

MELANIE KLEIN

CONTRIBUTION A L'OUVERTURE MULTIMODALE

Par Pierre Van Damme

«Une femme de caractère, avec une espèce de force en partie cachée, par la ruse mais la subtilité...Une dame grisonnante et brusque aux grands yeux clairs et imaginatifs »
Virginia WOOLF

RESUME

Dans l'approche thérapeutique proposée par Gilles Delisle, le dialogue herméneutique entre le thérapeute et le patient doit contribuer à ouvrir des hypothèses créatrices pour éclairer le fond inconscient du patient auquel la seule description phénoménologique ne permet pas d'accéder. Ce dialogue est nourri de différents auteurs issus de la psychanalyse et de la psychologie génétique auxquels se familiarise le thérapeute au fur et à mesure de ses connaissances. Il puise dans ce fond théorique pour éclairer les réalités cliniques diverses qu'il rencontre dans sa pratique. C'est ce que nous appelons l'ouverture multimodale.

J'ai choisi d'approfondir et de présenter Mélanie Klein et de tenter de mieux comprendre la portée essentielle et novatrice de sa pensée. Je montre combien sa pensée évolue, passant d'une théorie pulsionnelle à une théorie plus relationnelle. Je décris des concepts précieux comme l'identification projective et la réparation qu'il conviendrait de mieux exploiter. Une situation clinique vient incarner ces concepts.

Dans cette nouvelle approche thérapeutique de la psychothérapie du lien (Gilles Delisle, 2012), le dialogue herméneutique entre le thérapeute et le patient doit contribuer à ouvrir des hypothèses créatrices pour éclairer le fond inconscient du client dans lequel la seule description phénoménologique ne permet pas d'accéder. Ce dialogue est nourri de différents auteurs issus de la psychanalyse et de la psychologie génétique auxquels se familiarise le thérapeute au fur et à mesure de ses connaissances. Il puise dans ce fond théorique pour éclairer les réalités cliniques diverses qu'il rencontre dans sa pratique. C'est ce que nous appelons l'ouverture multimodale.

J'ai choisi d'approfondir et de présenter Mélanie Klein. Cela m'a permis tout au long de l'année de relire certains textes et de mieux comprendre la portée essentielle et novatrice de sa pensée. Ayant réalisé une thèse sur les groupes thérapeutiques d'enfants (1991), j'ai beaucoup puisé dans les post-kleiniennotamment Meltzer pour penser les liens entre l'espace psychique de l'enfant et l'espace thérapeutique groupal. J'ai été d'autant plus intéressé à revenir à l'initiatrice de ce vaste courant de pensée car il est souvent peu connu voire méconnu dans le milieu gestaltiste.

I- TROIS PHASES DANS L'ŒUVRE DE MELANIE KLEIN

On distingue habituellement trois ou quatre phases dans l'œuvre de Mélanie Klein. Je reprends ici le découpage proposé par Hanna Segal (1969).

La première phase débute avec son article *Le développement d'un enfant* et aboutit à la publication de *La psychanalyse des enfants*, en 1932. Elle pose les bases de l'analyse de

l'enfant et montre que l'Oedipe et le Surmoi ont leur origine dans le tout premier développement du psychisme.

La seconde phase la conduit à la formulation du concept de position dépressive et du concept de défense maniaque, concepts qu'elle expose principalement dans son article *Contribution à la psychogenèse des états maniaco-dépressifs* (1935) et dans *Le deuil et ses rapports avec des états maniaco-dépressifs* (1940).

La troisième phase porte sur le tout premier stade qu'elle appelle *position paranoïde schizoïde* décrite principalement dans son article *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes* (1946) et dans son livre *Envie et Gratitude* (1957).

II- CRITIQUE DU SYSTEME KLEINIEN.

Greenberg et Mitchell (1983) ont rassemblé les principales critiques que l'on peut faire à son système de pensée :

1-Sa contribution essentielle a été d'avoir été une pionnière dans l'examen des relations précoces entre la mère et le nourrisson. Elle laisse un patrimoine conceptuel important : les objets précoces, l'angoisse de persécution, les défenses primitives et le clivage, l'angoisse dépressive et la réparation...

2- Elle est une *psychologue du ça*, concevant la motivation humaine comme venant des forces endogènes, les pulsions. C'est une théorie pulsionnelle mais qui va évoluer avec le temps dans le sens où l'objet interne devient un dérivé des expériences du monde externe. Les parents restent des représentants des réalités internes universelles, une mère avec un sein, un père avec un pénis. Ils survivent aux fantasmes meurtriers et permettent l'épreuve de réalité.

3- On a reproché à Mélanie Klein de voir le rôle des parents comme uniformément positif, un contre poids aux fantasmes agressifs. Les mauvais objets sont d'origine interne. Elle ne semble pas considérer que l'angoisse dépressive et la culpabilité puissent être reliées à la souffrance réelle et aux difficultés concrètes des parents. Les post kleiniens comme Bion, Meltzer, Rosenfeld, Segal vont donner aux parents réels une place plus importante.

4- Dans ce système de pensée, l'organisation psychique du nourrisson devient très complexe. On lui attribue des capacités cognitives très élaborées. Or tout cela n'est qu'une hypothèse reconstruite à partir d'interprétations. Mélanie Klein a une méconnaissance du nourrisson réel qu'elle n'a jamais suivi, puisque tous les cas cliniques d'analyse étaient des enfants âgés de trois ans et plus.

5- Son adhésion au concept phylogénétique de la pulsion de mort a été contestée. D'autres auteurs ont mis en évidence l'apparition secondaire de l'agressivité face à un environnement frustrant ou dangereux (Fairbain, Winnicott, Bowlby). De même, l'hyper sexualisation de ses interprétations a un côté systématique qui dessert la véracité de son système, perçu comme idéologique et déconnecté des faits observés.

Pourtant, elle est une des pionnières à oser analyser de jeunes enfants et à ouvrir un modèle de compréhension et d'accompagnement pour des pathologies archaïques voire psychotiques.

III- SCHEMAS DEVELOPPEMENTAUX ET DILEMMES DE CONTACT

1. Les enjeux développementaux

Mélanie Klein travaille essentiellement au niveau développemental sur des enjeux de sécurité (vie-mort, pulsion de vie, pulsion de mort), sur des enjeux de confiance (persécuteur, persécuté) sur des enjeux de sexualité primordiale ; comme métaphore du développement, tout est ramené au pénis dans le corps de la mère à posséder (fantasme des parents combinés ou unifiés). Les enjeux narcissiques et d'attachement sont peu développés. Par contre, la perte de l'objet n'est pas liée à l'attachement à des objets réels.

2. Les dilemmes de contact

Les dilemmes de contact peuvent se comparer à ce que Freud et Mélanie Klein appellent la compulsions de répétition, dans l'effort constant de créer des situations dangereuses dans le monde externe, afin de représenter des angoisses internes. L'indispensable est de maintenir une relation à l'objet. L'intolérable est de contacter l'angoisse de persécution de cet objet ou de destruction liée à cet objet.

3. Le concept d'envie

Le concept d'envie illustre nombre de réactions thérapeutiques négatives. Mélanie Klein le distingue de la jalousie et le situe comme une réaction très primitive. *La jalousie se fonde sur l'amour et elle tend à la recherche de la possession de l'objet aimé et à l'élimination du rival. Elle fait partie d'une relation triangulaire et concerne, par conséquent, une époque de la vie où les objets sont nettement reconnus et distingués les uns des autres. L'envie, au contraire, est une relation duelle où le sujet envie l'objet pour quelque propriété ou qualité ; aucun autre objet vivant n'a rien à y voir.* La jalousie est nécessairement une relation à un objet total, alors que l'envie est essentiellement éprouvée par rapport à des objets partiels, et pourtant elle pénètre et persiste dans des relations à des objets totaux. L'avidité tend à vouloir posséder toutes les bonnes qualités qu'on peut extraire de l'objet, sans égard aux conséquences; il peut en résulter que l'objet soit détruit et que ses bonnes qualités soient abîmées, mais cette destruction est un résultat accidentel de l'impitoyable prise de possession. L'envie cherche à acquérir les bonnes qualités de l'objet, mais si la chose apparaît impossible, elle tend à les endommager pour écarter l'origine des sentiments d'envie. *C'est cet aspect nuisible de l'envie qui porte tellement atteinte au développement, du moment que la source même de bonté dont le nourrisson dépend devient mauvaise, ce qui rend impossibles les bonnes introjections.* Segal, 1969, 48.

A l'origine des réactions thérapeutiques négatives et des traitements interminables, il y a souvent une puissante envie inconsciente ; on peut l'observer chez des patients qui présentent une longue histoire de traitements ratés...

-Ainsi Jean-Paul, au moment de me quitter, après trois ans de thérapie, déclare : 'Je ne pourrai jamais être meilleur que toi'. Cette idéalisation était source chez lui de haine et d'envie et rendait la relation quasi insupportable, puisqu'il ne pouvait rien en prendre de bon.

-Bernadette ne fait qu'invalider toutes les bonnes expériences qu'elle peut vivre avec moi et avec le groupe, revivant la haine et l'envie par rapport à une mère dont elle est sous l'emprise et d'un père dont elle a été frustrée et qu'elle rejette au départ.

L'exploration de ce dilemme de contact peut engager un début de reconnaissance et une amorce de changement.

4 - La Psychothérapie Gestaltiste des relations d'objet et Mélanie Klein sont dans des logiques assez opposées, d'où une certaine difficulté à conceptualiser et à rapprocher les deux systèmes. En effet, Mélanie Klein soutient l'idée d'un organisme primitivement clivé, mu par une bipolarité amour-haine et confronté à un environnement bon. Gilles Delisle stipule que l'organisme est unitaire et qu'il est bon ; dans la rencontre avec un environnement frustrant et dangereux, apparaît un inconscient secondaire pour tenir loin de la conscience l'intolérable des situations. Ce qui est à l'opposé du système de Mélanie Klein où il y a un inconscient primaire phylogénétique...

IV-LE DIALOGUE HERMENEUTIQUE

1. L'interprétation et la méthode psychanalytique classique.

Là encore, deux systèmes de pensée différents. Il y a peu de place pour le doute chez Mélanie Klein. Le psychanalyste est un spécialiste supposé savoir, qui prête son appareil à penser à l'enfant et interprète à partir d'un code universel psychosexuel qu'il applique au singulier de la situation. Elle considère que, plus les processus mobilisés sont archaïques, plus il est essentiel de s'en tenir à la méthode psychanalytique classique. Si l'enfant ne peut accepter l'interprétation, c'est qu'il résiste ! L'analyste est là pour soutenir et renforcer le Moi et le Surmoi.

2. L'interprétation dans le contexte.

Toutefois, cette méthode psychanalytique conserve une certaine souplesse : *On doit toujours interpréter dans le contexte de la relation, puiser dans sa totalité et prendre en compte les motivations du patient, ses angoisses et ce qui est visé par les projections.*

Hanna Segal prend l'exemple du silence pour illustrer une ouverture à la multiplicité verticale des sens, une polysémie de significations différentes évoluant avec le temps de la relation : *J'avais une patiente qui, avant son analyse avec moi, avait entrepris plusieurs traitements analytiques qui, tous, avaient échoué à cause de son silence obstiné. Au cours du traitement, le sens de ce silence ne cessa de changer. D'abord je l'interprétais avant tout comme quelque chose qui avait valeur de communication je lui dis qu'elle voulait me faire vivre ce que c'était d'être coupée des autres et incapable de communiquer. Ensuite, alors qu'elle parvenait à la position dépressive, j'interprétais qu'elle voulait me faire éprouver ce que c'est que d'avoir à l'intérieur un objet sans vie (elle-même sur le divan) et m'amener à m'en sentir coupable et impuissante à la rendre à la vie. Plus tard, la détresse de la patiente et son besoin de projeter pour communiquer ayant beaucoup diminués, lorsqu'elle était silencieuse, son silence était beaucoup plus agressif. A présent, je pouvais interpréter la projection sur moi de sentiments d'échecs et d'insuffisance par des motivations qui étaient de deux sortes : elle voulait en partie chasser d'elle-même de tels sentiments et s'en débarrasser et, en partie, elle voulait les projeter sur moi par vengeance, dépit et envie. Dans chacune de ces situations, lorsqu'elle était silencieuse, s'établissait un cercle vicieux dans lequel sa projection sur moi de sentiments douloureux la conduisait à redouter que je lui renvoie sa projection, et donc le silence prenait un aspect défensif - ne pas parler de façon à ne pas me laisser la pénétrer par des interprétations; et ceci à son tour devait être interprété. Segal, 1969,142.*

Il n'est pas question ici d'un dialogue et d'une ouverture à la multiplicité du sens horizontal au sens de points de vue différents des deux partenaires de la relation thérapeutique. Toutefois, la question du contact est clairement posée dans ce qui suit : *Ceci bien sûr soulève*

la question de la fréquence des interprétations, notamment avec un patient silencieux. Ici, il faut dire que le style de chaque analyste sera différent et sera guidé par la situation globale. Chez la patiente dont je parle, au début, j'interprétais beaucoup, car il était clair qu'elle ne pourrait parler que lorsque j'aurais établi le contact avec elle en analysant son identification projective, lui permettant ainsi de tolérer la réintégration des parties actives d'elle-même, de sorte qu'elle puisse parler. Mais, plus tard, au cours d'un traitement, particulièrement lorsque le silence était de nature agressive ou défensive à l'égard de ce qui semblait proche de la conscience, je restais silencieuse pendant de longs moments. La patiente elle-même était consciente de la raison du changement survenu dans ma façon de traiter son silence; en effet, un jour, après s'être plainte amèrement de ce que, dans le passé, j'interprétais ses silences et que, maintenant, j'étais beaucoup plus souvent silencieuse, elle ajouta : ' mais je suppose qu'alors vous n'aviez pas le choix '.

3-Le lien inter-champ : l'interprétation dans le transfert.

L'interprétation tient compte de la relation nouée avec le client et tente de faire des liens entre les différents champs expérientiels internes et externes.

Puisque l'analyste en vient à représenter les figures intimes, tout le matériel qu'apporte le patient contient un élément dynamique de transfert. Quand je parle ' d'interprétation du transfert ', je ne veux pas dire interprétation ponctuelle. Une interprétation transférentielle complète doit inclure les relations extérieures de la vie courante du patient, la relation du patient à l'analyste, et le rapport entre ces différentes relations et les relations avec les parents dans le passé. Elle doit également s'efforcer d'établir un lien entre les figures internes et les figures externes. Bien sûr, une telle interprétation sera longue et il est rare qu'elle soit complète, mais pour qu'une interprétation transférentielle soit relativement complète ces éléments doivent être réunis. Segal, 1969,141.

N'est-on pas proche d'un travail dans l'interne et l'externe dans les champs 1, 2, 3 et 4 en Psychothérapie Gestaltiste des relations d'objet ?

4. Le dialogue herméneutique peut-il s'appliquer aux enfants ?...

...et Mélanie Klein peut-elle nous éclairer dans le travail avec les enfants ?

Mélanie Klein a été une pionnière lorsqu'elle inventa la technique par le jeu pour analyser les enfants : *Pour Mélanie Klein, le jeu de l'enfant exprime ses préoccupations, ses conflits et ses fantasmes ; aussi sa technique consiste-t-elle à analyser le jeu, exactement comme on analyse les rêves et les associations libres, en interprétant les fantasmes, les conflits et les défenses. Les dessins de l'enfant et les associations qu'il fait à leur sujet sont souvent très révélateurs. Segal, 1982, 38.*

Toutefois, c'est essentiellement le contenu fantasmatique du jeu qui est la source de l'interprétation de l'analyste. Le processus ou la capacité de l'enfant à jouer sera développé par Winnicott. C'est de son côté qu'il faudrait donc chercher une analogie par rapport au travail possible avec les enfants.

V- L'IDENTIFICATION PROJECTIVE.

L'identification projective est un concept central dans le système kleinien. Peut-il nous éclairer dans l'utilisation que nous en faisons en Psychothérapie Gestaltiste des relations d'objet ?

1- Définition.

L'identification projective est le résultat de la projection des parties du soi dans un objet. Elle peut aboutir à ce que l'objet soit perçu comme ayant acquis les caractéristiques de la partie

du soi projetée en lui, mais elle peut aussi conduire le soi à s'identifier à l'objet de sa projection... .

En quelque sorte, Mélanie Klein distingue d'emblée l'identification concordante ou complémentaire. L'identification projective est présentée comme un mécanisme de défense utilisé lors de la position schizo-paranoïde pour lutter contre l'angoisse de persécution :

Un autre mécanisme de défense a sa source dans la projection originelle de la pulsion de mort c'est un mécanisme très important à cette phase du développement, à savoir l'identification projective. Ici, des parties du soi et des objets internes sont détachées et projetées dans l'objet externe, lequel devient alors une possession des parties projetées, qui le contrôlent et auquel elles s'identifient. Segal, 1983,33.

L'identification projective résulte de la projection primitive. Dans l'identification projective ce n'est pas seulement la pulsion qui est projetée en fantasme dans l'objet, mais des parties du moi (self), par exemple la bouche ou le pénis du bébé et des produits du corps, comme son urine et ses excréments. A travers son matériel clinique, Klein a souvent démontré le fonctionnement de ce mécanisme. Par exemple, elle montre comment Dick assimile son sadisme à ses mauvais excréments ou son mauvais pénis, qui sont projetés à l'intérieur du corps de la mère; celui-ci étant identifié ensuite à ces parties projetées.

Dans l'exemple de Mr. B., les seins mordent, pénètrent et souillent ce qui correspond à une projection de ses propres pulsions sadiques. Sous-jacent à cette projection, se trouve le fantasme d'avoir réellement projeté dans les seins, sa bouche qui mord, son pénis qui perfore, ses excréments qui souillent.

Dans un article ultérieur, *A propos de l'identification*, Klein prend un exemple dans la littérature; elle analyse un roman de Julien Green, *Si j'étais vous*, pour montrer comment la projection de la totalité d'une personne dans une autre peut conduire à une identification totale, à se mettre totalement à la place de l'autre. Le héros du roman, Fabien, pauvre, malheureux et mécontent de lui, a le pouvoir magique d'entrer dans d'autres personnes et de prendre leur personnalité. Il se trouve ensuite emprisonné dans celles-ci. De telles identifications projectives sont sous-jacentes aux idées délirantes qui consistent à se prendre pour quelqu'un d'autre, le Christ, Napoléon...

2- Les différents buts de l'identification projective.

Mais au fond quel est le but de l'identification projective ?

L'identification projective est utilisée dans des buts multiples ; elle peut être dirigée vers l'objet idéal, afin d'éviter la séparation, ou vers le mauvais objet, pour acquérir un contrôle sur cette source de danger. Plusieurs parties du soi peuvent être projetées dans divers buts ; les parties mauvaises, pour l'en débarrasser et aussi pour attaquer et détruire l'objet ; les parties bonnes peuvent être projetées pour éviter la séparation ou pour être tenues à l'abri des mauvaises choses internes, ou encore pour améliorer l'objet externe à travers une espèce de réparation projective primitive. L'identification projective commence lorsque la position paranoïde schizoïde s'établit d'abord par rapport au sein, mais elle persiste et très souvent s'intensifie lorsque la mère est perçue comme objet total et que son corps tout entier est pénétré par l'identification projective. Segal, 1969,33.

Je pense ici à une patiente Marie, qui, après le décès de sa mère, morte d'un cancer et amputée d'une jambe, ressentait dans son corps des douleurs physiques à la main, la jambe et dans le ventre. Cette identification projective avait pour but de rendre le deuil impossible et de préserver le souvenir vivant et incarné d'un objet idéalisé perdu.

3- Les aspects précieux de l'identification projective.

L'identification projective, pour Mélanie Klein, est souvent présentée comme intra psychique et pathologique. Pourtant, Hanna Segal décrit les aspects précieux de l'identification projective (1969,43), source de l'empathie et de la formation des symboles : *L'identification projective aussi a ses aspects précieux. D'abord, elle est la toute première forme de l'empathie et c'est sur l'identification projective aussi bien que sur l'identification introjective qu'on fonde la capacité de se mettre dans la peau d'autrui. L'identification projective fournit aussi la base du modèle le plus ancien de formation de symbole. C'est en projetant des parties de lui-même dans l'objet et en identifiant des parties de l'objet à des parties de soi que le moi construit ses premiers symboles...*

L'identification projective est donc à la fois un mécanisme de défense employé dans la pulsion schizo-paranoïde pour protéger le moi contre des angoisses insurmontables mais aussi un jalon sur le chemin du développement et de la croissance.

VII - LA REPARATION

La Psychothérapie Gestaltiste des relations d'objet et Mélanie Klein parlent de réparation. Parlent-elles de la même chose ? Mélanie Klein peut-elle nous en apprendre sur l'utilisation de ce concept ?

Pour Mélanie Klein, la réparation, c'est restaurer un objet aimé qui a été endommagé : *Quand le nourrisson entre dans la position dépressive et se voit confronté avec le sentiment d'avoir, par sa toute-puissance, détruit sa mère, sa culpabilité et son désespoir de l'avoir perdue éveillent en lui le désir de la restaurer et de la recréer, afin de la récupérer aussi bien extérieurement qu'intérieurement. Les mêmes désirs de réparation surgissent par rapport à d'autres objets aimés, extérieurs et intérieurs. Les pulsions réparatrices font faire un pas de plus dans l'intégration. Le conflit entre l'amour et la haine devient plus aigu et l'amour agit autant sur le contrôle de la destructivité que sur la réparation et la restauration du dommage causé...*

...Des fantasmes et des actions de réparation dissipent les angoisses de la position dépressive. L'intensité poignante de l'angoisse dépressive est atténuée par des sentiments répétés de perte et de récupération de l'objet. La réapparition de la mère, après des absences qui sont ressenties comme la mort, l'amour et les soins continuels que le nourrisson reçoit de son entourage le rendent plus sûr de l'invincibilité des objets externes et moins effrayé par les effets tout puissants des fantasmes. A travers la répétition de pertes et de récupérations, ressenties comme une destruction par la haine et une re-création par l'amour, le bon objet est peu à peu mieux assimilé à l'intérieur du moi... Segal, 1969, 109.

Pour Gilles Delisle, par contre, la réparation dans la trilogie, reproduction, reconnaissance, réparation, est le terme qui pose le plus de questions et qui a été le moins développé. Ce qui doit être réparé, selon Gilles Delisle, ce n'est pas le manque du temps jadis, c'est la capacité à contacter le champ actuel avec ce qu'il porte de possibilités et de menaces. En effet, l'une des principales entraves à contacter le présent est l'attachement compensatoire aux objets internes (ou MI), d'où l'idée de s'affranchir de l'attachement au manque plutôt que de vouloir réparer à tout prix ce manque.

Si l'on suit Mélanie Klein, le client pourrait chercher à réparer le thérapeute qu'il a fantasmatiquement détruit... La vraie réparation vient pourtant par une présence ferme et renouvelé du thérapeute, qui va constituer l'épreuve de la réalité, que les fantasmes destructeurs du client ne réussiront pas à tuer par la qualité du lien établi. Les psychothérapies des adolescents sont notamment basées sur le fait de rester intacts face à

eux. On peut se questionner sur la fonction saine ou pathologique de la réparation. Pour Mélanie Klein, la réparation peut être correcte ou faire partie des défenses maniaques...

La réparation correcte se fonde sur la reconnaissance de la réalité psychique, sur le vécu de la souffrance causée par cette réalité et sur l'action adéquate entreprise pour la soulager en fantasme et dans la réalité. De fait, il s'agit de tout autre chose que d'une défense, il s'agit d'un mécanisme important pour le développement du moi et son adaptation à la réalité. La réparation maniaque est une défense, en ce sens qu'elle vise à réparer l'objet de telle manière que ni la culpabilité ni la perte ne soient jamais vécues. Un trait essentiel de la réparation maniaque est qu'elle ne doit pas comporter la reconnaissance de la culpabilité et qu'elle exige donc des conditions particulières. Par exemple, la réparation maniaque ne s'applique jamais à des objets primaires ou internes, mais toujours à des objets plus lointains ; en outre, il ne faut jamais ressentir qu'on a abimé soi-même l'objet auquel s'applique la réparation; finalement, l'objet doit être considéré comme inférieur, dépendant et, au fond, méprisable. Il ne peut pas y avoir de vrai amour ni d'estime pour l'objet ou les objets qu'on est en train de réparer, car cela constituerait une menace de retour de vrais sentiments dépressifs. La réparation maniaque ne peut jamais être complétée parce que, si elle l'était, l'objet entièrement restauré redeviendrait digne d'amour et d'estime, donc libre du contrôle et du mépris omnipotents de la personne maniaque.

Si le thérapeute est tenté par la réparation maniaque du client, s'il opère des réparations prématurées sans laisser le temps au client de vivre sa souffrance, il faudrait mieux qu'il travaille sur lui-même ou qu'il change de métier. D'autre part, il aura à être vigilant à ne pas être dupe des tentatives de réparations trop hâtives de son client qui, par culpabilité, voudra faire plaisir à son thérapeute en rentrant dans son désir.

VIII- UN EXEMPLE CLINIQUE : YVETTE OU LE MAUVAIS OEIL

La description clinique de cette cliente veut illustrer comment une réaction thérapeutique sous tendue par l'envie a pu se mettre en place ("le mauvais œil"), comment l'angoisse de destruction de l'objet idéal ou l'angoisse de la perte bloque la relation, comment le thérapeute peut devenir complice de ce blocage en défléchissant les attaques du client.

Les deux séances qui vont être décrites arrivent après quatre années de thérapie à raison d'une séance tous les quinze jours ou toutes les semaines.

Yvette a 31 ans. Elle est dépressive, en arrêt de travail et a repris difficilement des études. Elle est seule, ne s'est pas remise de deux échecs sentimentaux (a vécu deux fois deux ans avec un compagnon), a un comportement boulimique par rapport à la nourriture et à l'argent. Elle est forte et a un côté masculin. Fille aînée d'une fratrie, elle est issue d'une famille modeste ; le père s'est retrouvé au chômage à l'adolescence d'Yvette et la mère est décrite comme dépendante.

Voici quelques séquences significatives, suivies de commentaires.

1-L'œil rouge.

Yvette (Y) arrive avec l'œil rouge : *C'est une allergie, n'allez pas vous faire des idées là-dessus...*

Thérapeute (T) : c'est peut-être un œil qui ne veut pas pleurer ?

Y : J'en ai marre de pleurer ici. Quand je sors, j'en veux à tout le monde, je les boufferai... Pas à vous mais à tous ceux qui me regardent...

Le regard a beaucoup d'importance ici, l'œil est un objet partiel libidinal ambivalent. Le mauvais œil peut symboliser l'envie. Il y a, en tout cas, une angoisse paranoïde d'être

détruite par le regard des autres qui justifie son agressivité Elle ne s'adresse pas au thérapeute a priori mais à ceux qui la regardent dans la rue. Peut-on y voir une déflexion ?

2. Le thérapeute qui dirige.

Plus loin, Yvette évoque son refus de travailler en groupe, suite à une séance de sophrologie à laquelle elle a participé

Y : On était allongé. J'ai ouvert un œil pour voir comment ça se passait. Tout le monde se laissait aller. C'était décidé, dirigé par le Thérapeute. Et je pleure à nouveau. Je ne supporterai pas que d'autres me voient pleurer ou faire une crise d'hystérie.

Yvette attaque à nouveau le thérapeute qui contrôle et dirige. L'angoisse d'être vue fragile, d'être détruite dans son image forte est insupportable....

3. Le rêve éveillé de violence.

Et elle évoque un rêve éveillé : *Je suis avec un copain, Jean-Claude(JC), et je fais des courses. Il y a une bande de jeunes qui veut prendre notre argent à la sortie. Je me sauve en voiture avec Jean-Claude. Arrivés à la maison (c'est celle de mes parents en réalité mais ils ne sont plus là), les jeunes sont devant l'entrée.*

Y - Qu'est-ce qu'on fait ?

JC- On y va.

Et je fonce dans le tas. Je suis violente avec une fille à qui je mets la tête dans la boue mais je suis effrayée et je tourne sa tête sur le côté pour la faire respirer de peur de la tuer. La police arrive et m'embarque avec Jean-Claude...

Yvette raconte un rêve éveillé car elle a peur de s'endormir profondément et de faire des cauchemars plus horribles (Ce sont des rêves d'histoires de meurtre et de violence). Elle a peur de lâcher sa vigilance. Ce rêve éveillé évoque son angoisse de la violence des autres, d'être pénétrée sur son territoire. Yvette fait le lien alors avec sa peur d'être pénétrée sexuellement par l'homme. Des fantasmes meurtriers la hantent et sont source d'angoisse. On peut voir la culpabilité et le désir de réparation dans son geste dans le rêve de mettre la tête de la fille sur le côté de peur de la détruire.

A cette étape de la thérapie, Yvette amorce la position dépressive, après un temps de régression à la position schizo-paranoïde avec des angoisses de persécution,, des mécanismes de clivage, d'isolement et de déni omnipotent. A la régression succède une position dépressive avec des thèmes de perte, d'abandon, de chagrin, contrebalancés par moments, par des défenses maniaques de déni et de mépris omnipotent.

4- Si je prends votre place, je serai perdue et seule.

Le second entretien va mieux faire comprendre comment elle utilise ses défenses maniaques de contrôle et de maîtrise.

Y -J'ai peur de vous blesser, en mots, pas en actes. Vous pourriez perdre votre maîtrise, c'est le contre coup que je crains... Je vous vois avec une maîtrise et une force sereine... J'aimerais bien être comme vous.....

Yvette dit à demi-mots, qu'elle voudrait me prendre cette maîtrise, se l'approprier. C'est de l'envie et elle mesure l'angoisse de tout perdre en me détruisant.

Y -Si je prends votre place, je serais perdue et je serais toute seule....

Elle fait ainsi le parallèle entre sa perte de la maîtrise quand elle pleure et sa difficulté à avoir sa maîtrise en psychologie (Elle se met toujours en échec). Se pourrait-il que ses angoisses

de me détruire, moi un psychologue, l'empêchent de réussir ses études ? Nous travaillons ce que cette perte de maîtrise lui évoque.

Y -Ma mère pleurait tout le temps et faisait des drames. Quand je me disputais avec elle à l'adolescence, elle pleurait, menaçait de se suicider en disant : 'Qu'est ce que j'ai fait au bon Dieu pour avoir une enfant pareille ! '. Alors ça m'a coupé toute possibilité de dire quelque chose.

Peur de tuer la mère liée à la position dépressive !

Y -C'est mon père qui avait la force tranquille mais elle s'est effondrée à l'adolescence quand il est devenu chômeur. Il restait des heures dans un fauteuil, c'était insupportable.

Le pénis du père, c'est la force qu'elle veut lui prendre ; mais prendre la place du père, c'est le tuer symboliquement.

5. Le thérapeute, un parent combiné ?

Ainsi dans le champ 1, quand elle dit au thérapeute : *si je prends votre place, je serais perdue toute seule*, il y a un parent combiné qu'elle projette sur lui, la peur de tuer la mère, la peur de l'effondrement de l'idéal du père. Nous sommes proches des angoisses de l'adolescent qui doit prendre la place du parent symbolique, s'il veut grandir, mais au risque de se retrouver tout seul et perdu dans la vie et de renoncer à son statut d'enfant. Il se pourrait bien qu'Yvette soit dans ce passage.

Y -A 31 ans, les parents me voient comme une fille dépressive.

C'est bien une gamine perdue. La dépression manifeste un refus de perdre... L'acceptation de la perte d'un objet idéal et de l'omnipotence de l'enfant est un passage obligé pour avancer.

CONCLUSION

Cette situation clinique montre toute la richesse des thèmes kleinien : le repérage de l'expression de l'angoisse et de l'agressivité, des défenses mises en place, est un indice précieux dans la thérapie dans le passage de la position schizo-paranoïde à la position dépressive. Ce sont des étapes par lesquelles tout client va sans doute passer s'il réalise une psychothérapie de transformation.

Après avoir réfléchi sur la théorie de Mélanie Klein, peut être la Psychothérapie Gestaltiste des relations d'objet a sous-estimée son apport. Nous avons vu combien sa pensée évolue, passant d'une théorie pulsionnelle à une théorie plus relationnelle. Nous avons décrit des concepts précieux comme l'identification projective et la réparation qu'il conviendrait de mieux exploiter.

Nous n'avons pas pris le temps de décrire l'apport des continuateurs de Mélanie Klein comme Bion, Bick, Tustin, Meltzer, Rosenfeld. Ils ont prolongé sa pensée et relativisé certains de ses apports les plus contestables. En France, de nombreux auteurs ont mené leur recherche à partir ou par rapport aux travaux de Mélanie Klein : Diatkine, Lebovici, Haag, Anzieu, Houzel, Athenassiou.... Il conviendrait d'approfondir cet écrit en reprenant les idées essentielles de ces continuateurs et de les retravailler en termes de la Psychothérapie Gestaltiste des relations d'objet.

BIBLIOGRAPHIE

Delisle Gilles, *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*, éd du reflet, Ottawa, 1998, 390 p
Delisle Gilles et coll., *la psychothérapie du lien, genèse et continuité*, éd du CIG, 2012
Greenberg J R., Mitchell St A., *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Hardcover, 1983

Klein Mélanie (1932), *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 1982, Bibl. de psychanalyse.
Klein Mélanie (1937), *L'amour et la haine*, Paris, Payot, 1968
Klein Mélanie(1957), *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, 1968
Meltzer Donald et coll., *Le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1980.
Nasio, *Introduction aux œuvres de ...*, Rivages, Psychanalyse, Payot, 1994, Paris
Segal Hanna, *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, Paris, PUF, 1969
Segal Hanna, *Développement d'une pensée*, Paris, PUF, 1982