutefois suffit, pour que soit retrouvé le temps qu'on croyait perdu.

Avec Jean-Claude Rolland: «C'est en pensant à cette scène en marge que vous avez pensé à... »

La psychanalyse crée des conditions favorisant le *trouver* – *retrouver* de l'objet. Elle n'est pas le lieu unique où cela se produit,

mais l'espace analytique est un lieu privilégié, favorisant que cela puisse se passer : parce que le silence de l'analyste et sa disponibilité à se prêter comme l'objet de la pulsion en favorise la recherche; parce que l'interprétation lèvera les résistances du moi qui s'opposeraient à la résurrection de l'objet; mais encore et surtout parce qu'on y rapprochera des éléments qui, chacun pris en lui-même n'aurait pas été assez fort pour que ressurgisse ce qui était inaccessible. Jean-Claude Rolland mettant l'accent sur la dimension économique, affirme que le fragment inconscient, «porté par sa charge pulsionnelle, excite, comme désir inconscient ou compulsion de répétition, l'appareil psychique: assez pour induire, dans la vie éveillée un symptôme, dans le sommeil un rêve, et dans la situation analytique une parole; pas assez pour produire, à lui seul, ces formations psychiques. *Les processus qui conduisent à l'accomplissement du désir du rêve, à la réalisation du symptôme et à l'énoncé d'une parole exigent que plusieurs de ces fragments s'associent, cumulent leur charge libidinale et ajustent leurs buts*» (1998, p.180). D'où la nécessité de procéder par analogie, pour qu'une scène vienne se joindre à une autre, et que suffisamment de charge permette la résurrection de l'objet et l'actualisation de la scène dans laquelle s'inscrit le lien entre pulsion et objet. *La parole dans la cure «travaille à rassembler toutes les pensées émanant d'une même représentation but inconsciente; à partir d'un matériau actuel, polymorphe (...) elle procède en écartant ce qui ne s'y rapporte pas, en énonçant tout ce qui pourrait s'y rapporter et en forçant même ce rapport: c'est ce dont témoigne l'analogie».* (1998, pp.180-181). Ramener ainsi des marges vers le centre.

II

Une fois rapprochés par analogie les éléments qui paraissent séparés, la parole de l'analysant pourra réinscrire dans la langue commune la représentation refoulée, la remettre en circulation. Aucune parole étrangère ne peut y suppléer, parce que la parole est acte : dans le même temps où l'énonciation la profère, elle fait subir à la chose énoncée une translation dans le champ psychique. C'est le passage, avant même ce qui passe, qui permet le changement! (1998, p.188)

Pour que l'interprétation puisse se mettre en mots, il est nécessaire de se figurer ce qui se joue dans la relation avec le patient. La scène qui se constitue et qui nous apparaît toujours dans l'après-coup, se rapprochera, le moment venu, d'une autre scène, en s'inscrivant dans un rapport d'analogie avec elle. La re-présentation de la scène peut avoir lieu dans le temps de la séance, mais bien souvent elle se donne à entendre lorsque, dans l'après-coup, elle entre en résonnance avec une autre scène, dans le contexte de la supervision, d'un rêve de l'analyste, de son travail d'écriture. Comme nous le savons, la supervision offre un espace privilégié où s'ouvre une scène, qui entrera en résonnance avec celle qui se joue entre l'analyste et son patient, et ouvrira un *espace entre*, non seulement en raison de ce qu'on y aura compris de la scène centrale, mais en rapport à ce qui se sera joué entre superviseur et supervisé sur cette scène en marge du traitement.

Au début de l'article *Différend, conversion, Interprétation* (1998) Jean-Claude Rolland se demande «comment l'interprétation vient à l'analyste». Lui vient-elle comme une construction, lentement et activement édifiée depuis son expérience analytique et son aptitude à la théoriser avant qu'il ne la suggère avec art à son patient? Ou alors lui serait-elle imposée, à la faveur des automatismes psychiques qui gouvernent la cure, par la déliaison qui travaille, sous l'effet du transfert, le discours associatif?». Jean-Claude Rolland penche pour la deuxième solution, moi aussi. La parole, aussi étrangère à celui qui la reçoit qu'à celui qui l'énonce, exercice intime, «est cette marge où la subjectivité de l'analyste ne pourra jamais s'effacer devant la théorie qui l'institue comme telle»(p.148). Si l'on peut interpréter, c'est qu'on a la conviction que ça parle et que ça se répète et que bien que ça vienne d'avant la parole ça peut être accroché par les mots. Interpréter c'est recueillir avec des mots ce qui est resté pris en-deça des mots, ce que le ça ne peut lâcher mais que le moi ne peut faire sien, qui parfois devra se mettre en acte ou en image, en tous cas se figurer, avant de pouvoir être mis en mots, lorsque soudain un mot s'imposera qui fera lien entre les différentes scènes.

Je veux prendre un exemple de cette manière d'interpréter, non chez Jean-Claude Rolland, mais chez François Gantheret, dans son magnifique article *Traces et chair* (Moi, Monde, Mot, p.178), où l'on voit que, comme pour notre sergent Bazeilles, quand quelque-chose s'ouvre, ce n'est pas du passé vu du présent, mais du passé présent dans le présent lorsque deux scènes se rencontrent. Le mot, tel la canne de Bazeilles, se prête à porter des traces à notre insu, alors même qu'il mène une vie actuelle (p201), c'est là que la trace est vivante.

Un homme hésite à venir à sa séance, c'est trop ardu, trop dur... Il répète encore : trop ardu. L'analyste est accablé, a des pensées méchantes, et se répète, dur, rude, ardu... Il est irrité, se demande ce qui l'irrite, se dit que s'il est irrité ici en ce moment, c'est que c'est présent ici en ce moment ce qui l'irrite, et puis sa pensée digresse, il pense à la peinture, à Renoir, et se dit avec un ricanement, que là maintenant, question peinture c'est noir sur noir, et le patient répète encore : c'est trop ardu ! Alors l'analyste reprend le mot, tel Mesnet ramassant la canne de Bazeilles : «*Ardu ?*» Le mot résonne, coupé de ses connexions habituelles. Après un temps le patient dit «C'est curieux, quand vous avez prononcé ce mot je l'ai entendu comme dans mon enfance, en Bretagne. En breton «du» signifie le noir.» L'analyste est pris d'un vertige, il a passé par le noir et le Re-noir. Et puis il le savait que «du» signifie noir. Des amis bretons. Le patient associe, sa mère qu'il a aperçue nue dans la salle de bain, le noir au bas de son ventre. Apparaît alors la chair du signifiant, les traces dont il est porteur à l'insu du patient.

La mise en acte : une scène marginale ?

La psychanalyse, telle qu'elle nous fut léguée par Freud, a d'abord été une « cure de parole ». Toutefois, après avoir en 1910 affirmé que le nom de psychanalyse ne s'applique qu'aux procédés où l'intensité du transfert est utilisée contre les résis-

tances³, dès 1914 Freud affirme que «le patient n'a aucun souvenir, ne se remémore absolument rien de ce qui est oublié et refoulé, il l'agit. Il ne le reproduit pas sous forme de souvenir mais sous forme d'acte, il le répète, naturellement sans savoir qu'il le répète. (...) Nous remarquons bientôt que le transfert n'est lui-même qu'un fragment de répétition et que la répétition est le transfert du passé oublié, non seulement sur le médecin mais également sur tous les autres domaines de la situation présente.»⁴ Ce faisant le patient ouvre des scènes entre lesquelles pourra s'engager un travail de symbolisation. L'analyse alors se fait entre mise en acte et mise en mots, entre répétition agie et re-présentation par la parole. La mise en acte ainsi comprise n'est pas entrave au travail, mais sa condition même.

À tout moment l'analysant utilise le canal de l'agir pour envoyer des messages infra-verbaux, ne serait-ce que parce qu'en lui parle l'infantile, un infantile auquel il n'a pas d'accès conscient. L'analyste répond aussi en utilisant ce canal. Parfois à son insu. Ainsi, s'il y a des mises en acte dans la vie du patient, il y a aussi ce que Jacqueline Godfrind et Maurice Haber ont théorisé en le nommant *expérience agie partagée*, dans leur rapport au Congrès des Psychanalystes de langue française de 2002. Ils interrogent ce qui, des «manifestations agies» de l'analyste, s'inscrit dans le processus inconscient de la cure que, dans un après-coup, il faudra interpréter⁵. La répétition agie peut comporter une part défensive contre la prise de conscience de la réalité traumatique de l'objet et contre le sexuel infantile, mais c'est aussi le seul moyen d'expression d'un sujet qui n'a pu être-là dans ça qui lui est arrivé. L'expérience agie partagée est la mise en scène de ce qui n'a jamais fait l'objet de fantasme, parce que le moi n'était pas là ou mis hors jeu, en raison de la précocité ou de la

³ Freud Sigmund (1910) *De la psychanalyse sauvage*, trad. coll. in Oeuvres complètes, X, Paris, Presses Universitaires de France, 1993.

⁴ Freud Sigmund (1914) *Remémoration, répétition et perlaboration*, in La Technique Psychanalytique, Puf, Paris, 1953, pp.108-129.

⁵ Godfrind-Haber Jacqueline et Haber Maurice, *L'expérience agie partagée*, PUF, Revue française de psychanalyse 2002/5 - Vol. 66, pages 1417 à 1460.

violence du mouvement pulsionnel. La mise en acte agit l'infantile, répète l'absentéisation du moi, actualise l'en-deçà des désirs et fantasmes inconscients. Lorsque ça se manifeste, on ne peut s'épargner de recevoir l'impact des agirs pour en assurer la métabolisation psychique. C'est à travers l'échange agi inconscient que s'engage le travail élaboratif. L'acte d'interprétation intervient ensuite, et commence par un acte de dégagement (sous l'égide de la pulsion anarchiste – usage de la pulsion de mort au service de la vie – détournement de son but destructeur) qui, revenant sur l'échange agi, permet un gain de symbolisation. C'est l'alternance entre les moments d'échange agi et leur psychisation par l'analyste qui est susceptible d'entamer progressivement l'étanchéité des clivages.

15

Pour faire une interprétation il faut au moins deux scènes. Classiquement, le rêve et ce qui se joue dans l'espace analytique entre patient et analyste, scènes privilégiées puisque toutes deux ont ceci de commun, que ce qui s'y joue est vrai mais pas réel et que la satisfaction est refusée dans la réalité. Dans la situation de supervision présentée plus haut, où il s'agissait de la psychothérapie avec une patiente au vécu infantile traumatique, les scènes étaient plus nombreuses, chacune recelant un indice de ce qui était en train de se jouer. Notre regard a tout à tour été attiré par plusieurs scènes, qui, prises isolément, ou même successivement, ne nous disaient rien: le souvenir de ce moment que la patiente «se reprocherait toute sa vie», trop banal pour justifier un tel jugement, rapproché de mon jugement redoublant celui de la thérapeute, nous ont permis d'entendre le sentiment de cupabilité lié à l'excitation, puis de le rapprocher de la scène traumatique qu'étrangement la thérapeute et moi avons «oubliée», que nous avons retrouvée à partir du reproche, et dont nous avons alors pu entendre l'actualité dans la relation transférentielle en portant notre attention sur une autre scène, apparemment marginale, celle où la patiente laisse sa fille en salle d'attente sans rien en dire. Traitant cet acte comme un rêve, nous nous sommes alors aperçues qu'une petite fille dont il n'était pas question en séance était laissée en dehors de la scène psychothérapeutique, et qu'elle pourrait se reprocher toute sa

vie l'excitation que lui procureraient les séances si elle était vraiment là.

Pour faire une interprétation qui ouvre sur une transformation, il faut que le thérapeute et son patient puissent occuper deux lieux: d'une part la scène sur laquelle le scénario infantile est interprété et le passé oublié mis en acte; d'autre part le siège du spectateur assistant au spectacle, pour reprendre la métaphore du théâtre. Il faut toujours deux temps pour parvenir à une interprétation: celui de la mise en acte et celui de la mise en mot. Le coup et l'après-coup. Entre deux, la prise en compte de l'effet sur les protagonistes de ce qui se met en scène.

16

L'ouverture du second temps, du temps de la représentation, commence souvent par ce retour du thérapeute qui se dit: «mais qu'est-ce que j'ai fait là!». C'est le moment où, mal pris, débordé, endormi, ou alors simplement stimulé, excité, étonné, pris par quelque-chose d'inhabituel en tous cas, agissant – sans forcément quitter sa place – comme la thérapeute dont il était question plus haut – en émettant en supervision des jugements sur sa patiente – on fait un pas en arrière et on se demande: *qu'est ce qui se joue là entre nous?* Moment essentiel à mon sens, et auquel je suis toujours *très attentive dans le travail de supervision*. Lorsque le thérapeute se reproche d'avoir fait ceci ou cela, ose à peine me l'avouer, je me dis: «qu'est-ce qui se met en acte entre eux deux, qui ne peut encore se mettre en mots?» Je pars de l'à-priori que les thérapeutes font rarement des erreurs, mais restent souvent pris dans des interventions qu'ils ne parviennent à reprendre, faute de ce second temps, parfois simplement faute de temps, et jouent alors le jeu de la résistance du patient.

La mise en acte passe par une suspension de l'activité du moi conscient, comme le rêve, comme le somnambulisme à la frontière entre les deux. Pour autant qu'il y ait perlaboration symbolisante, permettant une reprise par le moi et une appropriation subjectivante, cela permet un élargissement de la réalité psychique. Il revient à l'analyste d'élaborer cette répétition agie, mais il ne pourra le faire qu'après la résolution d'un temps de

suspens au cours duquel il ne peut que subir. Les récents travaux présentés au congrès des psychanalystes de langue française 2016 sur «Le Moi inconscient»⁶ nous inviteraient toutefois à penser que dans la mise en acte elle-même, donnant accès à l'infantile, le moi inconscient aurait une fonction élaborative, et soutiendrait le processus. Ainsi, si l'acte posé par l'analyste prend valeur de premier pas de l'interprétation, ce serait non seulement parce qu'il ouvre sur sa reprise après-coup mais parce qu'il participe d'une scène qui, telle la scène du rêve, élabore le vécu traumatique.

En résumé: on peut se figurer le premier temps comme un temps où le thérapeute se laisse convoquer par son patient sur la scène de l'infantile, pour mettre en scène ce qui se joue avant que la parole puisse advenir. Même s'ils utilisent des mots, échangent, font des récits, c'est analogue aux mots du rêve, ce n'est pas encore la parole, qui surviendra lorsque, d'un autre lieu, on se dégage du plateau pour mettre en relation différentes scènes et que le Moi peut prendre acte de ce qui se joue. Plutôt qu'un deuxième lieu, c'est alors d'un troisième lieu qu'il faudrait parler, celui où deux scènes au moins entrent dans un rapport d'analogie et où s'ouvre un espace de symbolisation possible lorsqu'elles sont considérées d'un lieu tiers.

L'agir peut être agent de court circuit de la mentalisation et rendre l'analyse infinie, quand il y a collusion et que cela passe inaperçu à l'analyste. En effet dans la mise en acte il y a coalescence moi-pulsion (selon l'expression de Green). Mais néanmoins un certain échange agi est nécessaire. Lorsqu'un acte du patient – ou alors un échange agi partagé – vient me surprendre dans le cours d'un traitement, je me dis: «*imaginons que ce soit un rêve du patient rapporté en séance...*» Imaginons le Moi endormi, imaginons qu'il se tient en marge pour reprendre après-coup le mouvement pulsionnel. C'est un peu comme ramener de l'autre

⁶ En particulier le rapport de Michèle Van Lysebeth-Ledent, *Le travail onirique du moi inconscient*

côté de l'écran ce qui en est sorti. Alors le Moi reprend sa place dans la salle de cinéma!

Le travail commence dès la mise en acte, mais il faut, pour que ce travail trouve sa pleine capacité de transformation, qu'advienne l'interprétation, tiers qui met un terme au caractère duel de l'échange agi et produit un effet de rupture. Donc, quand on se dit : «qu'est-ce que j'ai fait là ?» on est sur le bon chemin! On peut alors se dire : «et si je considérais cela comme un rêve, invitant alors le moi à reprendre la scène, comme si la réalité agie par le ça prolongeait le désir du patient.

18

Donc le bon temps de l'interprétation, c'est quand la scène s'est jouée. Surtout, si l'on en croit Jean-Claude Rolland⁷, qui affirme que mettre en mots, parler, engage le mouvement de renoncement au lien mélancolique à l'objet : lui redonnant vie on abandonne l'objet figé en soi. Mais pour que cela puisse avoir lieu, pour que l'interprétation permette de renoncer, il faut que l'objet ait été re-trouvé dans la relation transférentielle. Quand le patient ne peut se souvenir, parce qu'il n'était pas là pour que ça ait lieu en lui, «la seule façon de se souvenir est que le patient fasse pour la première fois, dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de la chose passée» (Winnicott, 1989, p.212). Ce n'est pas alors simple répétition, où ça se répèterait sans sujet, mais équivalent de la remémoration.

Conclusion

Freud abandonne les somnambules mais pas ce qui se joue dans le sommeil, il s'intéresse aux rêves, voie royale comme on sait, pour découvrir la face cachée, inconsciente. À la scène du rêve s'en adjoindra une autre, celle du transfert, dans un cadre favorisant le fait de trouver chez le thérapeute le petit trait qui permettra de ressusciter l'objet. Si les rêves et l'agir transférentiel constituent un matériel privilégié, c'est sans doute parce qu'ils

⁷ Parler Renoncer, in Rolland (2006) pp115-141.

permettent de dire sans savoir ce que l'on dit et de trouver l'objet au détour du chemin, sans qu'on s'y attende.

Pour du rêve ou de l'acte passer à l'interprétation, il faut la conviction, du côté du thérapeute, que tout ce que dit et fait le patient s'adresse à lui, l'objet de sa recherche: ce qu'il lui dit de sa vie et de ses rêves, ce qu'il joue sans le lui dire. Alors avec le contre transfert pour guide il va, tout en se laissant convoquer sur la scène principale, celle où se joue transfert et contre-transfert, être attentif à ce qui parallèlement se joue sur d'autres scènes et aux rapports de ces scènes avec la scène centrale. C'est dans ce rapport que s'ouvre l'espace de symbolisation, lorsqu'un petit trait, un mot, un élément permettra de relier deux scènes dans un rapport d'analogie, (ardu, c'est noir!). Une nouvelle scène se met en place, qui entrera en analogie avec une autre scène. Un processus est alors à l'œuvre. ●