

Parler-rêver

Thomas H. OGDEN

(© Copyright International Journal of Psychoanalysis)

Article publié sous le titre : *On talking-as-dreaming*, *Int J Psychoanal* 2007, 88: 575-89,
traduit par Danielle Goldstein, et relu par Céline Gür Gressot.

Résumé : un grand nombre de patients sont incapables de se laisser aller à rêver en séance, que ce soit sous la forme de la libre association ou sous toute autre forme. L'auteur de cet article a mis en évidence dans son travail avec ce type de patients un processus qu'il désigne du terme de parler-rêver, processus grâce auquel les patients en question ont pu commencer à rêver d'une expérience demeurée jusqu'alors intrêvable. De prime abord, le parler-rêver peut ne pas sembler être de nature analytique dans la mesure où il revêt l'apparence d'une conversation sur des sujets divers, tels que livres, films, étymologie, baseball, le goût du chocolat, la structure de la lumière, etc. L'auteur présente deux exemples cliniques détaillés extraits du travail analytique avec des patients très limités dans leur capacité de rêver en séance. Dans le premier exemple clinique, le parler-rêver, servant de levier à une activité de pensée dans le cadre de la relation analytique, a permis à la patiente de rêver pour la première fois d'une double expérience (ayant trait à elle-même, mais aussi dans une certaine mesure à son père) qui était demeurée jusqu'à là impensable et intrêvable. Le second exemple illustre la façon dont le parler-rêver en tant qu'expérience émotionnelle a permis au patient de rêver de soi comme existant et de sortir de l'ombre où il s'était maintenu. L'analyste, tout en s'engageant aux côtés du patient dans ce processus, doit demeurer extrêmement vigilant quant au fait de maintenir en permanence la différence entre le rôle du patient et celui de l'analyste, de ne jamais perdre de vue l'objectif thérapeutique de l'analyse et enfin de donner au patient la possibilité de se rêver existant (et non de devenir l'objet du rêve de l'analyste).

Mots-clé : parler, rêver, rêverie, rêve éveillé, expérience intrêvable, rêve intrêvé.

«Tante, dis-moi quelque chose, j'ai peur, parce qu'il fait si noir. » La tante lui répondit : « A quoi cela te servira-t-il, puisque tu ne peux pas me voir. – ça ne fait rien, répondit l'enfant, du moment que quelqu'un parle, il fait clair. » (Freud, 1905, p.186, note 79).

Je considère comme fondamentale pour la compréhension de la psychanalyse l'idée que l'analyste doit réinventer la psychanalyse avec chaque patient. La mise en œuvre de cet objectif requiert une expérience dans la continuité s'inscrivant dans le cadre de la situation analytique où le patient et l'analyste créent ensemble un type de dialecte singulier et propre à chaque couple analytique à un moment donné de la cure.

Dans cet article, je centrerai ma réflexion des formes de conversation créés par le patient et l'analyste qui, à première vue, peuvent sembler « non analytiques » dans la mesure où le patient et l'analyste parlent de livres, de poèmes, de films, de règles de grammaire, d'étymologie, de la vitesse de la lumière, du goût du chocolat, etc. En dépit des apparences, l'expérience m'a enseigné que ce type de conversation « non analytique » permet le plus souvent au patient et à l'analyste de commencer à pouvoir rêver ensemble, alors qu'ils en avaient jusqu'alors été incapables. Je désignerai ce type de dialecte du terme de parler-rêver. A l'instar de la libre association (et à l'inverse de la conversation ordinaire), le parler-rêver relève principalement du processus de pensée primaire, revêtant la forme d'un non sequitur (du point de vue du processus de pensée secondaire).

Quand on a affaire à une « analyse qui marche » (Winnicott, 1964, p.27), le patient et l'analyste

sont capables individuellement et ensemble de s'engager dans une activité de rêve. L'aire de « chevauchement » de l'activité de rêve du patient et celle de l'analyste est le lieu où se situe l'analyse (Winnicott, 1971, p.55). Dans de telles circonstances, l'activité de rêve du patient s'exprime sous la forme d'associations libres (ou encore sous la forme du jeu, en psychanalyse d'enfants); quant à l'activité de rêve diurne de l'analyste, elle revêt souvent la forme d'une expérience de rêverie. Lorsqu'on a affaire à un patient qui est incapable de rêver, on se trouve alors confronté à une véritable difficulté de l'analyse. C'est à ce type de situations que je consacre mon article.

Je considère l'activité de rêve comme la fonction psychanalytique la plus importante de la vie psychique: lorsqu'on a affaire à un travail du rêve inconscient, on a également affaire à un travail de compréhension inconscient (Sandler, 1976, p.40); lorsqu'on a affaire à un « rêveur – inconscient - qui « rêve le rêve » (Grotstein, 2000, p.5) - on a également affaire à un « rêveur – inconscient - qui comprend le rêve » (p.9). Si tel n'était pas le cas, seuls les rêves faisant l'objet d'une remémoration et d'une interprétation dans le cadre d'une cure analytique ou d'une auto-analyse seraient à même de remplir la tâche d'un travail psychique. Rares sont les analystes aujourd'hui qui souscriraient à l'idée que seuls les rêves remémorés et interprétés favoriseraient la croissance psychique.

La participation de l'analyste au parler-rêver du patient suppose de sa part une attitude proprement analytique à l'égard du patient, celle-ci étant à tout moment mise au service de la tâche analytique consistant à aider le patient à devenir plus pleinement vivant et humain au contact de son expérience. La différence qui sépare cette expérience du parler-rêver d'autres types de conversations qui, à première vue, pourraient lui ressembler (une conversation qui ne mène nulle part, voire même une conversation substantielle entre mari et femme, parent et enfant ou frère et sœur) est à relever. Ce qui différencie le parler-rêver réside dans le fait que l'analyste engagé dans cette forme de conversation est continuellement en train d'observer et de réfléchir en lui-même à deux niveaux inextricablement liés de l'expérience émotionnelle: 1) le parler-rêver en tant qu'il constitue pour le patient une naissance psychique via la transformation dans et par l'activité de rêve de son expérience émotionnelle ; et 2) la co-réflexion de l'analyste et du patient au sujet de l'expérience de compréhension (apprendre à connaître) du sens revêtu par la situation émotionnelle à laquelle l'activité de rêve fait face.

Je présenterai deux exemples cliniques illustrant ma conception du parler-rêver. Dans le premier, la patiente et l'analyste parlent ensemble suivant un mode consistant à rêver d'un aspect de l'expérience de la patiente (et dans une certaine mesure de l'expérience de son père), aspect au sujet duquel elle avait été jusqu'à là incapable de rêver. Dans le second, le patient et l'analyste se trouvent engagés dans une forme de parler-rêver où l'analyste participe aux premiers efforts du patient pour « se rêver », pour « se rêver vivant ».

Un cadre théorique

Le cadre théorique de cet article est basé sur la transformation radicale que Bion (1962a, b, 1992) a fait subir à la conception psychanalytique du processus du rêve y compris lorsque la capacité de rêver fait défaut. De même que Winnicott a fait basculer sur l'activité de jeu l'accent mis par la théorie et la pratique analytiques sur le jeu (en tant que représentation symbolique du monde interne de l'enfant), de même Bion a déplacé l'intérêt porté au contenu symbolique des pensées à l'activité de pensée et celui du sens symbolique des rêves à l'activité de rêve.

Pour Bion (1962a), la fonction alpha (un ensemble de fonctions mentales a priori inconnues et peut-être même inconnaissables) transforme les « impressions sensorielles – brutes - liées à l'expérience émotionnelle » (p. 17) en pensées du rêve. Une pensée du rêve représente un problème émotionnel auquel l'individu doit faire face (Bion, 1962b; Meltzer, 1983) et donne ainsi une impulsion au développement de la capacité de rêver (l'activité de rêve étant synonyme de l'activité de pensée

inconsciente). « Les pensées (du rêve) requièrent un appareil capable d'y faire face... C'est pour faire face aux pensées (du rêve) que l'activité de pensée (du rêve) doit apparaître (Bion, 1962b, p.126). En l'absence de la fonction alpha (celle du sujet lui-même ou celle fournie par un tiers), le sujet se trouve dans l'incapacité de rêver et, par conséquent, dans l'incapacité d'utiliser (de réaliser un travail psychique inconscient sur) son expérience émotionnelle vécue, passée ou présente. De ce fait, une personne incapable de rêver se trouve prise au piège d'un monde immuable et sans fond.

Les expériences « irrêvables » trouvent parfois leur origine dans un trauma – il peut s'agir d'expériences émotionnelles douloureuses et insupportables telles que la mort prématurée d'un parent, la mort d'un enfant, une guerre, un viol ou l'enfermement dans un camp d'extermination. Mais elles peuvent également tirer leur origine de « traumatismes intrapsychiques », c'est-à-dire d'expériences où le sujet est débordé par ses fantasmes conscients ou inconscients. Dans ce cas, le trauma découle soit de l'incapacité de la mère de tenir (hold) le nourrisson et de contenir ses angoisses primitives, soit d'une fragilité psychique constitutionnelle rendant l'individu – le nourrisson et l'enfant – incapable de rêver son expérience émotionnelle et ce malgré l'aide d'une mère suffisamment bonne. L'expérience irrêvable, qu'elle soit la conséquence de facteurs externes ou intrapsychiques, demeure encastrée au sein de l'individu, telle un rêve non rêvé, sous la forme d'une maladie psychosomatique, d'une psychose clivée, d'états « désaffectés » (Mc Dougall, 1984), de poches d'autisme (Tustin, 1981), de perversions graves (de M'Uzan, 1984), ou encore d'addictions.

Cette conception de l'activité de rêve et de l'incapacité de rêver constitue le noyau de ma réflexion concernant la psychanalyse comme processus thérapeutique. Comme je l'ai souligné précédemment (Ogden, 2004, 2005), je considère la psychanalyse comme une expérience à laquelle participent le patient et l'analyste dans un cadre analytique destiné à créer les conditions qui permettent au patient (avec la participation de l'analyste) d'acquérir la capacité de rêver d'expériences émotionnelles demeurées jusqu'à là irrêvables (ses « rêves non rêvés »). Je considère le parler-rêver comme une improvisation sous la forme d'une conversation à bâtons rompus (sur un nombre quasi illimité de sujets) où l'analyste prend part aux rêves non rêvés du patient. Ce faisant, l'analyste aide le patient à se rêver comme existant plus pleinement.

Fragments de deux analyses

J'exposerai à présent le matériel clinique extrait du travail analytique avec deux patients, l'un comme l'autre se trouvant sérieusement entravés dans leur capacité de rêver de leur expérience émotionnelle, que ce soit à travers la libre association ou à travers d'autres processus similaires. Au cours de leur analyse, chacun, avec l'aide de l'analyste, acquit la capacité de rêver véritablement sous la forme du parler-rêver.

I. Parler-rêver de rêves précédemment non-rêvés

Mme L, une femme douée et dotée d'une intelligence exceptionnelle, entreprit une analyse car elle était en proie à de très fortes angoisses à la pensée que son fils Aaron, âgé de sept ans, ne tombât malade et mourût. Elle souffrait également d'une peur de mourir quasi insupportable qui, à certaines périodes, l'avait rendue incapable d'accomplir quoi que ce soit. Ces peurs étaient aggravées par le sentiment que son mari était si égocentrique qu'il aurait été incapable de prendre soin de leur fils s'il devait lui arriver quelque chose (à elle). Mme L était tellement obnubilée par ses angoisses au sujet de la vie de son fils et de sa propre vie que durant la première année de son analyse il lui fut pratiquement impossible de parler de quoique ce soit d'autre. Les autres aspects de sa vie émotionnelle n'avaient aucune signification pour elle. L'idée qu'elle venait me voir pour réfléchir à sa

vie n'avait aucun sens pour elle – elle se rendait à chacune de ses séances quotidiennes avec l'espoir que je la libérerai de ses angoisses. La vie onirique de Mme L était composée quasi exclusivement de « rêves » qui n'étaient pas des rêves (Bion, 1962a ; Ogden, 2004) au sens où ses rêves et ses cauchemars récurrents, où elle était réduite à l'impuissance devant des catastrophes en cascade, demeuraient pour elle lettre morte. Ma propre capacité de rêverie était diminuée et inappropriée au travail psychique.

Dès le début de l'analyse, je fus frappé par son élocution particulière. Elle parlait de façon spasmodique, jetant des mots en rafales, comme si elle essayait de placer autant de mots que possible en une seule respiration. J'avais l'impression qu'elle craignait de perdre sa respiration à tout moment ou encore qu'elle avait peur que je ne l'interrompe en lui disant que j'en avais entendu plus qu'assez et que je ne supporterai pas un mot de plus.

Alors que débutait la seconde année de l'analyse, la patiente semblait avoir perdu tout espoir en ma capacité de l'aider. C'est à peine si elle marquait une pause après une intervention de ma part, car aussitôt elle reprenait la ligne de pensée que j'avais momentanément interrompue. Elle semblait ne porter aucun intérêt à ce que j'aurais à lui dire – peut-être en raison du fait qu'elle pouvait entendre presque instantanément au ton de ma voix et au rythme de mes paroles que ce que j'étais sur le point de lui dire ne lui apporterait pas le soulagement qu'elle attendait. Elle réagissait au mélange d'angoisse et de désespoir qu'elle ressentait en déversant en séance un flot ininterrompu de paroles; de ce fait, nous étions engloutis (elle et moi) et privés de toute véritable possibilité de rêver et de penser. Je dis à Mme L que j'avais l'impression qu'elle se sentait comme totalement dénuée des ressources nécessaires au changement via la pensée et le langage. (J'avais à l'esprit son incapacité de parler sans hacher les phrases et les paragraphes en menus morceaux.) Suite à cette observation de ma part, la patiente marqua une pause légèrement plus longue qu'à l'accoutumée avant de reprendre ce qu'elle était en train de dire. Je lui fis remarquer qu'elle avait dû ressentir l'inutilité de mes propos.

Durant les mois précédant la séance que je présenterai, l'élocution de la patiente était devenue progressivement moins heurtée. Elle était en mesure pour la première fois d'évoquer ses souvenirs d'enfance avec affect. Jusqu'à là tout s'était passé comme si la patiente n'avait pas le « temps » (c'est-à-dire l'espace psychique) de penser ou de parler d'autre chose que de ses efforts pour « tenir bon » et lutter contre la folie. Sa peur de mourir et ses inquiétudes au sujet d'Aaron diminuèrent considérablement, à tel point qu'elle se remit à lire, ce qu'elle avait complètement cessé de faire depuis la naissance de son fils. La lecture et l'étude de la littérature avaient été sa passion pendant ses années universitaires. Aaron était né seulement quelques mois après qu'elle eut terminé sa thèse de doctorat.

La séance que je présenterai tombait un lundi. La patiente commença par me dire qu'elle avait relu le roman *Disgrâce* (1999) de J.M. Coetzee, pendant le week-end. (Mme L et moi avons brièvement parlé de l'œuvre de Coetzee au cours de l'année précédente. Comme elle, je suis un fervent admirateur de cet écrivain et il ne fait aucun doute que ceci avait transparu dans nos échanges à ce sujet.) Mme L dit, « Il y a quelque chose dans ce livre (dont l'histoire se déroule en Afrique du Sud après l'abolition de l'apartheid) qui m'attire inexorablement. Le narrateur (un professeur d'université) essaye de revenir à la vie – si tant est qu'il n'ait jamais vraiment vécu – en ayant une relation sexuelle avec l'une de ses étudiantes. Il semble évident qu'elle va le dénoncer, et lorsqu'elle le dénonce effectivement, il refuse de se défendre et d'exprimer ses regrets devant le conseil académique comme ses amis et collègues l'avaient enjoint de le faire. On le licencie donc. On eut dit qu'il avait été accompagné par un sentiment de honte tout au long de sa vie et que cet incident n'était que la énième preuve de cet état, preuve qu'il ne pouvait ni ne voulait tenter de réfuter. »

Bien que la patiente s'exprimât sur son mode habituel (où l'on aurait dit qu'elle jetait les mots), il

était indéniable qu'un changement était en train de se produire. Mme L parlait avec une vitalité authentique de quelque chose qui n'était directement lié ni à ses peurs au sujet de son fils ni à sa propre santé. (Il est à noter cependant que ce changement ne s'était pas produit ipse facto lors de cette séance. Il s'était développé plutôt sur plusieurs années, se révélant d'abord par une note d'humour, puis ensuite par un jeu de mots non intentionnel mais apprécié, ou encore, occasionnellement, par un rêve où pointait une légère note de vitalité, et de mon côté, par une rêverie caractérisée par une vivacité inattendue. Très lentement, ces événements épars en vinrent à constituer les éléments d'une façon d'être spontanée advenant sous la forme que je suis en train de décrire.)

Je ne communiquai pas à la patiente le contenu de ma pensée, à savoir qu'en parlant du narrateur, elle parlait peut-être également avec elle-même et avec moi d'un conflit psychique opposant une partie d'elle-même (identifiée au narrateur qui refusait de mentir) à une autre partie (où les angoisses de mort entravaient la possibilité de penser, de ressentir et de parler de façon authentique). Si j'étais intervenu à ce moment-là d'une manière ou d'une autre, cela aurait équivalu à tirer la patiente d'un rêve fait pour la première fois en séance, pour lui en communiquer mon interprétation. Toutefois, il était important que je formule cette interprétation en mon for intérieur car, comme nous le verrons, je me trouvais à cette époque aux prises avec le même processus d'évitement de la pensée et des sentiments que ma patiente.

Je dis à Mme L : « Dans *Disgrâce*, la voix de Coetzee est une des voix les moins sentimentales qu'il m'ait jamais été donnée d'entendre. Dans chacune de ses phrases, il exprime clairement combien il déplore toute tentative d'arrondir les angles d'une expérience humaine quelle qu'elle soit. Une expérience est ce qu'elle est, ni plus ni moins. » (En disant cela, je ressentis que ma façon de penser et de parler revêtait une forme inédite, différente du caractère habituel qui jusqu'à là avait marqué nos échanges dans l'analyse.) Je fus un peu surpris d'entendre Mme L poursuivre de la façon suivante : « Il y a entre les personnages du livre et en chacun d'eux quelque chose qui, bien qu'horrible, sonne terriblement vrai. »

J'intervins alors pour dire quelque chose qui, même sur le moment, m'apparut comme un non sequitur : « Dans les premiers livres de Coetzee, on entend la voix d'un auteur qui ne sait pas encore qui il est comme auteur, voire même comme personne. Il est maladroit et tâtonne. Je me sens parfois dans l'embarras avec lui. » (Je sentais que les mots « avec lui » traduisaient mieux ce que j'éprouvais en séance avec Mme L que ne l'auraient fait les mots « pour lui ». Ainsi, je mettais l'accent à la fois sur mon propre malaise et sur le sien dans les tentatives maladroites que nous faisons pour parler/penser/rêver autrement.)

Mme L ajouta alors un autre « non sequitur » à nos échanges : « Même après le viol de sa fille et le massacre des chiens que celle-ci aimait tant, le narrateur trouve le moyen de se raccrocher aux fragments d'humanité qui survivent en lui. Après avoir aidé le vétérinaire à pratiquer une euthanasie sur les chiens qui n'avaient sur terre ni de lieu ni personne pour les accueillir, il essaya de leur épargner l'indignité d'être traités comme des déchets. Il décida d'être présent de bon matin pour mettre lui-même les cadavres dans le crématoire, plutôt que de confier cette tâche aux ouvriers qui faisaient fonctionner la machine. Il ne pouvait supporter l'idée de voir les ouvriers briser de leurs pelles les pattes des chiens qui, raidies et distendues par la mort, obstruaient le passage des cadavres à travers la porte de la machine. » (La voix de Mme L avait une tonalité triste et chaleureuse. Tandis qu'elle parlait, me revint à la mémoire le souvenir d'une conversation avec un ami proche, peu de temps après son retour à la maison au sortir d'une hospitalisation durant laquelle il avait failli mourir. Il m'avait raconté que cette expérience lui avait enseigné une chose : « Mourir n'est pas un acte de courage. C'est comme si l'on se trouvait sur un tapis roulant qui vous conduit jusqu'au bout. » Il avait ajouté : « Mourir est une chose facile. Vous n'avez rien à faire. » Je me souvins avoir éprouvé un sentiment d'humilité, pendant notre conversation, face à la dignité avec laquelle il avait affronté

la mort durant son séjour à l'hôpital et sa capacité d'utiliser son ironie et son humour, malgré son état d'épuisement physique et émotionnel, pour ne pas se laisser écraser par l'expérience.)

Fixant à nouveau mon attention sur Mme L, je répondis à ses propos au sujet du maniement des chiens morts (et à la compassion qu'elle avait manifestée à cette occasion), en disant : « Le narrateur continuait ses petits gestes (liés à la crémation des chiens), bien qu'il sût pertinemment que ce qu'il faisait était si insignifiant que personne au monde n'aurait pu s'en apercevoir. » En disant cela, je me mis à penser (d'une façon qui était inédite pour moi dans cette analyse) à l'effet que la tragédie de la mort avait exercé sur la vie de Mme L. Dans les premiers temps de l'analyse, mais aussi lors d'une séance qui eut lieu quelques mois avant celle que je décris, la patiente m'avait raconté que la première femme de son père et leur petite fille de trois ans avaient été tuées dans un accident de voiture. (La patiente aimait profondément son père et se sentait aimée par lui). Lorsqu'elle avait évoqué, en ces deux précédentes occasions, la mort de la première femme de son père et de leur fille, on aurait dit qu'elle me transmettait simplement une information, quelque chose qu'il fallait que je sache, dans la mesure où les analystes (avec leur façon stéréotypée de penser) ont tendance à attacher une grande importance à ce type d'événement. (Dès lors, je fus à même d'utiliser l'interprétation que j'avais gardée par devers moi concernant la façon dont la patiente (et moi-même) évitons de penser//rêver/parler/se remémorer ce qui constituait le véritable fondement de l'expérience émotionnelle. Dans mon travail avec Mme L, j'avais été, depuis plus d'un an, incapable de, voire même peu disposé à, penser/rêver/se remémorer et garder vivante au-dedans de moi-même l'immense (et inimaginable) douleur que le père de la patiente et la patiente avaient ressentie face à la mort de la première femme du père et de leur fille. J'étais extraordinairement surpris par mon incapacité de garder intacte l'émotion provoquée par ces décès.)

A compter de ce moment, je pus me mettre à rêver (à travailler psychiquement, consciemment et inconsciemment) de la « honte » ressentie par la patiente à l'idée d'être vivante à la place de la première femme de son père et de leur fille, ainsi qu'à la place de son père qui, lui aussi d'une certaine façon, était mort avec elles. Mme L répondit à mon observation au sujet des gestes insignifiants mais importants du narrateur, en disant : « Dans les livres de Coetzee, mourir n'est pas ce qu'il y a de pire pour un individu. Je trouve cette idée réconfortante. Je ne sais pas pourquoi, mais cela me fait penser à une phrase que j'aime, extraite d'un récit autobiographique de Coetzee. Vers la fin, il dit à peu près ceci : « Tout ce que nous pouvons faire, c'est de persister bêtement, obstinément (ndt : en anglais, obstinément se dit « doggedly » c'est-à-dire littéralement « chiennement »), dans nos échecs répétés. » Mme L rit franchement, comme jamais je ne l'avais entendue rire auparavant, en disant : « Décidemment, il y a des chiens partout aujourd'hui. J'aime beaucoup les chiens. Ce sont les innocents du royaume des animaux. » Puis, elle devint pensive et dit : « Les échecs répétés n'ont rien de fascinants. Je me sens totalement nulle comme mère. Je ne peux pas me mentir à moi-même et faire comme si mon fils ne ressentait pas mon obsession de le voir mourir, à tel point que la vie lui fait terriblement peur. Je n'avais pas l'intention de dire les choses comme ça – la vie lui fait terriblement peur (ndt : l'expression correspondante en anglais est intraduisible en français – to scare the life out of someone veut dire littéralement : faire fuir la vie de quelqu'un) – mais c'est comme ça que je ressens les choses. Je suis terrifiée à l'idée que je le tue avec ma peur – que je fais fuir sa vie, mais c'est plus fort que moi. C'est ça ma « honte ». » Mme L pleurait. (Tandis qu'elle parlait, il était clair pour moi que la réaction de son père à la perte « impensable » qu'il avait subie lui avait fait perdre la vie à elle.)

Je dis : « Je crois que la honte a recouvert toute votre vie. La douleur de votre père était insupportable non seulement pour lui, mais également pour vous. Vous ne pouviez pas apporter de l'aide à ce père en proie à une douleur inimaginable. Sa douleur était quelque chose de si complexe pour vous – vous êtes encore et toujours, lui et vous, en proie à cette douleur qui dépasse de loin ce que quiconque pourrait supporter. » (C'est la première fois que je faisais allusion à son incapacité non

seulement d'aider son père, mais également de rêver de l'expérience qu'avait constituée pour elle sa propre réaction à sa douleur à lui. J'avais à l'idée, mais sans le lui dire, qu'elle avait honte d'en vouloir à son père de ne pas avoir été capable d'être le père qu'elle avait désiré qu'il soit. De plus, elle reportait sa colère sur son mari en le rabaisant, dans la mesure où elle le percevait comme incapable d'être un père pour leur fils.)

Mme L ne réagit pas directement à ma construction ; elle dit plutôt : « C'est bizarre que je considère les personnages du livre de Coetzee comme courageux. Eux ne se voient pas du tout comme cela ; c'est moi qui ressens les choses ainsi. Dans le livre *Michaël K, sa vie, son temps* (1983), Michaël K (un homme noir en Afrique du Sud du temps de l'apartheid) construit une charrette avec des débris de bois et de métal afin de transporter sa mère mourante vers sa ville natale pour qu'elle puisse y mourir – le seul semblant de chez soi qu'elle ait jamais connu. Je ne crois pas que pour Michaël K il s'agisse là d'un acte de courage. Il sait seulement que c'est ce qu'il doit faire. C'est un projet voué à l'échec et je suis sûre qu'il le savait dès le début, comme moi d'ailleurs. Mais il n'avait pas d'autre alternative. C'était l'unique solution. J'aime bien le fait que chez Coetzee les narrateurs soient souvent des femmes. Dans *L'âge de fer* (1990), la narratrice (une femme blanche vivant en Afrique du Sud du temps de l'apartheid) recueille un homme noir sans domicile. Elle se sent coupable et le prend en pitié; il suscite son admiration, mais aussi sa colère. On peut dire aussi qu'à sa façon elle l'aime. Elle ne ménage jamais ses mots, ni quand elle s'adresse à lui, ni quand elle s'adresse à elle-même. C'est comme ce qui se passe ici parfois, entre vous et moi. C'est le cas aujourd'hui, pas entièrement mais suffisamment pour que je me sente plus forte maintenant, ce qui ne signifie pas forcément plus heureuse. Mais j'ai davantage besoin de me sentir plus forte que de me sentir plus heureuse. » (J'entendais au son de sa voix qu'elle ressentait (sans pouvoir encore le dire, ni se le dire) de l'admiration, de la colère et de l'amour (à sa façon) envers moi, avec l'espoir que moi aussi, un jour, je puisse ressentir tout cela envers elle.)

Je m'aperçois que je n'ai pu rendre compte de toutes les sinuosités du mouvement inhérent à cette séance. La patiente et moi-même allions à la dérive, au gré du courant qui nous emportait, d'un thème, d'un livre, d'un sentiment à un autre, sans ressentir la nécessité de lier les choses entre elles, de penser logiquement ou de répondre directement à ce que l'autre avait dit. Nous avons parlé tour à tour de la décision de Coetzee de s'installer à Adelaïde, en Australie, du discours anti-capitaliste aux tonalités cinglantes prononcé par John Berger, lauréat du Booker Prize, lors de la cérémonie de remise des prix, du sentiment de déception que nous avons éprouvé à la lecture des deux derniers romans de Coetzee, et ainsi de suite. Je ne me souviens plus quand précisément nous avons abordé tel ou tel sujet ; était-ce au cours de la séance que je présente ou lors de séances ultérieures ? C'est difficile à dire. De même, je ne puis dire avec certitude qui de nous deux a tenu tel ou tel propos dans le dialogue que j'ai rapporté.

Au fur et à mesure de l'évolution, au cours des semaines et des mois qui suivirent, de l'expérience émotionnelle vécue lors de cette séance en particulier, la patiente me dit que son père avait été en proie à des accès de dépression graves tout au long de son enfance (à elle) et qu'elle s'était sentie dans l'obligation de l'aider à surmonter ces états. Elle était souvent demeurée assise à ses côtés durant de longs moments « tandis qu'il sanglotait irrésistiblement, étouffé par ses larmes. » Alors que Mme L évoquait ces souvenirs liés à son père, l'idée me traversa l'esprit que la façon particulière qu'elle avait de faire entrer autant de mots que possible en une seule respiration, était peut-être à mettre en rapport avec ce qu'elle avait éprouvé aux côtés de son père lorsque celui-ci s'étouffait en sanglotant. Incapable de rêver de cette expérience avec son père, elle avait peut-être somatisé ses rêves inrêvables (et ceux de son père) dans son mode de parler et de respirer.

Pour résumer, je dirais qu'au cours de la séance que j'ai présentée, le dialogue entre Mme L et moi au sujet de livres a revêtu la forme du parler-rêver, au sens d'une activité de rêve qui n'appar-

tenait exclusivement ni à la patiente ni à moi. La patiente avait rarement été capable jusqu'à là de s'adonner à la rêverie, se trouvant prise au piège d'une expérience inrêvable, clivée et atemporelle, qui nourrissait sa crainte et d'avoir été dépouillée en même temps que son père d'une bonne partie de sa vie et de dépouiller son fils de sa vie à lui. Au cours de cette séance donc, la patiente se mit à pouvoir rêver (sous la forme du parler-rêver) de l'expérience de/avec son père, demeurée jusqu'à la inrêvable.

II. Parler-rêver comme moyen de naître à la vie

Je décrirai à présent une expérience où le parler-rêver servit à un patient de point de départ au développement de sa propre capacité rudimentaire de « rêver de soi comme existant ».

Mr B fut complètement laissé à l'abandon durant son enfance. Il était le plus jeune d'une fratrie de cinq enfants nés dans une famille catholique d'origine irlandaise vivant dans une banlieue ouvrière de la ville de Boston. Lorsqu'il était enfant, le patient avait été la cible de ses trois frères aînés qui l'humiliaient et lui faisaient peur à la moindre occasion. Mr B se débrouilla du mieux qu'il pouvait pour « devenir invisible ». Il passait le moins de temps possible chez lui et lorsqu'il se retrouvait à la maison il faisait tout ce qui était en son pouvoir pour se soustraire à l'attention des autres. Il comprit très tôt qu'il valait mieux ne pas attirer l'attention de ses parents sur ses difficultés, car cela n'aurait abouti en fin de compte qu'à ce que ses frères redoublent d'efforts pour le brutaliser. Néanmoins, il se raccrochait fermement à l'espoir que ses parents, et en particulier sa mère, s'apercevraient d'eux-mêmes de ce qui se passait sans qu'il ait eu besoin de le leur dire.

Vers l'âge de sept ou huit ans, Mr B s'immergea dans la lecture. Il lit littéralement les uns après les autres tous les rayons de livres de la bibliothèque municipale. Il me dit qu'il ne fallait pas que je confonde lecture avec intelligence ou acquisition de connaissances. « Je fuyais dans la lecture. Je me perdais dans les histoires et une semaine seulement après avoir terminé un livre, j'étais tout simplement incapable d'en dire quoi que ce soit. » (Dans une précédente contribution (Ogden, 1989), j'ai étudié la question de l'utilisation de la lecture comme une expérience sensorielle mise au service de défenses autistiques.)

En dépit du fait que j'aimais bien Mr B, les quatre premières années de l'analyse m'apparurent comme dénuées de vie. Mr B parlait lentement, comme s'il pesait soigneusement chacun de ses mots avant de parler. A la longue, nous en vînmes, lui et moi, à considérer que cela reflétait sa peur de me voir ou bien utiliser ses propos pour l'humilier (du point de vue du transfert fraternel) ou bien passer à côté de ce qui, bien que non dit, était le plus important (du point de vue du transfert maternel.)

Ce n'est qu'à partir de la cinquième année de l'analyse (qui se déroulait à raison de cinq séances par semaine) que le patient commença à pouvoir se remémorer et me raconter ses rêves. Parmi les premiers rêves datant de cette période, il y en avait un d'où ressortait une seule image : il s'agissait d'une pauvre statue de cire représentant la Vierge à l'enfant dans un musée de cire. Le caractère le plus troublant de cette image avait trait au regard vide échangé par les deux personnages.

La séance que je présenterai eut lieu peu de temps après la survenue de ce rêve de la Vierge à l'enfant, lors d'une période de l'analyse où le patient et moi-même commençons à pouvoir parler l'un avec l'autre avec un certain élan de vitalité. Cependant, ce mode d'échange encore tout nouveau nous paraissait fragile et parfois mal aisé.

Mr B commença par me raconter qu'à son travail il avait entendu une femme dire à une de ses collègues qu'elle ne pouvait pas supporter de voir le film des frères Coen, *Raising Arizona*, car elle ne comprenait pas ce que le kidnapping d'un bébé pouvait avoir d'humoristique. Mr B me demanda alors : « Est-ce que vous avez vu ce film ? » C'était la seconde ou troisième fois seulement depuis le début de l'analyse que Mr B me posait une question aussi directe. La relation analytique avait été jusqu'alors quasiment exclusivement centrée sur l'expérience et l'état d'esprit du patient, sans la moindre allusion explicite à ce qui se passait de mon côté. Il ne me semblait pas naturel de répondre simplement à sa question, mais il me semblait inimaginable de réagir en lui retournant la question, en lui demandant par exemple de me dire pourquoi il me posait cette question ou en lui suggérant l'idée qu'il avait sans doute peur que je ne comprenne pas la signification de ce qu'il était sur le point de me dire. Je dis à Mr B que j'avais effectivement vu le film plusieurs fois. C'est seulement au moment où je prononçai ces paroles que je me rendis compte que ma réponse allait au-delà de ce que le patient m'avait demandé. Je ressentis cela non comme un lapsus de ma part, mais plutôt comme une ligne que j'aurai ajoutée à un jeu de squiggle. Néanmoins, j'étais légèrement inquiet à l'idée que ce que j'avais ajouté serait vécu par le patient comme une forme d'intrusion et pourrait précipiter l'équivalent d'une interruption dans le jeu.

Mr B remua la tête sur le coussin d'une manière qui semblait dénoter un sentiment de surprise face à la façon dont je lui avais répondu. Il nous semblait clair à l'un et à l'autre que nous nous trouvions sur un terrain encore inconnu. Tandis que nous assistions à ce changement émotionnel, plusieurs questions relatives au transfert/contre-transfert me traversèrent l'esprit. En me posant une question directe, Mr B avait osé devenir moins « invisible », quant à moi, je lui avais en quelque sorte et sans aucune intention consciente fourni une réponse « en nature ». De plus, il m'invitait à engager avec lui une conversation au sujet de l'œuvre de deux frères, les frères Coen, qui créaient ensemble des choses extraordinaires. Créer quelque chose (devenir quelqu'un) avec un frère était une expérience que le patient n'avait pas connue avec ses propres frères. Leur apparition dans la séance reflétait peut-être le désir du patient de faire cette expérience avec moi. Je pris le parti de ne rien communiquer de tout cela au patient, car je pensai que cela aurait eu pour effet de nous écarter de notre tentative d'esquisser un mouvement en direction d'une intimité émotionnelle inédite.

D'une voix où perçait un sentiment d'une intensité inhabituelle, Mr B dit qu'il pensait que cette femme qu'il avait entendu parler de *Raising Arizona* traitait le film comme s'il s'était agi d'un documentaire : « Ca semble bizarre que ça me mette dans tous mes états, mais c'est un de mes films préférés. Je l'ai vu tant de fois que je connais les dialogues par cœur ; je déteste l'idée qu'on puisse dénigrer ce film avec autant de stupidité. » « Il y a de l'ironie dans chaque séquence de ce film. L'ironie est un sentiment qui peut être effrayant parfois. On ne sait jamais à quel moment on peut en devenir l'objet », lui dis-je. (Bien que les propos du patient traduisissent inconsciemment ce qui se passait dans la relation entre lui et moi – nous étions à la fois plus souples et moins stupides l'un envers l'autre qu'auparavant - il me semblait préférable de ne pas intervenir à ce niveau-là de peur d'interrompre l'émergence, me semblait-il, de ce processus que j'appelle le parler-rêver.)

Mr B dit : « Ce film n'est pas un documentaire, mais un rêve. Il commence par une scène où l'on voit Nicolas Cage se faire photographier par les autorités après chaque arrestation comme récidiviste pour une série de petits délits. On a affaire dès le début du film à deux niveaux de réalité : la personne et sa photo. C'est la première fois que je pense à l'ouverture du film en ces termes. Et l'énorme type sur sa moto – il s'agit plus d'un archétype que d'une personne – qui vit dans une sorte de réalité parallèle déconnectée de la réalité qui prévaut dans les autres parties du film. Je suis désolé de me laisser emporter par tout cela. » (La voix du patient était emplie d'une excitation enfantine.) « Pourquoi ne pas se laisser emporter ? », lui demandai-je. (Ce n'était pas une question rhétorique. J'exprimai ainsi de façon extrêmement condensée le fait qu'il avait eu, étant enfant, de bonnes raisons de penser qu'il était dangereux de laisser transparaître son excitation, mais que ces raisons

s'inscrivaient dans une réalité autre, la réalité du passé, qui éclipsait souvent pour lui la réalité du présent).

Sans marquer de pause, Mr B poursuit en disant : « La scène du film que je préfère se situe vers la fin lorsque on entend Nicolas Cage parler en voix off (cette scène a lieu après que Nicolas Cage et Holly Hunter ont rendu l'enfant, à la suite de quoi Holly Hunter dit à Nicolas Cage qu'elle va le quitter). Tandis qu'il reste allongé auprès d'elle dans leur lit, on l'entend parler d'une voix à mi-chemin entre la pensée, au moment de s'endormir, et le rêve. Dans sa voix transparaît le sentiment qu'il ferait n'importe quoi pour avoir une seconde chance et recommencer tout à zéro, mais en même temps il se connaît suffisamment pour savoir qu'il risque fort de tout gâcher à nouveau. Maintenant que j'y pense, la fin du film apparaît comme une répétition, sous une forme plus riche, de la scène du début où on le voit se faire photographier après chaque arrestation. Il n'arrive jamais à rien. Mais, à la fin du film, on sait à qui l'on a affaire et on souffre à l'idée qu'il ne s'en sortira pas. C'est quelqu'un de bien. Dans le monologue en voix off à la fin du film, il s'imagine la vie du petit Nathan Jr. (le bébé qu'ils ont kidnappé puis rendu à sa famille). Cage voit se dessiner vaguement dans le futur sa propre présence impalpable dans la vie de l'enfant au fur et à mesure que celui-ci grandit. L'enfant ressent à ses côtés la présence protectrice de quelqu'un qui l'aime et qui est fier de lui, mais il ne parvient pas vraiment à relier ce sentiment à une personne en particulier. » (Bien évidemment, j'entendis ses propos comme une façon inconsciente de me dire qu'il se sentait protégé par mon amour. De plus, le bébé chéri que Mr B et moi-même créions en rêve semblait « personnifier » l'expérience analytique elle-même qui, dans cette séance, était en train de « naître » au travers d'un processus où lui et moi rêvions ensemble.)

Je dis au patient : « Dans la dernière scène, Nicolas Cage imagine aussi un couple – peut-être s'agit-il de Holly Hunter et de lui-même – avec leurs enfants et petits-enfants. » Mr B m'interrompt en disant d'une voix excitée : « Oui, son rêve à la fin est à double sens. J'ai envie de croire qu'il regarde vers le futur. Mais non, c'est un sentiment plus doux que ça, une sensation de peut-être. Même pour quelqu'un d'aussi tordu que lui, s'il est capable d'imaginer quelque chose, cela pourrait se produire. Non, ça me semble trop plat. Je n'arrive pas à trouver les mots pour le dire. C'est vraiment frustrant. S'il a pu rêver de cela, c'est donc que cela s'est produit dans son rêve. Non, je n'arrive pas à exprimer ce que je veux dire. »

Je choisis de ne pas centrer mon intervention sur le sens de la difficulté du patient à trouver les mots exacts – qui était probablement liée à son angoisse d'éprouver un sentiment d'amour envers moi et l'espoir que ce sentiment fut réciproque – mais de reprendre plutôt les choses sous l'angle du processus du parler-rêver. « Peut-être pourrions-nous dire cela autrement. Pour moi, la voix de Cage lorsqu'il raconte son rêve à la fin sonne différemment qu'à tout autre moment du film. Il ne fait pas semblant d'avoir changé pour plaire à Holly Hunter et obtenir d'elle qu'elle reste avec lui. Il s'agit d'un véritable changement dans sa façon d'être et ça s'entend dans sa voix. » (C'est seulement au moment où je prononçai ces mots que je réalisai que je ne parlais pas uniquement de l'imagerie propre au parler-rêver du patient, mais également et implicitement de la différence que j'entendais dans la voix du patient et la mienne, comme dans celle de Cage.) Le patient acquiesça avec soulagement en disant : « Oui, c'est ça. »

Bien qu'à ce moment-là de l'analyse, ni le patient ni moi-même n'étions disposés à parler plus directement de ce qui était en train de se passer dans la relation analytique, il était clair pour l'un et l'autre que quelque chose de nouveau et de significatif était en train de se produire. Quelques semaines plus tard, Mr B parla de son expérience de la séance où nous avons discuté de *Raising Arizona*. Il compara cette expérience avec celle qu'il avait vécue dans son enfance à travers la lecture. « La façon dont j'ai parlé de *Raising Arizona* n'a rien à voir avec la façon dont je lisais quand j'étais enfant. En lisant, je m'identifiais totalement au monde imaginaire d'une autre personne. En

parlant du film comme je l'ai fait, je n'avais pas le sentiment de m'égarer. Je devenais davantage moi-même. Je ne parlais pas seulement de ce que Nicolas Cage et les frères Coen avaient fait, mais de qui j'étais moi-même et de ce que je pensais de ce film. »

Le patient revint à nouveau sur cette séance ultérieurement : « Je crois que l'important n'est pas ce dont nous parlons ici – qu'il s'agisse de films ou de livres ou de voitures ou du baseball. Avant, j'avais tendance à penser qu'il y avait des choses dont il fallait parler, comme la sexualité, les rêves ou l'enfance. Mais maintenant il me semble que le plus important, c'est la façon dont nous parlons et non pas ce dont nous parlons. »

Il se peut que le film *Raising Arizona* ait captivé l'imagination du patient, car ce film raconte l'histoire de deux personnes qui, incapables de créer (rêver) une vie qui leur soit propre, tentent en vain de voler en partie celle d'une autre. Je crois pourtant que la signification émotionnelle de la séance ne résidait pas tant dans le sens symbolique du film que dans l'expérience partagée entre patient et analyste du parler/rêver, expérience qui a permis à Mr B de « se rêver », c'est-à-dire de créer une voix qu'il a ressentie comme étant la sienne. Je pense qu'il avait raison de dire, lorsqu'il est revenu sur cette séance, que le contenu de nos échanges était somme toute sans importance. Ce qui était bien plus significatif, c'était l'expérience de naître à soi dans l'activité même de rêver et de parler d'une voix qu'il ressentait comme étant la sienne.

A la lecture de ma version du dialogue qui eut lieu au cours de cette séance, je reste frappé par la difficulté qu'il y a à tenter de saisir par le biais des mots l'expérience analytique que constitue le parler-rêver. Ce dialogue comme les autres que je rapporte dans cet article parvient tout au plus à « reproduire les notes », mais non à « faire entendre la musique » de l'échange intime et polyphonique que constitue le parler-rêver. Cette « musique » réside dans le ton de la voix, le rythme de l'élocution, la « prosodie » (Frost, 1942, p. 308) des mots et des phrases, et ainsi de suite. La nature de cette musique diffère largement d'un patient à un autre et d'une expérience transférentielle à une autre. Dans une séance par exemple, la musique du parler-rêver peut être celle d'une adolescente qui parle à son père après le repas du soir, une fois que les autres membres de la famille ont quitté la table. La mélodie est celle qu'entend le père dans la voix de sa fille (si belle à ses yeux) alors qu'il l'écoute parler de telle ou telle chose. Dans une autre séance/expérience transférentielle, la prosodie du parler-rêver est celle d'un petit garçon de trois ans qui babille pendant que sa mère lave la vaisselle. Il parle d'une voix chantante – on dirait presque une berceuse – avec des phrases à moitié cohérentes, de son frère qui est un pauvre type, du fait qu'il adore voir Deputy Dog voler et qu'il espère que le lendemain ils pourront aussi manger du maïs, etc. Ou dans une autre séance encore, le parler-rêver revêt la forme d'une mélodie à la sonorité déchirante, celle d'une jeune fille de 12 ans qui, après s'être réveillée en pleurs au milieu de la nuit, parle avec sa mère, lui disant combien elle se sent laide et stupide, qu'aucun garçon ne voudra jamais d'elle et que jamais elle ne se mariera. C'est toute la richesse de cette palette sonore que l'écriture a du mal à capter.

Conclusion

Je terminerai par trois remarques à propos du parler-rêver. Premièrement, comme j'ai essayé de le montrer, nous devons toujours garder présent à l'esprit le fait que même lorsque l'analyste participe au rêve du patient, le rêve demeure en fin de compte celui du patient. Faute de quoi, l'analyse risque de devenir un processus dans lequel l'analyste transforme le patient en « un objet de son rêve » en lieu et place d'un patient capable de se rêver lui-même.

Deuxièmement, je voudrais souligner le fait que lorsque je m'engage dans ce type de travail, j'ai toujours l'impression qu'il me faut porter attention plus que jamais au cadre analytique. Je dirais que ce travail nécessite une grande expérience de la part de l'analyste, dans la mesure où il diffère largement de celui que nous menons habituellement avec des patients capables la plupart du temps

de rêver sous la forme de la libre association. En adoptant cette méthode de travail du parler-rêver, il est essentiel que la différence entre les rôles de l'analyste et du patient soit fermement maintenue présente tout au long du traitement. Sinon, le patient se voit privé d'un analyste et de la relation analytique dont il a besoin.

Enfin, en décrivant cette forme de travail, je ne prétends ni « transgresser les règles » de la cure analytique, ni ériger de nouvelles règles. Je dirais plutôt que je considère le travail que j'ai décrit comme une sorte d'improvisation qui a pris forme dans ma pratique analytique avec certains patients dans des circonstances particulières. En disant cela, je me trouve ramené à ce que je considère comme fondamental dans l'exercice de notre métier d'analyste : mettre nos efforts au service de l'invention de la psychanalyse avec chacun de nos patients.

Bibliographie

- Bion W R (1962a). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979.
- Bion W R (1962b). « Une théorie de l'activité de pensée », *Réflexion faite*, Paris, PUF, 1983.
- Bion W R (1992). *Cogitations*, Paris, Editions In Press, 2005.
- Coetzee J M (1983). *Michaël K, sa vie, son temps*, Paris, Le Seuil, 1985.
- Coetzee J M (1990). *L'âge de fer*, Paris, Le Seuil, 1992.
- Coetzee J M (1999). *Disgrâce*, Paris, Le Seuil, 2001.
- De M'Uzan M (1984). *Slaves of quantity*, *Psychoanal. Q.* 72 :711-25.
- Freud S (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
- Frost R (1942). *Never again would birds'song be the same*. In *Robert Frost: Collected poems, prose and plays*, eds. R. Poirier and M. Richardson, p.308, New York: Library of America, 1995.
- Gabbard G O (1997a). *The psychoanalyst at the movies*, *Int. J. Psychoanal* 78: 429-34.
- Gabbard G O (1997b). *Neil Jordan's The Crying Game*, *Int. J. Psychoanal* 78: 825-8.
- Gabbard G O, Gabbard K (1999). *Psychiatry and the cinema*. Second edition. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Grotstein J S (2000). *Who is the dreamer who dreams the dream?* Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- McDougall J (1984). *The "dis-affected patient: Reflections on affect pathology*, *Psychoanal. Q.* 53: 386-409.
- Meltzer D (1983). *Dream-life*, Perthshire, Scotland: Clunie Press.
- Ogden T H (1989). *The schizoid condition*. In *The primitive edge of experience*, p.83-108, Northvale, N.J.: Aronson/London: Karnac.
- Ogden T H (1997a). *Reverie and interpretation*, *Psychoanal. Q.* 66: 567-95.
- Ogden T.H. (1997b) *Reverie and interpretation: Sensing something human*, Northvale, N.J.: Aronson/London: Karnac.
- Ogden T H (2004). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*, *Int. J. Psychoanal* 85: 857-77
- Ogden T H (2005). *This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries*, New Library of Psychoanalysis, Routledge: London.
- Sandler J (1976). *Dreams, unconscious fantasies and "identity of perception"*, *Int. Rev. Psychoanal* 3: 33-42.

Tustin F (1981). Les états autistiques chez l'enfant, Paris, Le Seuil, 1986.

Winnicott D W (1964). The infant, the child and the outside world, Baltimore, M.D.: Pelican.

Winnicott D W (1971). « Jouer. Proposition théorique », Jeu et réalité, l'espace potentiel, Paris, Gallimard, 1977.

Dans Raising Arizona, un couple (dont les protagonistes sont interprétés par Nicolas Cage et Holly Hunter), incapable de procréer, vole l'un des quintuplés d'un autre couple – Nathan Arizona et sa femme. Cage et Hunter sont persuadés que dans une famille avec autant de bébés la disparition de l'un d'entre eux passera inaperçue.

Je suis à nouveau frappé par la façon dont les images et le récit filmiques semblent partager avec les images et le récit oniriques la même puissance évocatrice (cf. Gabbard, 1997a,b ; Gabbard et Gabbard, 1999).

