



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

Séances par téléphone dans le contexte du Covid-19 :
le cadre et ses limites



Phone sessions in Covid-19 environment: The frame and his limits

Florian Houssier ^{a,*}, Angélique Christaki ^b, Xanthie Vlachopoulou ^c

^a Psychogenèse et psychopathologie (UTRPP-EA 4430), université Paris 13, Villetaneuse, Sorbonne-Paris-Nord, France

^b Université Sorbonne-Paris-Nord, France

^c Laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP, EA 4056), université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris-Cité, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 5 juin 2020

Mots clés :

Cadre
Covid-19
Environnement
Pandémie
Silence
Téléphone
Transfert

Keywords:

Covid-19
Environment
Frame
Pandemic
Phone
Silence
Transfer

RÉSUMÉ

Cet article introduit son propos en relatant l'épidémie de peste dans la Grèce antique pour montrer l'impact de l'environnement sur l'humain et ses incidences fantasmatiques collectives. Face à la pandémie du Covid-19, les mesures de protection sanitaire imposent des modifications de nos pratiques cliniques. Face au caractère inédit de cette situation, le psychothérapeute en libéral est amené à repenser certains aspects du cadre de sa pratique afin de préserver le fil de la relation transférentielle. Les auteurs développent une réflexion clinique sur le cadre clinique en période de pandémie en explorant notamment la dynamique des séances par téléphone. Pour des entretiens au téléphone, la question de l'enveloppe sonore est centrale, notamment quant à la fonction psychique du silence. Davantage qu'en nous appuyant sur des cas cliniques au déroulement long, nous choisissons d'illustrer notre propos avec de courtes vignettes, plus à même de représenter la variété des nouvelles situations cliniques rencontrées et des interrogations qui les accompagnent.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

To deal with the Covid 19 pandemic, health protection measures require changes to our clinical practices. Faced up with the unprecedented nature of this situation, the liberal psychotherapist is led to rethink some aspects of the framework of his practice in order to preserve the thread of the transference relationship. The authors develop a clinical reflection on the clinical setting in a pandemic period by exploring in particular the dynamics of telephone sessions. For telephone interviews, the question of the sound envelope is central, in particular regarding the psychic function of silence. We choose to illustrate our point with short vignettes than by relying on long-term clinical cases, more likely to represent the variety of new clinical situations encountered and the questions that accompany them. This article introduces his point by recounting the plague epidemic in ancient Greece to show the impact of the environment on humans and its collective fantasy implications. Being faced up with death, contamination, the invisible enemy brings out a palpable concern. It is indeed quite remarkable that these same reactions and concerns in front of death caused by the pandemic match what is related by Thucydides who survived the plague, which affected Athens during the Peloponnesian War. In another context, Winnicott highlights the place and importance of the therapeutic environment. It is both a question of adjusting the framework according to the context while maintaining certain intangible aspects representing the permanence of the link and its framework. A framework cannot exist without being kept, which is equivalent to thinking of the framework above all as an internal framework, questioning the clinician about what he values and what he makes sense in his practice. In the current context, these questions arise from the perspective of a certain flexibility, depending on the human context (child, adolescent, consultations, etc.) or external context (crisis linked to a virus, etc.) showing that it is more than never question of exercising on a case-by-case basis, taking into account changes in the environment.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : houssier.florian@gmail.com (F. Houssier).

The initial observation during this period of confinement concerns the fact that some patients contact a therapist for the first time by telephone and wish to initiate psychotherapy (during this period) when they explain that such an initiative was not possible, despite the difficulties already encountered in the past. But there is also the opposite case: patients who have no intention of continuing the work already started during this time. Thus, faced up with the injunction of confinement, they show themselves in the psychic impossibility of following the treatment by other means such as, for example, telephone sessions. In this perspective, the silence on the phone takes on a different tone; silence reveals itself to be a source of greater anxiety than in presence: the presence of bodies, of its movements perceptible as imperceptible, of a gesture that carries or accompanies the senses, breathing, the visual context of the office and of its "decor", represent as many essential elements in the usual capacity of the frame; in the absence of these basic sensory elements, silence can be experienced as a void, or even a gap in the bond, opening Pandora's box of paranoid fantasies acting unconsciously. If silence is representative of the whole framework, it promotes in this context the partialization of the clinician's body reduced to one ear and not to a whole body. Here, it is the change of framework that mobilizes the difference, established by Mr. Klein, between the partial and total object; this circumstance neo-framework could therefore call for regressive movements, undoing the silence of its symbolic function when the bodies are present.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

« J'ai peur de l'avoir, d'ailleurs je n'arrive pas à respirer ».

« Qu'est-ce que cela vous évoque ? »

« Le décès de mon frère, j'étais là quand il est décédé à l'hôpital, j'ai entendu sa respiration alors qu'il était en train de mourir... je n'avais jamais repensé à cela d'ailleurs à cette époque-là, j'étais adolescent et je n'avais senti aucune tristesse [...] »

« Quand vous êtes silencieuse au téléphone je cherche votre respiration [...] Êtes-vous toujours au bout du fil ? »

Pour chaque clinicien, ici d'orientation psychanalytique, il s'agit de maintenir le lien avec les patients, puisant dans la créativité du transfert. Le travail psychanalytique consiste à transformer, reconstituer et transcrire ce qui de l'inconscient peut être rendu conscient. Freud (1912) compare ce travail avec le téléphone qui permet de passer des vibrations aux ondes acoustiques et aux paroles.

Qu'est-ce que le clinicien écoute ? L'inconscient du psychanalyste fonctionne comme une caisse de résonance ; les nuances de la voix, le souffle qui porte les mots véhiculent au-delà de tout langage articulé l'inouï de l'expérience traumatique et l'impossible à dire [2]. Or, si la présence de l'analyste est une condition pour l'incarnation de la parole du patient, le clinicien en période de confinement se trouve face à des questions méthodologiques relatives au cadre qu'il faut instituer pour faire face à cette occurrence inédite relative à la pandémie du Covid-19.

Inventer un cadre propice à l'impossibilité de se déplacer suite aux décisions de l'État pour des raisons sanitaires se dessine comme un défi. Le cadre est touché dans ses limites : sorti de son contexte physique habituel – le bureau du clinicien, le sentiment d'intrusion externe par les conséquences du virus mobilise un vécu d'empiètement des espaces par le mélange des espaces intimes. Ce sentiment est accentué par la temporalité indéfinie imposée par le contexte externe, bousculant les limites temporelles d'usage. L'espace psychique est également mis sous pression par le refoulement impossible ou coûteux lié au poids d'une menace mortelle ; le préconscient est « troué » par cette atmosphère menaçante, tandis que le pare-excitation se trouve surchargé par un excès d'excitation lié à cette situation. Le patient, comme son

thérapeute, peut éviter de regarder les informations pour ne plus se sentir envahi par ce flux tendu d'actualités anxiogènes. Cette position participe d'une tentative de gérer les limites psychiques en reconstituant par le choix de couper ce flux l'enveloppe du refoulement ; cette position articule la maîtrise des excitations externes avec la capacité à oublier/refouler en repoussant les représentations morbides associées à ce quantum d'excitations. Cet exemple suggère par rebond que le cadre de la pratique clinique est dans ce contexte singulier plus ouvert sur ses limites externes par le changement de lieu, de contexte sonore, de paiement des séances différé, etc.

Dans cet article, nous explorons les effets de cette situation globale sur le cadre de notre pratique et ses limites ; pour des entretiens sur le téléphone, la question de l'enveloppe sonore est centrale, notamment quant à la fonction psychique du silence. Davantage qu'en nous appuyant sur des cas cliniques au déroulement long, nous choisissons d'illustrer notre propos avec de courtes vignettes, plus à même de représenter la variété des nouvelles situations cliniques rencontrées et des interrogations qui les accompagnent ; celles-ci seront précédées d'un regard sur une situation comparable dans la Grèce antique et sur l'impact de l'environnement humain.

2. Terreur dans la cité

Être face à la mort, à la contamination, à l'ennemi invisible fait jaillir une inquiétude palpable. Les traces de ces peurs ancestrales résonnent avec la strate animique du psychisme humain et font émerger un imaginaire tantôt créatif tantôt inquiétant. L'irruption de cette pandémie et les effets de sidération qu'elle peut susciter se traduisent par la peur, l'agressivité, l'inquiétude hypocondriaque, l'angoisse jusqu'au vécu d'inquiétante étrangeté [3], l'élation maniaque ou bien l'effondrement. Il est d'ailleurs tout à fait remarquable que ces mêmes réactions et préoccupations face à la mort suscitées par la pandémie se rencontrent dans ce qui est relaté par Thucydide qui a survécu à la peste qui a touché Athènes pendant de la guerre du Péloponnèse. Étape par étape, il raconte dans le deuxième livre de son Histoire [12] la peste dans l'Athènes antique et révèle des similitudes étonnantes avec la pandémie de coronavirus aujourd'hui. Neuf chapitres sur la peste sans précédent qui a frappé la cité – État d'Athènes en 430 avant J.-C.

Les similitudes ? Les symptômes, la queue devant les cercueils, le complot qui donne un sens à la soudaineté de la survenue d'une nouvelle maladie qui emporte avec tant de brutalité la vie de nos proches et moins proches. La maladie se propageait d'une manière incontrôlable. Les médecins, ne connaissant pas la nature de la

maladie, mouraient en entrant en contact avec les patients, alors que les pratiques et coutumes funéraires ont été abandonnées.

Il s'agit d'un récit saisissant car il comporte une touche du réel qui résonne d'une manière étonnante avec ce que nous vivons actuellement. La maladie était telle que les mots étaient insuffisants pour la décrire, face au non-sens secrété par l'hécatombe des morts, des théories du complot et des prophéties anciennes, infiltrant l'actualité de l'époque et les conversations quotidiennes. Certaines prophéties ont refait surface, rappelant que l'oracle avait bien prédit qu'« il y aura une guerre dorique et avec elle la peste (famine) ». Les mots « peste » et « famine » étant homophones dans la langue grecque ($\lambda\omicron\mu\acute{o}\zeta$ est le terme utilisé pour dire peste, $\lambda\mu\acute{o}\zeta$ pour famine), cette prophétie a alimenté les discussions complotistes parmi les citoyens, accusant notamment les Spartiates d'avoir empoisonné l'eau des puits. Face à ce qui dépassait l'entendement des citoyens d'Athènes, le recours à l'imaginaire, aux oracles et aux prophéties anciennes palliaient l'impuissance de l'être humain face à une telle catastrophe touchant la cité sans épargner quiconque.

A *contrario* de l'illusion générée par une pratique clinique « isolée » avec nos patients, cette situation ancienne rappelle l'importance de l'environnement externe.

3. L'environnement et sa temporalité diffuse

Les changements qui touchent nos pratiques actuellement sont d'abord externes et globaux, accompagnés d'effets psychiques. Pour chacun, tout ne s'arrête pas mais la vie en confinement finit par créer un climat liberticide, des sensations de repli et d'enfermement relatif. Au vertige de l'arrêt de nos habitudes s'ajoute l'idée que sortir s'annonce dangereuse ; dans le brouillard de la réorganisation du quotidien et de nos liens sociaux s'immisce, rampante, l'idée d'une contamination.

« On est tous dans le même bateau, on se sent moins seul quand tout le monde est touché », dit une patiente au téléphone. Cette situation est infiltrée par une certaine perte d'asymétrie dans le lien entre le patient et son psychothérapeute : nous sommes tous passivés et agités intérieurement par le poids de la menace, tandis que le quotidien se répète, lancinant, tel un jour sans fin. Nous voilà pris dans le terreau d'une injonction paradoxale : rester chez soi par contrainte, dans une incertitude à la limite de la stupeur mélancolique, tandis que nous sommes sommés de continuer à travailler (et d'aimer les autres en les protégeant). L'enveloppe du quotidien se trouble, les limites temporelles s'élargissent : l'incertitude touche également la temporalité de cette crise mondiale. Dans l'atmosphère cotonneuse qui s'est imposée comme un halo, voilà du temps disponible pour se souvenir ; la nostalgie du temps d'avant, ce temps pressé, bordé par des rituels, bercé par un rythme trépidant dans l'illusion d'une maîtrise, s'accompagne d'un certain lâcher prise dans ce temps de crise. Au cas où nous aurions un doute, l'environnement tel que l'évoquait Winnicott devient un véritable objet d'investissement, à la façon d'un être humain avec lequel il nous faut vivre, dont nous avons à tolérer les circonvolutions, comme une mère envers son bébé. On perçoit ici une de ses positions originales : si on ne peut pas soigner l'origine intrafamiliale du problème de l'enfant, alors on se centre sur la cure ; sinon, c'est l'articulation entre l'enfant et sa famille qui est le ressort de sa pratique, en prenant en compte les différents éléments qui lui sont associés (autres soins, autres personnes référentes que les parents investissent par l'enfant, scolarité, etc.). Sa position clinique pour tenir les deux faces interne et externe de l'environnement thérapeutique en les articulant se retrouve dans d'autres circonstances ; ainsi dans sa lettre au rédacteur en chef du *Times* le 3 mars 1966, il considère que depuis trente ans, il serait nécessaire de pouvoir disposer « d'un hôtel expérimental ou d'un

pensionnat » qui accueillerait ces enfants dans un quartier où les analystes vivent et travaillent. Ces enfants ou adolescent ont besoin d'un « soutien directif spécialisé et d'une thérapie personnelle intensive » [11]. Jongler avec l'environnement, pour reprendre cette belle expression, peut par conséquent impliquer une modification du monde externe.

Winnicott inclut donc dans sa théorie une perspective soignante dans la prise en compte de l'environnement. Plus près de nos pratiques en libéral, la temporalité étrange et molle des jours qui passent n'est pas sans incidence ; on pense aux patients qui ont oublié leur séance dans ce climat confiné et qui disent la même chose : ils se sont perdus dans les jours de la semaine, dans le temps. Entendre ce propos comme une seule résistance serait nier l'impact de cette temporalité indéfinie, de la perte des limites que le temps rythmé assurait par sa régularité ritualisante. Dans un tel contexte, nous envisageons le cadre comme un objet d'investissement vivant et doté d'une certaine souplesse. A. Green [5] formule deux types d'actes dans la cure, rattachés à la dialectique dedans-dehors, ouvrant sur la question de la limite interne-externe. Il propose ainsi un dedans qui prend la forme du cadre de la séance, assimilable à l'intériorité du corps. Le dehors est désigné par l'extérieur du corps ou du même cadre de la séance.

4. L'intranquillité d'une décision

La première préoccupation du clinicien pendant cette période relève d'une décision : continuer ou pas avec les patients engagés dans des psychothérapies ou des cures. Remarquons à ce niveau que dans nos attestations de sorties il y a des clauses dérogatoires qui permettent certains types de consultations et soins : « Consultation et soins ne pouvant être différées ; consultations et soins des patients atteints d'une affection de longue durée. » Continuer à recevoir à son cabinet, c'est prendre le risque d'adopter une position omnipotente niant la réalité de la menace ; interrompre sa pratique, c'est laisser potentiellement à certains patients le goût amer d'un abandon en pleine tempête, à un moment où la fonction de maintien du lien social peut se révéler thérapeutique. Face à cette situation, une troisième voie s'ouvre ; répondre à la demande de patients qui souhaitent poursuivre leur cure en proposant un nouveau cadre à base de séances par téléphone ou par un support assurant un contact audiovisuel. Il est à la fois question d'ajuster le cadre en fonction du contexte tout en maintenant certains aspects intangibles représentant la permanence du lien.

Au début du confinement, un patient psychotique en cure depuis de longues années se trouve très inquiet à l'idée que ses séances allaient être interrompues pendant de longues semaines voire pendant des mois. Il explique qu'il est hors de question pour lui d'arrêter ses séances, d'ailleurs continuer à venir au cabinet s'annonce pour lui comme vital ; le seul moyen pour tenir pendant cette période si angoissante. Dans de telles situations, il revient au thérapeute de prendre la mesure de l'urgence de maintenir le lien – à travers la tonalité du discours et en fonction de la pathologie de chaque patient – en mettant en place un cadre qui permette au patient de prendre appui sur la continuité du lien et du soin.

Un cadre ne saurait exister sans être tenu, ce qui équivaut à penser le cadre avant tout comme un cadre interne, interrogeant le clinicien sur ce à quoi il tient et sur ce qui fait sens dans sa pratique. Dans le contexte actuel, ces questions se posent dans la perspective d'une certaine souplesse, en fonction du contexte humain (enfant, adolescent, consultations, etc.) ou externe (crise liée à un virus, etc.).

Pour le clinicien, prendre une décision concernant le cadre clinique relève de l'extraordinaire diversité de constellations psychiques de patients. La richesse et la diversité de fonctionnements psychiques de patients que nous recevons en analyse sont

déterminantes pour le choix du cadre qui, de ce fait, en aucun cas ne peut relever de la mécanisation de la technique ou d'une décision valable pour tous. Au contraire, montrant qu'il est plus que jamais question d'exercer au cas par cas, en tenant compte des changements de l'environnement.

5. Variations d'un dispositif

Les offres nouvelles, telles que pratiquer des séances téléphoniques ou par visio-consultations, peuvent être mises en avant pour permettre la continuité de soins. Poursuivre le travail engagé, l'interrompre et pour certains le démarrer dans ces circonstances particulières s'inscrit dans un contexte clinique précis et non généralisable, ouvrant sur une dynamique transférentielle spécifique.

Cependant, il y a quelques observations sur lesquelles on peut s'arrêter afin de donner matière à réfléchir sur les modalités de ces prises en charge. Nous observons d'abord, en cette période de confinement, le fait que certains patients prennent contact pour la première fois avec un thérapeute par téléphone et souhaitent engager une psychothérapie (pendant cette période) alors qu'ils expliquent qu'une telle initiative ne fut pas possible malgré les difficultés déjà rencontrées par le passé.

Nous pouvons évidemment penser que la charge anxiogène de la situation est à la source d'une telle demande à cet instant précis ; néanmoins, certains patients nous font entendre que la possibilité de parler à un clinicien à distance constitue pour eux une occurrence facilitatrice pour déposer une demande de psychothérapie, ou pour exposer une souffrance.

Nous pouvons alors nous demander si le corps, la présence physique dans sa charge pulsionnelle et libidinale inhérente au cadre psychothérapeutique ordinaire ne constitue pas pour certains patients une résistance particulière pour l'engagement d'un travail thérapeutique. La résistance est une composante transférentielle et son destin dans une cure de parole est d'être perlaborée [7–9]. La question qui se pose alors concerne les destins de la résistance et de la perlaboration dans un cadre nouveau où la présence physique du thérapeute et de son patient se trouve médiatisée par les objets technologiques. Comment commencer un travail psychothérapeutique par téléphone quand il s'agit d'une demande de psychothérapie et non pas d'une simple demande d'écoute pour calmer une angoisse ? La virtualisation du corps physique dans les nouvelles offres thérapeutiques peut être une « belle invention » pour inaugurer une parole avec un thérapeute ; il s'agit à cet endroit d'une constatation qui nous permet de découvrir que certains patients se permettent une demande parce qu'il y a cette médiatisation de la réalité physique des corps.

Cette constatation résonne avec des problématiques cliniques que nous rencontrons dans les cures engagées ordinairement et qui nous mettent sur la piste d'une difficulté particulière dans le monde contemporain, une difficulté relative à la rencontre incluant l'altérité que présente le corps ainsi que toute parole incarnée.

Ces nouvelles manifestations de l'engagement du transfert révélées en période de confinement semblent alors résonner avec les particularités d'une clinique dite contemporaine ; une certaine utilisation excessive du virtuel dans le lien à l'autre peut se constituer comme un signe clinique concernant la difficulté que présente pour certains patients l'élaboration de la charge libidinale du lien présentiel à l'autre. Pourrions-nous penser alors qu'il y ait des désirs et des souffrances qui n'arrivent à s'exprimer que dans les conditions de cadres aménagés ? Et, de l'autre côté, est-il possible d'engager un travail psychothérapeutique sans la présence physique du patient et notamment sans la touche de cette résistance qui est relative à la mise en place de tout transfert ?

Face à ces questions que l'actualité convoque, il ne s'agit pas de trancher dans un sens ou un autre mais de penser les dispositions d'une clinique où les modalités facilitatrices de la parole se constituent en tant que de nouvelles résistances à perlaborer dans le lien thérapeutique.

Mais, il y a aussi le cas inverse : des patients qui n'envisagent aucunement la poursuite du travail déjà engagé pendant ce temps. Ainsi, face à l'injonction du confinement ils se montrent dans l'impossibilité psychique de suivre le traitement par d'autres moyens tels que par exemple les séances par téléphone. Est-ce que cette situation met en cause la qualité de la relation transférentielle déjà existante ou bien l'absence de la présence physique du clinicien et de la matérialité du cadre psychothérapeutique rend la parole particulièrement douloureuse ?

Au téléphone, une patiente me raconte sa difficulté ; elle a pour habitude d'utiliser le temps entre son domicile et mon cabinet pour penser et faire advenir sa parole en séance. Elle se réfère au chemin pour arriver jusqu'à mon cabinet, chemin parcouru physiquement qui est court-circuité par l'appel téléphonique. Cette nouvelle temporalité la perturbe. La charge affective particulièrement forte et inédite qui submerge cette patiente dès les premières phrases de la séance au téléphone résonne avec la temporalité du trauma, marquée par un « trop tôt » d'une parole qui ne peut pas encore être contenue par le nouveau cadre en cours d'élaboration.

6. Le poids du silence, la présence de l'absent

Le silence est un ingrédient fondamental du cadre analytique. Si le silence est représentatif de l'ensemble du cadre, il favorise dans un tel contexte la partialisation du corps du clinicien réduit à une oreille et non à un corps entier. Ici, c'est le changement de cadre qui mobilise la différence établie par M. Klein (1921–1945) entre l'objet partiel et total [10] ; ce néo-cadre de circonstance pourrait donc solliciter les mouvements régressifs, dé faisant le silence de sa fonction symbolique lorsque les corps sont en présence. Se découvrir plus présent par la voix, plus dynamique dans les relances lors de séances téléphoniques serait donc au service du maintien d'un certain tonus relationnel. « Vous êtes là ? », me demande une patiente après un silence ; elle interroge ma présence, pas tant physique qu'en termes de transfert d'écoute, mon silence étant vécu comme un lâcher prise dans le lien là où il serait question que le patient soit à même d'entendre le sens de notre silence, qu'il puisse l'interpréter ou l'entendre comme un équivalent interprétatif.

Le corps devient alors comme un fantôme, tout à la fois présent et absent, entre vie et mort, convoquant ce que Bleger [1] a nommé le transfert fantôme. Au téléphone, les séparations de fin de séance se révèlent parfois plus difficiles qu'en présence, participant de cette dimension régressive plus massivement sollicitée dans un contexte d'angoisse. Comment interpréter dans ce contexte ? Maintenir l'interprétation dans un tel contexte ne va pas de soi, pouvant être « en trop », au risque d'un sentiment de passivation chez le patient, tout en étant néanmoins attendue comme une nécessité psychique. L'accueil de l'interprétation par le patient est perceptible en présence, moins en absence, suggérant une certaine discrétion interprétative, sans pour autant y renoncer.

Une des singularités du contexte lié au Covid-19 tient également à ce mélange de l'intime et du professionnel, du côté du patient comme, parfois, du clinicien, notamment lorsque son cabinet est situé à son domicile. Chacun écoute donc ailleurs, écoutant de nouveaux sons auxquels il tente de donner un sens. L'enveloppe sonore du cadre thérapeutique évolue, ouvrant sur de nouvelles significations ou interprétations potentielles. Une patiente me dit qu'elle entend des bruits d'enfant, incluant dans son propos une question sur ma vie privée qu'elle n'oserait

probablement pas me poser en présence. De nouvelles parts de chacun se découvrent ou se fantasment, y compris chez certains patients qui ont dû se replier dans une maison familiale avec tout ou partie de la famille. Un patient qui ne m'avait jamais parlé de la maison familiale évoque des souvenirs, de nouvelles liaisons de sens émergent, contrairement à d'autres patients qui sont inhibés par le changement de contexte et par cette dimension régressive massivement sollicitée. Leur propos devient alors plus plat, plus défensif, plus restreint, dans un mouvement de concrétisation de la vie psychique qui raconte le trou dans le lien représenté par l'absence de représentations de sens. Cet espace, pour qu'il ne devienne pas une béance source de clivage et de rupture du lien, inclut les représentations agressives meurtrières du patient ; le silence et son abstinence verbale portent alors la rétention d'affects hostiles soigneusement réprimés. Le silence du patient devient alors un contenant psychique lesté d'un trop-plein d'affects et de représentations, parler étant par exemple associé dans le fantasme à un déferlement pulsionnel violent.

Pour d'autres patients encore, le confinement assure et garantit des limites, à la façon d'un cadrage par le réel restrictif ; une patiente de 72 ans en analyse me dit au téléphone : « Vous me connaissez, habituellement je me torture avec l'idée de ne rien faire, de me laisser aller, ma culpabilité est très forte. Depuis ce confinement, je ne sens plus cette culpabilité, je me sens libérée. » Elle ressent d'autant cette liberté intérieure que l'interdiction de sortie opère sur la scène de son théâtre intérieur comme un interdit paternel qui la soulage de ses désirs passifs ; regarder la télévision, lire, ne pas chercher à être utile ou à faire quelque chose de concret – c'est-à-dire, dans son fantasme être une bonne (petite) fille aimable – était jusque-là une source incessante de remords voire d'auto-accusations ; l'interdit externe résonne pour elle comme la possibilité de s'autoriser ce qu'elle vivait jusqu'ici comme la transgression d'un interdit source d'une inépuisable culpabilité.

7. Silence et vide dans le contre-transfert

Le silence implique un contre-transfert massivement sollicité ; la représentation de ce que ressent le patient s'impose comme un ressenti clinique, un vécu partagé ou encore la résultante d'une identification projective qui représenterait ce qu'on entend souvent par une communication d'inconscient à inconscient.

Avec des sujets souffrant de problématiques limites ou psychotiques, le silence ne signale pas tant la carence ou le déficit d'une activité fantasmatique, mais témoigne davantage de l'impossibilité d'une mise en représentation. Le silence, la prégnance d'éléments sensoriels dans la relation constituent les fondements d'une analyse contre-transférentielle infra-verbale, parfois jusqu'au sentiment d'être envahi par ce que le silence dépose chez le clinicien.

A contrario, les séances saturées par la parole du patient peuvent représenter une façon de lutter contre la peur du vide, contre le silence de l'analyste vécu comme un abandon dans l'emprise ; ce dernier agirait alors à son insu la répétition d'une situation traumatique ancienne, au cours de laquelle le patient a pu interpréter la position maternelle comme sadique toute-puissante. Envahir le champ de parole d'une séance relève d'une défense maniaque visant à répondre au désir supposé de l'analyste, mais dans un mécanisme au service du déni, dans une forme de masochisme qui peut conduire à des cures inachevées, ou

interminables [4]. Être systématiquement absent dans l'échange tend à réduire la vivance du lien ; dire quelque chose de signifiant évite que le contre-transfert ne soit agi sur le cadre, ou renvoyé en rétorsion au patient par le silence blanc ou hostile du clinicien.

8. Conclusion

Garantir le cadre psychothérapeutique, c'est garantir le déploiement de la parole au sein d'un lien transférentiel. Cependant, ce lieu qui est avant tout un lien de parole n'est pas fait qu'avec des mots. Il est l'effet de la présence physique du clinicien et de son patient dans un lieu précis. Cette présence engage la voix et ses flexions qui trahissent l'affect, la sensorialité à travers la poignée de mains, la disposition des corps dans l'espace, le regard mais aussi le paiement ; la matérialité de l'argent à la fin de chaque séance et sa symbolique dans le cadre d'une cure.

Une question se pose : jusqu'où l'aménagement du cadre garantit-il et préserve-t-il les effets d'une cure de parole et de ses effets thérapeutiques ? Si les corps assurent un effet de présence, leur dématérialisation participerait-elle à un risque de psychotisation sociale de la vie psychique [6] ? Donner une réponse uniforme est impossible, ce qui n'empêche pas pour autant le clinicien d'établir un comportement non pas en réponse à quelque nécessité pour poursuivre les cures par tous les moyens et à n'importe quel prix mais de mesurer face à l'urgence les effets intempestifs d'un arrêt de cure chez les patients les plus vulnérables (adolescents qui présentent un risque suicidaire, patients psychotiques en cure ambulatoire, etc.). Là viendrait se loger une extension potentielle de l'éthique du clinicien, intégrant sa sensibilité transférentielle comme ses capacités à entendre et comprendre son patient en profondeur pour mieux évaluer sa situation conflictuelle et ses conséquences possibles. Sans être devin, il peut deviner le risque latent et son éthique se met au service de son patient, notamment lorsque le bateau tangue ; considérons alors avec tout clinicien une maxime bien connue : le bateau du patient et de son thérapeute peut bien tanguer, l'important est qu'il ne coule pas.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Bleger J. *Psychanalyse du cadre psychanalytique*. In: Kaes R, editor. *Crise, rupture et dépassement*. Paris: Dunod; 1979. p. 255–74.
- [2] Christaki A. *Musique de la langue et poétique du dire*. *Topique* 2014;129:59–68.
- [3] Christaki A, Houssier F. *L'inquiétante étrangeté. De la clinique à la créativité*. Paris; 2020 [In Press, à paraître].
- [4] Duparc F. *L'élaboration en psychanalyse*. Bordeaux: L'Esprit du temps; 1998.
- [5] Green A. *L'acting (in-out) et le processus psychanalytique*. *Rev Fr Psych* 1968;32:1077–84.
- [6] Houssier F. *Psychanalyse de la pop culture*. Toulouse: Erès; 2020.
- [7] Freud S. *Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique*. *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 2007. p. 85–94.
- [8] Freud S. (1912) *Sur la dynamique du transfert*. In *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 2007. p. 73–82.
- [9] Freud S. (1914) *Remémoration, perlaboration répétition*. *La technique psychanalytique*. Paris: PUF; 2007. p. 131–40.
- [10] Klein M. (1921–1945) *essais de psychanalyse*. Paris: Payot; 1968.
- [11] Rodman FRD, Winnicott W. *Lettres vives*. Paris: Gallimard; 1987.
- [12] Thucydide. *La guerre de Péloponnèse*. Tome II. Paris: Les Belles Lettres; 2009 [II. 2.47–255].