

IDENTIFIER, S'IDENTIFIER : REPERES DE L'IDENTIFICATION DANS LA CURE

Sylvie FAURE PRAGIER

RESUME

Comment les différents modes d'identification hystériques, narcissiques et projectives s'articulent dans la pratique analytique et quelles dispositions techniques prendre et selon qu'il s'agit de la prévalence de tel ou tel mode? Quelle disposition prendre aussi lorsque, par exemple, une identification narcissique ponctuelle s'exerce chez un sujet capable d'identification hystérique?

1- Dans la cure classique, donc avec des patients chez qui l'identification hystérique constitue le mode principale de fonctionnement, il y a lieu de s'imposer une observance stricte du cadre classique; de refuser de se montrer complice ou séduit, d'être vigilant en évitant les approbations indirectes dans les interventions et en veillant à la sobriété des interjections et lors de l'accompagnement.

2- Dans les cas difficiles où l'identification narcissique est prévalente, le thérapeute est entraîné dans une écrasante relation duelle.

Si des aménagements technique sont souvent proposés par les auteurs qui s'y sont intéresser. Ces aménagements visent à permettre la réussite de l'interjection du bon objet.

MOTS CLES : IDENTIFICATION, IDENTIFICATION DANS LA CURE, AMENAGEMENTS TECHNIQUES.

Ce travail a été proposé à l'élaboration d'un groupe de réflexion clinique, qui l'a suscité, en a permis le développement et que je veux remercier ici pour la part importante qu'il a prise à cet effort de clarification. Stimulés par les différentes conférences qui traitaient de l'identification, nous avons voulu préciser comment ses différents modes, narcissique, hystérique, projective, s'articulaient à notre pratique analytique. Pouvaient-ils être repérés dans la cure ? Étaient-ils susceptibles de remaniement ? La perception de certains types d'identification narcissique devait-elle conduire l'analyste à adopter des modifications de la technique ? Il nous parut indispensable de situer l'analyste et le patient dans une conception générale de l'identification afin d'éviter les querelles théoriques et d'adapter un projet thérapeutique original à chaque cas singulier.

Aussi ne s'agit-il pas de faire ici, bien sûr, la théorie de l'identification, mais de proposer quelques repères destinés à stimuler notre effort quotidien de théorisation sur notre pratique.

L'identification paraît d'emblée liée à la relation à l'objet dont elle est le complément nécessaire et qui la définit donc indirectement.

Lorsqu'il existe des possibilités de *choix objectal*, l'identification semble un progrès qui permet de renoncer à l'objet, en s'identifiant d'abord à lui par identification hystérique, puis en intériorisant seulement certaines de ses qualités : c'est alors l'identification post-oedipienne, idéal de la cure.

Au contraire, lorsque les difficultés des premières relations objectales empêchent cette évolution, *le choix d'objet reste narcissique* et l'identification narcissique est la conséquence d'une régression devant la frustration. Celle-ci tente de libérer le moi de la servitude à l'objet en recherchant une complétude identificatoire. Cette identification est donc un mécanisme inverse du précédent. Sa survenue rend l'analyse classique aléatoire et conduit certains analystes à proposer des aménagements dans la cure des patients qui souffrent de telles difficultés narcissiques.

Rappelons que *Freud distinguait déjà ces deux types de choix d'objet*.

Dans le *choix narcissique*, l'objet est pour le sujet ce qu'il est lui-même, ce qu'il a été, ce qu'il aimerait être, ou ce qui a autrefois fait partie de lui. Il y oppose le *choix "anaclitique"*, qui est l'amorce du choix objectal. L'objet est recherché pour les qualités qu'il dispense au sujet. Les prototypes en sont la femme qui soigne ou l'homme qui protège.

Il s'agit d'une distinction très schématique et en pratique tout choix objectal peut être infiltré de compensation et récupération narcissique, au moins de la part de l'objet: si on soigne ou si on protège, c'est dans l'espoir d'un gain narcissique pour soi-même, (correspondre à son idéal de père ou mère bons) ou par identification (narcissique) à l'objet que l'on traite ainsi.

On peut cependant distinguer dans la pratique analytique les patients capables d'un choix objectal c'est-à-dire d'identifications au moins hystériques ou prégénitales, de ceux chez lesquels l'identification narcissique est le mode principal de fonctionnement.

I- L'IDENTIFICATION DANS LA CURE CLASSIQUE.

Tandis que le transfert déploie son jeu de projections, de scénarios et d'imagos parentales, le patient se remémore et reproduit différentes modalités d'identification. Sous l'influence de la situation analytique et de la frustration, il se produit une régression à des modes précoces d'identification. La cure permet de les élaborer et d'en comprendre le rôle dans la constitution du Moi, du Surmoi et de l'Idéal du moi, sous l'influence des sollicitations pulsionnelles.

La demande d'analyse, qui se sous-tend d'une demande d'amour, entraîne habituellement, sous l'influence de la frustration par l'analyste, la régression à un mode d'identification prégénitale. Celui-ci est marqué par le désir de plaire, s'adressant d'abord à la mère omnipotente. Le fantasme de la possibilité de réaliser ce désir conduit à s'identifier au désir de la mère. Lorsque ce fantasme est entravé par le caractère traumatique des blessures de la toute puissance, cette identification échoue, et l'identification narcissi-

que devient la seule issue. Sinon le fantasme sous-tend le désir de correspondre exactement à l'attente de l'autre. *Se conformer parfaitement au désir supposé de l'analyste ?* Un tel temps marque habituellement le déroulement de la cure.

A ce stade, le processus serait bloqué si l'analyste laissait le patient croire à la réussite de cet effort. Refuser de se montrer complice ou séduit permet au patient d'abandonner ensuite cet espoir au profit de *l'identification à l'analyste*, ultime défense contre la déception qui s'impose. Cette identification régressive à l'objet perdu compense alors l'échec objectal. L'enjeu est alors l'appropriation narcissique magique de la toute puissance attribuée à celui-ci. Le summum de ce mouvement identificatoire aboutit au désir de devenir soi-même analyste (qui s'analyse, bien sûr, mais on sait bien...) Ce désir narcissique représente le fantasme d'acquérir ainsi la toute puissance magique projetée sur l'analyste. Le terme de ce mouvement peut alors prendre le mode de l'identification hystérique: il s'agit de devenir comme l'analyste, prendre sa place en quelque sorte. La relation triangulaire est alors érotisée, l'analyste pouvant représenter le rival sur lequel triompher. Accepter de terminer l'analyse dans ces conditions maintiendrait le patient dans une réalisation oedipienne culpabilisante et inhibante voire dans un triomphe pervers.

L'issue sera l'identification non plus à la personne de l'analyste mais à ses qualités, à la fonction d'analyste. *Cette identification post-oedipienne* comporte un renoncement que la castration symbolise généralement.

L'identification prégénitale au désir de l'analyste renverrait le patient dans le passé. Ce qu'il voulait retrouver, c'est l'amour des premiers temps, celui dont il rêvait, la séduction imaginaire de l'objet.

L'identification post-oedipienne permet d'accepter un avenir qui différera du passé. Un projet s'y exprime, tenant compte de la réalité où il se développe. L'Idéal du Moi cesse d'être le rêve de la toute puissance infantile. Il devient un but possible, atteignable et alors sans cesse projeté plus en avant.

L'écart nécessaire toujours persistant entre le nouvel idéal et sa réalisation permet le plaisir de fonctionner, et exprime le reste d'un vœu narcissique, jamais complètement délaissé, de rencontre entre l'Idéal et le Moi.

Lors du mouvement d'identification narcissique à la toute puissance projetée sur l'analyste, il est souhaitable que celui-ci ne confirme pas, dans la réalité, ce fantasme. *Le respect du cadre* et en particulier du temps de séance, semble capital. Le cadre, expression d'une règle connue et acceptée par l'analyste aussi bien que par le patient, situe la loi comme tiers excluant la mégalomanie, si l'analyste conserve un pouvoir discrétionnaire, alors, comme l'a montré F. Pasche, la seule issue pour le patient reste l'identification régressive à la personne de l'analyste, mode d'identification à l'agresseur: le patient, s'il veut éviter la dépression, devra devenir lui-même un analyste identique au sien.

Confronté à l'*identification prégénitale* au désir de l'autre, l'analyste doit éviter soigneusement toute séduction complice du patient qui fonderait la "communauté du déni" qu'évoque M. Fain. Il est souhaitable d'être très vigilant en évitant les approbations indirectes dans les interventions, en veillant à la sobriété des interjections elles-mêmes et lors de l'accompagnement du patient avant et après la séance. Quelques "hums" optimistes peuvent suffire à enliser un patient dans cette soumission excluant le tiers et bloquer tout progrès, pour peu que l'analyste contre-transférentiellement, ne craigne de "frustrer" gravement son client. Ici l'attitude doit rester très neutre et sobre de manifestation, toute approbation tacite bloquant la nécessité de renoncer à ces gratifications. Peut-être faut-il voir là une raison de la prolongation fréquente des cures: *la demande d'identification, doit rester sans réponse* pour que le sujet, seul, choisisse son identité. C'est là qu'on peut situer l'importance, souvent mal comprise, du "non désir de guérir".

On voit que dans ces cas "classiques" le patient peut, tour à tour, projeter le rêve de satisfaire au désir de la mère, se heurter à la déception, et s'identifier alors *non plus au désir de celle-ci, mais à l'objet de ce désir*: le père. Cette identification hystéri-

que au rival, compliquée par la bisexualité, peut évoluer dans la cure, aboutissant à l'introjection de la fonction analysante.

Dans la pratique, le désir identificatoire est parfois complexe. Ainsi Hélène, peintre, s'occupe d'ateliers d'enfants. En analyse pour une dépression dont un premier épisode est survenu dans l'enfance et qu'elle rattache au voeu de mort de sa mère qui souhaitait avorter, elle fait preuve d'investissements hystériques souvent solides et de bonnes capacités sublimatoires. Au cours de l'analyse se développe un désir de devenir psychothérapeute et analyste. Puis, elle prend conscience de son amour déçu pour sa mère, que cachait l'hostilité. Quatrième et dernier enfant, elle fut conçue après un premier avortement de sa mère. Son père empêche celle-ci de récidiver, mais la patiente apprendra très tôt qu'elle lui doit la vie, sans en prendre conscience, ayant elle-même trois enfants, elle ne peut supporter sa quatrième grossesse et provoque une manoeuvre abortive dont elle se culpabilise encore dix ans après: elle semble s'être identifiée à sa mère en avortant, comme elle, du quatrième enfant. En outre, celui-ci, s'il était né, aurait été situé à la même place qu'elle. Elle projetait donc sur lui l'immense agressivité qu'elle ressentait et qu'elle n'a pu affronter.

La prise de conscience de ce mécanisme d'identification narcissique à la mère, comme à l'analyste dont elle veut capter la fonction analysante, permet le dégagement de cette position. La patiente peut alors abandonner le projet de faire des psychanalyses qui ne l'intéressent plus tellement et réinvestir ses activités picturales. Vers la fin de la cure, détendue et sereine, elle m'en parle souvent: "je suis heureuse que vous m'ayiez transmis les capacités d'analyse, et je dois essayer de vous transmettre aussi mon amour pour la couleur". En terminant la cure, elle évoque son désir de profiter des vacances pour faire un buste de Freud. Elle a déjà peint quelques portraits, elle veut sculpter maintenant et m'explique son nouveau projet: "j'ai renoncé à être comme vous. Je veux développer mes propres capacités. Je sais que Freud représente certainement mon père et votre mari, mais ce que je veux faire sera mon oeuvre. Ce sera un objet tiers entre nous, inspiré par l'analyse mais créé par moi, quelque chose qui

me restera de vous après vous et qui sera témoin de ma capacité (nouvelle) à sculpter".

2. L'IDENTIFICATION DANS LES CAS « DIFFICILES »

Encore faut-il pour évoluer ainsi que le fantasme d'être objet parfait du désir de l'autre ait pu se donner libre cours, installant pour le sujet un espace psychique où se développe une activité onirique et imaginaire. P. Marty parlerait de l'épaisseur du préconscient. En l'absence de telles possibilités, l'analyste se trouve dans les cas difficiles où *l'identification narcissique est prévalente*.

On peut situer ainsi les patients - dont parle M. de M'Uzan - qui ne sont pas capables de névrose de transfert. Il n'y a pas de "roman" analytique possible parce que tout se passe "réellement". La relation est duelle, non triangulée: pas de tiers, donc pas de désir mais une exigence, un besoin s'adressant directement et "vraiment" à l'analyste.

Personnalités caractérielles, narcissiques, malades psychosomatiques, déprimés, psychotiques, ces patients nous entraînent dans une écrasante *relation duelle*.

Celle-ci témoigne de l'échec de l'identification narcissique, de l'impossibilité de l'introjection d'une "bonne" imago à cause de l'importance des pulsions agressives et de l'incapacité qu'à eu l'objet réel d'apaiser le sujet. Le Moi est alors dans une situation inconfortable qui le fait souffrir et entrave son autonomie. Il cherche à apaiser son angoisse - comme le montre P. Luquet - en reprojétant l'imago sur les objets réels. Ceux-ci ne répondent pas parfaitement à son exigence, qui est absolue, et la déception se poursuit.

Différentes structures peuvent apparaître alors selon les modalités de recherche d'apaisement dans la relation à l'objet réel que figure alors l'analyste dans sa réalité.

Nous n'évoquerons pas les troubles psychosomatiques ou psychotiques qui, en principe, échappent aux indications de

l'analyse. L'extension de celles-ci aboutissent en revanche assez souvent aux problèmes narcissiques qui conduisent à *situer le sujet par rapport à l'objet dans une relation duelle*.

- Soit qu'il tente d'agir sur lui pour obtenir l'apaisement, se trouvant alors très dépendant de l'objet: c'est le cas des personnalités dites "orales"

- soit qu'il désespère de l'objet: le sujet peut alors surinvestir son désir d'indépendance (personnalités narcissiques), introjecter durablement une imago mauvaise (dépression), ou érotiser la souffrance de ce lien (le masochisme le défend alors contre la dépression).

- Enfin il peut dénier son échec, affirmer le succès de son identification à l'objet de l'objet: c'est la position perverse dont on sait que sa réussite échappe à notre pratique analytique.

Les précédents types de relation se rencontrent souvent d'emblée. Mais ils peuvent survenir aussi au décours d'une période d'analyse plus classique, l'analyse des troubles oedipiens laissant apparaître par exemple une dépression profonde.

Les auteurs qui s'y sont intéressé proposent des adaptations techniques visant à permettre la réussite de l'introjection d'un (bon) objet.

Face aux patients qui exigent une réassurance constante, P. Luquet conseille d'éviter l'alternative entre une soumission sans fin aux exigences du patient qui bloquerait le processus, et un refus qui entraînerait la rupture. Le patient pourrait aussi déplacer la demande sur une relation latérale mettant "hors-jeu" l'analyste pour éviter le conflit. Il propose de frustrer le besoin de réassurance tout en l'interprétant systématiquement pour offrir ainsi une "compensation" permettant l'apaisement du sujet et la survenue de l'introjection.

Chez les déprimés, A. Jeanneau a montré l'impossibilité de l'introjection et le désespoir qu'elle entraîne. Le manque d'amour inconditionnel de la mère a conduit le sujet à tenter de s'identifier non pas à une bonne mère qui l'aimerait mais à l'idéal

abstrait que celle-ci lui propose. Or, il est nécessaire de s'identifier à quelqu'un ayant un projet pour soi et non au projet lui-même. L'identification se produit alors à la mère mécontente et le sujet devient celui dont elle est mécontente (clivage). Le mécanisme mélancolique décrit par Freud et l'expulsion sadique montrée par K. Abraham seraient alors des conséquences (et non plus des causes) de l'absence du bon objet interne. La mauvaise qualité du narcissisme secondaire renvoie au rêve du narcissisme primaire qui impose la paix dans la mort, ou la possession immédiate d'un objet apaisant (toxicomanie) ou la maîtrise absolue du mauvais objet identifié au corps (anorexie mentale).

L'analyste ne peut interpréter, car le refoulement n'est pas en cause, mais seulement s'intéresser au fonctionnement mental, comme l'a montré aussi E. Jacobson. L'attitude peut se rapprocher de celle que propose Kohut à l'égard des personnalités narcissiques et qui autorise le développement du transfert idéalisé sans le gêner en l'interprétant. Que l'analyste accepte cette imago idéalisée permet au patient de s'identifier à elle, puis de s'en détacher. L'attitude est la même devant les personnalités narcissiques où doit s'effectuer "un déplacement progressif de l'omnipotence et de l'invulnérabilité du Soi grandiose à l'omnipotence et invulnérabilité d'un objet idéalisé" (Kohut).

Il s'agit là de techniques délicates où les anglo-saxons semblent assez à l'aise. S'agit-il encore de psychanalyse lorsqu'on parle de "New-Begining", de "faire advenir ce qui n'est jamais advenu" ou, comme on peut en faire la critique, de "psychanalyse au négatif" (G. Rosolato) ?

Il est vrai que le père semble le grand absent de ces théorisations, mais sans doute ce type de patient est-il porteur d'une faille narcissique trop grave pour qu'une névrose de transfert soit possible.

Cette analyse du narcissisme est d'autant plus difficile que sa nécessité n'apparaît pas toujours d'emblée. On peut s'y trouver confronté dans une cure où l'aspect névrotique paraissait au premier plan. J'en donnerai un exemple en guise de conclusion.

Estelle, après une longue psychothérapie inefficace, entreprend une analyse pour une grave symptomatologie phobique: claustro et agoraphobie. Elle ne peut s'éloigner de plus de 50 kms de chez elle en l'absence d'un solide objet contra-phobique adulte.

Divorcée rapidement, sa vie affective est marquée de frustrations répétées. Des problèmes oedipiens majeurs se proposent d'emblée: mère adorée, puis haïe quand elle la surprend dans les bras d'un amant, rivalité avec une soeur aînée, rejet apparent d'un père décrit comme médiocre, écrasé par sa femme. Elle se réconcilie avec lui en découvrant pendant l'analyse la véracité de son roman familial: elle n'est pas la fille de celui dont elle porte le nom, mais celle d'un amant, homme lointain et prestigieux.

Les découvertes réelles ne modifient en rien la fantasmatisation; le matériel, pourtant riche, ne provoque aucun insight. Les interprétations sont écoutées poliment: c'est ma voix surtout qu'elle a besoin d'entendre. La névrose de transfert ne se constitue pas: malgré - ou à cause - de l'importance des représentations violentes et traumatiques, Estelle n'en fait pas un récit mais les répète sans modification. Non seulement elle ne peut recréer "une histoire", ni ne tente d'en comprendre le sens, mais au contraire elle veut surtout, de ses souvenirs, me démontrer "la vérité". Tout est arrivé de l'extérieur, rien n'est lié à elle. Le transfert est, consciemment, mis "hors-jeu": "Comment voulez-vous que je m'attache à vous? J'aurais alors un besoin dévorant de votre présence, et je ne pourrai pas le satisfaire".

J'y ai vu d'abord une défense contre le transfert. En fait, c'était plutôt l'expression du caractère narcissique de sa personnalité.

Après un an environ, voilà qu'elle arrive portant une robe neuve. Très élégante, bien que peu fortunée, elle en achetait une à chaque saison, chère, et la portait tous les jours.

Cette robe est orange, violente, superbe. S'étendant sur le divan, elle remarque, avec surprise, son exacte similitude avec

celle que porte, sur un tableau suspendu devant elle, une jeune femme peinte sur une grande toile: "j'ai acheté la robe de votre bureau ", s'étonne-t-elle.

L'achat de cette robe m'éclaire sur le caractère narcissique de son transfert: ne pouvant m'aimer, me prendre comme objet car je suis trop peu dominable, elle a choisi de s'identifier à moi, d'être moi à travers le cadre qui m'entoure.

Ainsi se voulait-elle aussi une partie de sa mère et sa phobie était-elle avant tout l'expression de la nécessité de ne pas s'éloigner de son orbite pour ne pas le perdre. Les multiples séparations qu'elle avait subies précocement, lors des aventures de sa mère, malgré un certain frayage hystérique, avaient provoqué une régression à un état de besoin narcissique qui devait être analysé avant que l'on puisse s'intéresser au conflit génital. La triangulation oedipienne nécessitait, pour être interprétée, la réussite préalable d'une identification narcissique qui lui donnerait une sécurité suffisante pour qu'elle puisse s'interroger sur son désir au lieu d'absorber toute son énergie à satisfaire son besoin contraignant de présence réelle.

مؤشرات حول التماثل أثناء العلاج

ملخص

كيف تتفاعل أنماط التماثل - هستيرية، نرجسية وإسقاطية - أثناء العلاج و أية إجراءات تقنية يجب إتخاذها في مختلف هذه الحالات؟ أية إجراءات مثلاً يجب إتخاذها حينما يتمظهر تماثل نرجسي عند أشخاص يشكل عندهم النمط الهستيري أسلوب العمل الأساسي؟

1- حينما يتعلق الأمر بالوضعيات الكلاسيكية - أي عندما يشكل أسلوب التماثل الهستيري أسلوب السير المرجعي - فإن ضرورة مراعاة "الإطار" و القواعد التقنية العادية يفرض نفسه و أي تذبذب في هذا الإطار يحق العمل...

2- حينما يتعلق الأمر بالحالات "الصعبة" - أي حيث يشكل التماثل النرجسي أسلوب العمل المرجعي - تقترح عدة تعديلات تقنية.

ترمي هذه التعديلات تسهيل عملية تقمص القصد الجيد.

الكلمات الأساسية: التماثل في العلاج - تعديلات تقنية.