

Transfert et réalité[Herman Nunberg]

Thierry Simonelli

Une de mes patientes se montra, dès le début du traitement, très critique envers moi ; quoi que je fasse ou que je dise, c'était faux. Elle trouvait à redire pour tout. Elle ne cessait de me corriger essayant de m'apprendre ce que je devais faire, comment me comporter, ce que je devais penser et ce que je devais dire, pas seulement ce que je devais dire mais comment je devais le dire.

Comme je ne pouvais pas me soumettre à ses efforts pour me rééduquer, elle se sentait blessée et irritée. Bien qu'elle ait assez vite reconnu qu'elle s'attendait à trouver littéralement son père en moi, elle ne changea pas son attitude. Plus son attachement à son père devenait conscient, plus elle réclamait que je change jusqu'à ressembler à l'image intérieure qu'elle en avait.

Que dénotait une telle attitude ? Cela ne renvoyait certainement pas au phénomène que nous appelons transfert. Cela révélait simplement son *aptitude* au transfert. Cette aptitude manifestement produisait deux sortes de dispositions en elle : d'abord une attente de trouver son père *actualisé* dans l'analyste ; et deuxièmement le vœu de changer la personne *réelle* de son analyste en son père tel qu'elle l'imaginait. Comme ce désir ne pouvait être réalisé, elle souffrait constamment de déceptions, de frustrations, et de colère. Cette situation conduisait à des conflits avec son analyste sur une *base quasi réelle*. Cependant, il est évident qu'elle ne « transférait » pas ses émotions pour son père sur son analyste, mais plutôt qu'elle tentait de transformer son analyste en son père. La fixation particulière sur son père causait son vœu de trouver sa réincarnation dans la personne de son analyste, et, dans la mesure où son désir de transformer ce dernier en une personne identique à son père ne pouvait pas être satisfait, les tentatives pour établir un travail du transfert étaient vaines.

C'est ainsi que souvent le transfert échoue, non pas à cause d'une agression primaire, laquelle est la force pulsionnelle du transfert dit négatif, mais à cause de déceptions et d'efforts frustrés pour établir une identité des images du présent avec celles du passé.

Qu'est-ce que le transfert ? Malgré le désaccord de quelques-uns de mes collègues, je pense toujours comme le Dr. de Saussure que le transfert est une projection. Le terme de « projection » veut dire que les relations internes et inconscientes du patient avec les premiers objets libidinaux sont extériorisées. Dans la situation transférentielle l'analyste essaye de démasquer les projections, ou les extériorisations, chaque fois qu'elles se présentent pendant le traitement. Le rôle que joue l'identification dans le transfert sera examiné plus loin.

En fait, le terme de « transfert » s'explique de lui-même. Il indique que le patient déplace ses émotions, appartenant à la représentation inconsciente d'un objet refoulé, sur la représentation mentale d'un objet dans le monde extérieur. Cet objet représenté à l'intérieur du moi est l'analyste, sur lequel les émotions et les idées appartenant aux objets inconsciemment refoulés sont projetés. Les objets refoulés appartiennent au passé, essentiellement à la première enfance du patient, ils ne sont donc pas là dans la réalité. Essayant de substituer un objet réel (par exemple l'analyste) à l'objet qui n'est pas là dans la réalité, le patient est poussé à rencontrer des malentendus, à s'embrouiller et à souffrir de frustrations. Le clivage de la personnalité et les effets du désaccord entre les pulsions sont manifestes : le vœu refoulé, essentiel, est inconscient et appartient au passé, ses dérivés préconscients ayant subi certaines rationalisations sont projetés sur des objets externes et, une fois perçus, deviennent conscients. Si par exemple, un garçon adulte est attaché de façon excessive à sa mère, il n'est pas satisfait par la sorte de gratification que son substitut lui offre dans la réalité, car il s'attend inconsciemment à ces gratifications qu'il a expérimentées dans le passé^[1].

Si dans le transfert, la projection d'images internes et inconscientes sur des objets réels prend place, alors l'attitude de la première patiente peut à peine être appelée transfert. Elle ne projetait

pas l'image de son père sur l'analyste ; elle essayait de changer son analyste selon l'image de son père.

L'exemple suivant est différent. Une patiente ne pouvait pas me comprendre lorsque elle était sur le divan les yeux *ouverts*. Lorsque elle fermait les yeux elle pouvait me comprendre ; il lui semblait alors qu'elle était entrain d'entendre parler un fantôme et ma voix ressemblait à la voix de son père mort. Cette illusion avait pratiquement l'intensité d'une hallucination.

La différence sur le plan du transfert entre cette patiente et la première est frappante : la première patiente *essayait* seulement de transformer son analyste en son père, elle essayait de rendre l'analyste conforme aux souvenirs de son père, d'établir une image identique des deux ; la seconde patiente *réussissait* à obtenir une image identique de son père par l'intermédiaire d'une personne réelle, l'analyste, à tel point que la voix de l'analyste devenait celle de son père ; elle hallucinait pratiquement son père. Dans le premier cas, l'effort pour effectuer le transfert a échoué, dans le second il a réussi. Les sentiments de la seconde patiente pour l'analyste, dans la situation analytique, ranimaient l'image refoulée de son père qu'elle projetait sur l'analyste, de sorte que les deux devenaient presque identiques. De fait, à certains moments, son père et l'analyste devenaient confondus dans son esprit. La première patiente essayait, sans succès, de transformer la personne actuelle en la personne du passé, là où la seconde patiente expérimentait la personne du passé avec la personne actuelle. Les objets actuels et les images passées devenaient identiques dans son esprit.

La tendance à établir des « images identiques » est peut-être mieux illustrée par le fragment d'un rêve de la seconde patiente : de l'eau se répandait par un trou dans son frigidaire. *Elle mettait sa main sous le trou pour arrêter l'écoulement mais le trou aspirait sa main jusqu'à lui faire mal.*

Les restes diurnes consistaient dans le fait que le frigidaire était en panne et que la patiente craignait un débordement d'eau dans sa cuisine. Le soir précédant le rêve, elle reçut une visite et s'entretint d'éducation sexuelle. La visiteuse lui raconta qu'elle interdisait à sa petite fille de mettre ses doigts dans son nez ou dans sa bouche, parce qu'une maladie pourrait pénétrer dans son corps. La patiente fut choquée et pensa que cette petite fille, plus tard, penserait qu'une maladie pourrait pénétrer son corps quand elle aurait des rapports sexuels. Elle-même souffrait de phobies graves du contact parmi lesquelles la crainte d'une infection vaginale pendant sa grossesse. Bien avant de se marier elle était effrayée de la douleur durant les rapports sexuels et pendant l'accouchement. Elle affirmait que la douleur dans le rêve était très *réelle*. Dans la même séance, elle me raconta que, en venant à mon cabinet, elle avait pensé qu'elle pourrait même accepter que je lui coupe le bras si seulement cela pouvait faire qu'elle aille bien. À ce point là de ses associations deux souvenirs d'enfance lui vinrent à l'esprit ; d'abord, que lorsqu'elle avait l'habitude de se mettre le doigt dans le nez cela lui faisait mal, et deuxièmement, *qu'une ferme lui avait jadis raconté qu'une autre petite fille, qui avait mis sa main dans une cuvette de cabinets, avait eu son bras happé dans le conduit de la cuvette à cause de la forte pression de l'eau venant des cabinets de l'étage au-dessus.* La patiente insistait sur le fait que la douleur dans son bras ressentie dans le rêve, continua après le réveil.

Que s'est-il passé ici ? La peur effective et consciente que sa cuisine pouvait être inondée par la fuite du frigidaire et les idées et les peurs préconscientes liées à des activités masturbatoires, stimulées par la conversation avec la visiteuse, réactivèrent une image de son enfance qu'elle redoutait parce qu'elle lui rappelait la masturbation et les peurs qui y sont associées. En d'autres termes, une attente réelle a produit une régression et réactiva une image de l'enfance qui, dans le rêve, a pris les qualités de la réalité. Freud nomme ce phénomène « l'identité de perception » (*Wahrnehmungsidentität*). Ceci veut dire que la perception actuelle d'une pensée réveille des pensées anciennes, inconscientes, refoulées, ou des émotions, jusqu'au point où elles sont perçues comme des images actuelles, bien que, leur signification ne soit pas reconnue par l'appareil psychique conscient ; ainsi les pensées présentes et anciennes et les émotions deviennent, pour un moment, identiques. Cette tendance à réactiver des pensées anciennes et des perceptions et de faire que le présent coïncide avec le passé forme la base du phénomène que nous appelons « acting out ».

Un autre exemple sera peut-être encore plus instructif. Environ huit mois- après la conclusion de son analyse, un patient demanda à me voir immédiatement à cause d'une panique et d'une insomnie soudaines. Je ne veux pas entrer dans le détail de ce symptôme compliqué. Je veux seulement indiquer que la cause de sa soudaine panique et de son insomnie était son fils nouveau-né. Quand sa femme revint de l'hôpital avec le nouveau-né, elle le mit, comme cela avait été prévu à l'avance, dans une chambre attenante à la chambre des parents. Pour la nuit, elle voulait fermer la porte entre les deux pièces mais lui voulait qu'elle reste ouverte pour entendre chaque bruit venant de la chambre de l'enfant. Néanmoins comme sa femme ferma la porte, il se mit hors de lui, submergé par l'affolement, incapable de dormir, essayant d'écouter tous les bruits qui lui semblaient venir de la chambre du bébé. Cette ambiance, qui durait depuis plusieurs jours quand il vint me voir, me donna l'occasion de lui rappeler qu'il avait eu un certain nombre de peurs à différentes périodes de sa vie. J'attirais son attention sur une peur précise de son enfance : fréquemment, quand ses parents n'étaient pas à la maison le soir, il était saisi par la pensée que ses lapins dans la cour pouvaient avoir été tués et il insistait pour que la nurse aille voir s'ils étaient encore en vie. Lorsque j'en eus fait état, il se souvint d'une autre peur de sa première enfance dont il pouvait, seulement maintenant, comprendre complètement l'importance. Cette peur concernait la porte de sa chambre qui était en face de celle de sa mère à travers le corridor. Quand sa porte restait ouverte, il pouvait voir si sa mère était à la maison ; alors il se sentait en sécurité et pouvait aller dormir. Mais quand la porte était fermée, il se sentait seul, abandonné par sa mère, et alors il ne pouvait plus dormir et était pris de panique. Pendant toute son enfance il avait redouté que sa mère ne le quitte. À l'âge de cinq ans environ il avait essayé de façon répétée de s'enfuir de la maison, prétextant qu'il quittait sa mère, inversant ainsi sa peur d'être abandonné par elle.

La panique causée par le fait de fermer la porte pour son enfant révèle ainsi sa peur infantile d'être laissé seul par sa mère. L'urgence de sa demande de garder la porte ouverte reproduisait le rituel de son enfance de garder sa propre porte ouverte. La différence entre la situation actuelle et la situation infantile réside seulement dans le fait que le sujet est changé : au lieu qu'il s'agisse de lui-même comme enfant, angoissé au sujet de l'amour de sa mère, il était maintenant un homme adulte angoissé pour la sécurité et le bien être de son fils. La situation était donc inversée ; l'insomnie et l'angoisse restaient cependant inchangées. Il est évident que le patient projetait une part de son moi sur son fils et qu'une autre partie était identifiée avec sa mère. Son fils l'incarnait lui-même et il incarnait sa mère. Ces représentations étaient toutes deux, bien sûr, inconscientes. Il est probable que son désir infantile de voir ce qui se passait dans la chambre de sa mère était surdéterminé ; la panique actuelle pourrait également refléter celle ressentie en surprenant les bruits de la scène primitive. Ceci, cependant, ne changerait pas la signification de la réaction de notre patient par rapport à son fils ; au contraire, cela ne ferait qu'élargir notre interprétation.

Pour le sujet de notre discussion, le fait brut selon lequel notre patient tentait de rétablir, dans le présent, une situation telle qu'elle existait dans l'enfance a plus de signification que celui de la panique. Ce qu'il souhaitait était assez simple : il voulait que la porte soit ouverte. La réalisation de ce vœu aurait répété dans le présent la situation infantile de la porte ouverte et lui aurait épargné l'angoisse.

Cet exemple montre - comme le font beaucoup d'autres cas - que la tendance à « transférer » des expériences infantiles dans la réalité et de les mettre en actes, peut être observée, non seulement dans la situation transférentielle, mais aussi indépendamment d'elle. *Une exigence à établir l'identité de perception à travers la répétition d'expériences passées est donc, et cela conformément aux idées de Freud, indéniable.*

Nous pouvons maintenant voir que l'établissement de perceptions identiques est un acte de projection en même temps que d'identification. L'identification, nous le savons, a plusieurs sens. L'un d'eux exprime une communauté de sentiments et de pensées dans une formation de groupe. L'analyse est une formation de groupe de deux personnes. Le but commun de l'analyste et du patient est d'aider, c'est-à-dire de soigner le patient. Cela seul suffirait pour établir une identification. L'identification, cependant, est aussi un substitut par régression de l'amour, si

l'objet d'amour dans le monde extérieur devient une partie du moi. Dans l'analyse, le but commun de l'analyste et du patient conduit d'abord à l'identification du patient avec l'analyste, et, à partir de là, au retour des identifications plus profondes avec les parents. À peine cette identification a-t-elle pris place que le patient essaye de déposer chez l'analyste les résidus réactivés de sa relation infantile avec ses parents. Ceci ne peut être réalisé que par le moyen de la projection. Tout semble se passer comme si la projection aidait à trouver l'objet perdu dans le monde extérieur, comme si l'analyste était un écran sur lequel le patient projetait ses images inconscientes. En fait, quand nous atteignons certaines profondeurs dans l'analyse, il devient difficile de distinguer entre l'identification et la projection. C'est comme si, comme le dirait Federn, les limites du moi étaient déplacées, et dans cet état le sujet se sent comme s'il était une partie du monde extérieur et comme si le monde extérieur était une partie de lui-même. Ceci correspond aux états de transitivisme que Freud dans *Totem et Tabou* attribue à la phase animiste du développement humain. Plus tard, il a fait référence à des états semblables dans le cas des « sentiments océaniques ». Des états de cette sorte peuvent être fréquemment observés dans ces séances d'analyse pendant lesquelles le patient est profondément immergé dans son ça inconscient.

Bien que le transfert fasse usage de ces deux mécanismes, identification et projection, un fait demeure inchangé : la *tendance* à établir l'identité de perceptions anciennes avec des nouvelles. La tendance à opérer une identité de perceptions semble satisfaire à la compulsion de répétition qui, comme cela est bien connu, est la force pulsionnelle de nombreux phénomènes psychiques. Contraignant l'individu à maintenir le passé, c'est un principe de conservation. Et cependant, dès qu'il est associé au phénomène du transfert, cela devient un élément progressif au sens, bien sûr, de la topographie psychique. L'énoncé d'une telle assertion réclame quelque développement. Un événement actuel réactive un événement ancien refoulé qui, de son côté, essaye de remplacer la nouvelle expérience ; ceci s'observe le mieux dans les rêves. La tentative de libérer des expériences refoulées lors d'expériences actuelles réussit seulement en partie puisque la censure du rêve ou la résistance du moi essayent de les déguiser. Selon notre conception théorique de l'appareil psychique, ce fait peut être également exprimé de la façon suivante : certaines perceptions et sensations produites par des stimuli de la vie diurne subissent des régressions historiques et topiques correspondant à ces expériences anciennes, refoulées, inconscientes. Dès que l'investissement de l'expérience actuelle (c'est-à-dire la charge de l'énergie psychique) atteint les représentations psychiques des expériences refoulées et fixées dans le ça inconscient, cela les renforce et les réactive. Ces représentations inconscientes, dès lors réactivées, manifestent une tendance à la « progression », c'est-à-dire une tendance à atteindre une extrémité de l'appareil psychique, le niveau de la perception et de la motricité. Ici elles donnent aux perceptions des événements psychiques et aux impressions qu'ils produisent une coloration d'inconscient ; le moi se comporte comme si il était le ça. À travers ce processus, l'analyste, dans la situation transférentielle, devient le représentant des objets des poussées inconscientes.

L'aptitude au transfert existe, comme cela a été indiqué précédemment, indépendamment de la situation analytique. Le simple fait qu'un patient décide de chercher de l'aide chez un analyste (ou chez un autre thérapeute) prolonge ce phénomène. De plus, la demande d'associations libres par l'analyste stimule la reproduction de souvenirs anciens, c'est-à-dire la répétition mentale d'expériences refoulées. S'ajoute à cela que la répétition d'images anciennes réveille les émotions qui jadis les ont accompagnées. Ces émotions anciennes et pourtant nouvelles, actuelles, essayent de s'attacher au seul objet réel disponible, le psychanalyste, et de trouver une issue dans les désirs, les fantasmes et les actions dirigés sur lui. C'est comme si une nouvelle expérience ne pouvait être intégrée - au sens de la fonction de synthèse du moi - à moins qu'elle ne trouve sa voie vers les modèles anciens. C'est pourquoi il n'est pas surprenant que le transfert se produise aussi dans d'autres thérapies que la psychanalyse. Le psychanalyste et le non psychanalyste diffèrent dans la façon dont ils traitent et comprennent ce phénomène : là où le premier prend les symptômes de transfert en tant que tromperie, le dernier les prend pour leur valeur nominale, c'est-à-dire, comme des réalités.

Le transfert procède selon le besoin d'assimiler des expériences actuelles de telle sorte que leur perception soit conforme ou devienne identique avec les idées inconscientes refoulées. Ce qui a été expérimenté une fois, particulièrement pendant l'enfance, semble former une empreinte indélébile dans l'inconscient, à partir de laquelle des modèles se développent. Ces modèles peuvent être en sommeil pendant une longue période de temps et ne devenir actifs que dans certaines circonstances. La latence de ces modèles ou leur statut inconscient, est responsable du fait que la signification des expériences présentes qui suivent ces modèles demeure inconsciente. Cependant, on doit ajouter que la gratification complète du besoin de l'identité de perceptions n'est pas accomplie comme une règle, sauf dans les rêves, ou dans les illusions et les hallucinations. Dans la situation transférentielle, le modèle inconscient éclipse la perception consciente d'un événement actuel et produit un leurre, tandis que dans les rêves ou dans les psychoses le même modèle ou la même image forment les hallucinations. Il en découle que là où les illusions peuvent être des épreuves de réalité, les hallucinations ne le peuvent pas ou ne le peuvent qu'en partie.

Il pourrait apparaître que le concept de transfert et le concept de compulsion de répétition ont été ici confondus, mais cela n'est certainement pas le cas. Dans la mesure où une répétition d'états antérieurs prend place dans la situation transférentielle, le transfert est une manifestation de la compulsion de répétition. Dans la mesure cependant, où comme dans le transfert les désirs et les pulsions sont dirigés vers les objets du monde extérieur bien qu'à travers la répétition d'expériences anciennes, le transfert est indépendant de la compulsion de répétition. La compulsion de répétition touche au passé, le transfert à ce qui est là (réalité) et ainsi, dans un sens, au futur. La compulsion de répétition essaye de fixer, de « geler » l'ancienne réalité psychique, et de là, elle devient une force de régression ; le transfert essaye de réanimer ces formations psychiques « gelées » pour décharger leur énergie et pour leur satisfaction dans une réalité nouvelle, présente et il devient ainsi une force de progression.

Je dirais que le transfert est, comme Janus, à deux visages, l'un tourné vers le passé, l'autre vers le présent. À travers le transfert, le patient vit le présent dans le passé et le passé dans le présent. Dans son discours il laisse voir un manque de sens dans l'enchaînement des événements qui est conçu selon une temporalité. Ce défaut, cependant, n'est pas seulement caractéristique du transfert à l'analyste. Presque tous les névrosés sont brouillés dans la relation à l'élément du temps, qu'ils soient en traitement ou non. Beaucoup de patients en analyse peuvent reconnaître des événements récents seulement après l'élucidation d'expériences de l'enfance ; d'autres condensent des expériences de différentes périodes de leur vie en un seul événement et peuvent les séparer seulement après une analyse compétente, etc. ; le fait que le patient perde le sens du temps dans la situation transférentielle n'est pas surprenant, car cela correspond au phénomène qui a refoulé les événements inconscients, les événements du passé sont expérimentés dans le présent comme si le temps s'était évanoui. De fait, Freud nous a appris que l'inconscient est intemporel.

Que le passé et le présent s'écoulent ensemble peut sembler un obstacle pour reconnaître le passé dans le présent. Mais un examen plus approfondi montre qu'à travers la réanimation des représentations des objets refoulés dans la situation transférentielle, le moi gagne un accès direct à ses expériences d'enfance ; pas tout le moi bien sûr, mais seulement la partie qui n'a pas été changée par le refoulement et qui est restée intacte. Ce moi intact a maintenant l'occasion de confronter ses sentiments pour l'analyste et ses attentes de l'analyste avec la situation du passé, dans l'enfance, et de comparer l'une avec l'autre comme si toute sa vie s'offrait à un oeil intérieur en un seul plan. Dès que le patient devient conscient du transfert, il gagne la capacité de relier ses sentiments actuels à la situation infantile. Ceci l'aide à distinguer entre les images faisant retour du passé et les perceptions des objets extérieurs, réels, et, de là, *mettre à l'épreuve la réalité* d'une façon meilleure qu'auparavant. Quelques patients acceptent la réalité telle qu'elle est, d'autres ne l'acceptent pas. La première patiente, en discussion ici, n'acceptait pas la réalité ; elle ne pouvait abandonner son attachement spécial à son père. Elle aurait plutôt changé le monde que changer elle-même en acceptant l'analyste comme un objet du monde extérieur. La seconde patiente était capable de voir que l'analyste représentait une nouvelle édition de son

père qu'elle-même produisait. Le troisième patient devint conscient que son fils le représentait lui-même comme enfant. Il est évident que retirer aux expériences actuelles dans le transfert l'influence des images refoulées renforce l'épreuve de réalité. Si, comme il arrive souvent dans le cours des associations libres, le patient produit des images qui ont l'intensité de perceptions réelles, ou bien sont des hallucinations, l'analyste peut pratiquement être toujours sûr qu'il est en train d'avoir à faire à des souvenirs véritables. Quand le patient accepte que de telles « hallucinations » soient des souvenirs, il perd le motif qu'il avait de projeter les souvenirs (images inconscientes) dans le monde extérieur et ensuite de les percevoir comme des réalités. Comme précédemment indiqué, les patients essayent « d'agir au dehors » leur inconscient refoulé, en répétant dans le transfert certains modèles de leur vie. Ils infléchissent la réalité, pour ainsi dire, sur la situation transférentielle. Quelques fois les répétitions sont une aide pour l'analyse, parfois elles la rendent difficile. Elles forment alors certains types de résistances. Freud a dit un jour que les résistances révèlent le caractère du patient. Un exemple très simple peut illustrer ce fait. Un patient montrait depuis dès le début une bonne volonté et une compréhension étonnantes de l'analyse. Ses associations venaient facilement, il produisait d'importants souvenirs, etc... Il continua sur sa lancée pendant une assez longue période, alors que l'analyse ne faisait aucun progrès, jusqu'à ce que nous trouvions que sa mère avait l'habitude de lui demander de lui dire tout ce qu'il pensait et ce qu'il faisait pendant la journée. Notre patient lui confiait toutes ses pensées jusqu'à la fin de son adolescence. Cela lui donnait beaucoup de plaisir quand elle était entrain de parler avec lui le soir, tandis qu'assis sur son lit, il pouvait voir à travers sa légère chemise de nuit les contours de son corps, particulièrement ses seins. Il prétendait tout lui raconter mais il cachait pour lui-même le secret de ses fantasmes sexuels. Déployant un comportement semblable dans son analyse, il prétendait dire la vérité ; en fait, il essayait de berner son analyste comme il l'avait fait avec sa mère. Dans son comportement avec les autres, il était sincère quoique réservé et méfiant de sorte qu'il n'avait jamais d'amis intimes. C'était un homme seul.

Dès qu'il devint conscient du fait qu'il était en train de « transférer » la relation à sa mère dans la relation à son analyste, il comprit qu'il allait ainsi à l'encontre de sa propre cause, le succès du traitement. Dès lors, il devint sincère avec son analyste, excepté à certains moments quand d'autres résistances surgissaient de différents arrière-plans. En d'autres termes, à travers la prise de conscience, c'est-à-dire, à travers la perception d'efforts inconscients du ça, le moi a acquis la faculté de contrôler la répétition de ces poussées et de s'ajuster lui-même à la réalité, qui, dans ce cas, était représentée par la volonté du patient de guérir.

Un trait de caractère n'est pas toujours formé, alors que c'est le cas, dans cet exemple, d'un compromis entre des efforts opposés. Il y a d'autres formations de caractère. Cependant, dans ce contexte, il est pertinent de pointer que les tendances opposées restent fréquemment séparées, et trouvent à s'exprimer par alternance. Cette alternance de sentiments perçoit également dans l'attitude du patient envers son analyste. Par moments, il est plein d'amour pour lui, soumis, il l'admire, à d'autres moments, il est agressif, entêté, méfiant, etc. Ces attitudes alternantes, cette lutte entre le masochisme et le sadisme, la soumission et la rébellion, la dépendance et l'indépendance, semblent répéter des états antérieurs représentant un modèle de développement. Il suffit d'observer le développement des enfants, de l'enfance à la maturité, pour avoir le sentiment d'une lutte permanente entre la tendance à retarder de la compulsion de répétition, cristallisée dans des fixations, la dépendance d'un côté et de l'autre côté la faim, l'avidité pour de nouvelles expériences pour des impressions d'indépendance, une lutte qui finalement conduit à l'adaptation et à la maîtrise de la réalité et des pulsions instinctuelles. À la puberté, la lutte entre les poussées du ça et les besoins du moi devient très intense et conduit finalement à la formation d'une personnalité normale. Cependant, si une perturbation s'est produite au cours de ce développement compliqué et prolongé et si le patient est en analyse, la même lutte continue dans sa relation à l'analyste dans la situation transférentielle, là où le cours du développement est accéléré et habituellement mené à conclusion. En d'autres termes, quand le patient reconnaît les tentatives pour revivre le passé dans le présent, habituellement, il les abandonne ou les modifie. Dans ce processus, le transfert, qui crée une réalité artificielle est

démasqué, ce qui revient, dans un sens, à une rééducation. D'ailleurs, depuis son tout commencement, l'analyse a été considérée comme une sorte de rééducation.

À travers le transfert, le patient est rééduqué, non seulement sur le plan des pulsions et de l'environnement mais aussi au regard du surmoi. Pour comprendre ceci, nous devons revenir encore une fois au point de départ de l'analyse. La question alors se pose : pourquoi la simple décision de demander l'aide d'un analyste (ou d'un thérapeute ou d'un prêtre) crée, à l'avance, le transfert. La réponse est simple : au niveau du ça inconscient est demandée l'aide du père ou de la mère. La forme du transfert est dès lors prédéterminée par les relations du patient avec son père et sa mère. La relation du patient et de l'analyste devient très semblable à la relation dans l'hypnose. En obéissant à des suggestions hypnotiques la personne hypnotisée peut même avoir des hallucinations, positives aussi bien que négatives. L'influence de l'hypnotiseur est si puissante qu'il peut contraindre la personne hypnotisée à abandonner temporairement la faculté de l'épreuve de réalité. Dans la chaleur du transfert l'analyste a des pouvoirs semblables à ceux de l'hypnotiseur mais il les utilise pour des buts opposés : à savoir, apprendre au patient l'épreuve de réalité. À l'origine, l'hypnotiseur, pas plus que l'analyste, ne possède un tel pouvoir ; c'est seulement le patient qui l'a investi de ce pouvoir. Et comment fait le patient pour obtenir ce pouvoir ? À partir de son père, à travers son identification avec lui, telle doit être la réponse. Cette identification a conduit à la différenciation du surmoi à l'intérieur du moi. Freud dit que le surmoi est l'héritier du complexe d'Oedipe. D'après lui, l'hypnotiseur est identifié avec l'idéal du moi de la personne hypnotisée. Dans la mesure où, plus tard, le terme d'idéal du moi a été remplacé par celui de surmoi, nous pouvons aussi bien dire que l'hypnotiseur est identifié avec le surmoi de l'hypnotisé. De même, dans l'analyse, le patient rend son analyste identique à son père par l'intermédiaire de son surmoi. Mais à partir du moment où l'analyste est perçu comme un objet du monde extérieur, maintenant pourvu des attributs du père, le patient doit avoir aussi projeté sur lui des parties de son propre surmoi. Ceci pourrait expliquer d'où l'analyste tire son énorme pouvoir sur le patient.

Il y a beaucoup à dire sur le parallèle entre l'état d'hypnose et la situation psychanalytique. Je me limiterai seulement à la discussion de quelques points.

Ce qui va suivre est basé sur l'étude de Freud concernant l'hypnose. Il soutient que l'hypnose est une formation de groupe à deux personnes. Ce groupe, comme n'importe quel autre groupe est uni par des liens libidinaux. Dans l'amour, ces liens sont composés par des pulsions directement sexuelles et des pulsions sexuelles inhibées quant au but, c'est-à-dire déssexualisées. Dans l'hypnose, ces liens sont uniquement de nature inhibée quant au but. L'hypnose, en conséquence, correspond à l'amour, à l'exclusion de pulsions franchement sexuelles. La même humilité, la même soumission, la même absence de critique, la même surestimation au regard de l'hypnotiseur peuvent être observées comme dans l'état amoureux à l'égard de la personne aimée. Si les pulsions directement sexuelles l'emportent, la formation de groupe est détruite. La même chose est vraie dans la situation psychanalytique, prise comme équivalente à une formation de groupe à deux. Dans l'hypnose, l'identification avec l'hypnotiseur est un substitut régressif pour des liens libidinaux sous une forme d'attachement déssexualisé, inhibé quant au but sexuel, attachement aux parents du sujet. Ces liens forment, selon Ferenczi, la base de l'aptitude au transfert ou de la suggestibilité. L'hypnotiseur, dit Freud, stimule cette aptitude en affirmant être en possession de mystérieux pouvoirs par lesquels il peut endormir le sujet. De fait, comme Freud le souligne, il y a quelque chose d'étrange dans l'hypnose et l'hypnotiseur. Nous avons appris de Freud que l'étrangeté représente quelque chose d'ancien et de familier qui a été refoulé mais qui est au seuil du retour de l'inconscient. Sur l'ordre de dormir donné par l'hypnotiseur, le sujet retire son intérêt pour le monde extérieur et s'endort. Son sommeil est cependant partiel, un sommeil qui est comme un rêve, car le sujet, bien que détaché du monde extérieur, n'en concentre pas moins cependant ses investissements libidinaux sur l'hypnotiseur. En ce sens, l'hypnotiseur établit le rapport avec la personne hypnotisée. Dans la situation psychanalytique, le patient est privé de tout contact avec le monde extérieur mais il demeure en contact avec son analyste, conditions qui sont similaires à celles dans l'hypnose.

En plongeant le sujet dans le sommeil, Freud dit que « l'hypnotiseur éveille chez le sujet une part

de son héritage archaïque qui le rendait également soumis à ses parents et dont il avait réexpérimenté le retour sur le plan individuel dans sa relation à son père. Ce qui est ainsi réveillé est l'idée d'une personnalité éminente et dangereuse, envers laquelle seule une attitude passive-masochiste est possible, à laquelle sa volonté propre doit se rendre, tandis qu'être seul avec lui, "le regarder en face" paraît une entreprise risquée. C'est seulement par une voie comme celle-ci, ajoute Freud, que nous pouvons représenter la relation de l'individu, membre de la horde primitive, avec le père primitif... »

L'hypnose est ainsi un précipité de liens libidinaux archaïques de l'humanité dans le ça inconscient de l'individu d'aujourd'hui. La suggestion est une part de l'hypnose et aide à établir le rapport (transfert) entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé. Cette relation archaïque semble se répéter dans la situation psychanalytique. L'analyste promet au patient de l'aide comme s'il était en possession de pouvoirs magiques et ce dernier le surestime et le croit. Il est tabou pour le patient comme le père primitif l'est pour l'individu primitif. L'analyste est libre et a son propre vouloir, tandis que le patient doit se soumettre aux règles de la -psychanalyse dictées par l'analyste. L'analyste se tient droit tandis que le patient est étendu, passivement, sur le divan. L'analyste est silencieux la plupart du temps tandis que le patient dit tout, lui donne son matériel inconscient comme s'il accomplissait un acte sacrificiel. L'analyste est tout puissant, il est sans crainte et peut regarder le patient tandis que le patient a peur de lui et il ne lui est pas permis de le regarder tout comme l'homme primitif qui n'ose pas regarder en face le père primitif. Tout comme l'hypnotiseur représente la réalité intérieure et historique de l'hypnotisé, de même l'analyste représente la réalité psychologique du patient. Cette relation entre hypnotiseur et hypnotisé conduit ce dernier à remplacer la réalité extérieure par la réalité historique et psychique. Le moi de la personne hypnotisée fait ainsi régression à un état primitif de développement où, de fait, la réalité psychique remplace la réalité extérieure et où le processus primaire remplace le processus secondaire.

Un changement similaire se produit dans la situation transférentielle ; tandis que le patient est sur le divan, son moi devient temporairement affaibli comme celui de la personne hypnotisée. Dès que le patient se soumet à la sollicitation de l'analyste d'abandonner une pensée sélective, logique, et de se laisser aller à l'association libre, le processus secondaire est supplanté par le processus primaire ; une importante fonction du moi, l'épreuve de réalité, est temporairement suspendue.

Cependant, cela n'est valable que pour la séance analytique elle-même, dans laquelle le patient est détaché de la réalité extérieure tout comme le patient hypnotisé par l'hypnotiseur. Pour éviter tout malentendu on doit accentuer le fait que dans le cours de l'analyse, le moi du patient est renforcé, dans la mesure où l'analyste s'efforce à ce que le patient regarde la réalité extérieure en face et qu'il se libère de la dépendance envers lui pour autant que, lui, l'analyste, représente la réalité interne du patient.

On peut imaginer quelle maîtrise sur son narcissisme l'analyste doit avoir acquis pour ne pas se laisser griser par les pouvoirs que lui confère le patient.

Le fait que l'attitude du patient envers la réalité est, jusqu'à un certain degré, perturbé par la névrose - et par le transfert - est causé parmi d'autres facteurs, par un surmoi excessivement strict et critique. À travers la projection de son surmoi sur l'analyste, le patient se libère lui-même, dans un sens, de son surmoi qui est maintenant représenté par l'analyste. Le surmoi de l'analyste est supposé être neutre, habituellement plus doux que le surmoi restrictif du patient. Comme dans le même temps le patient s'identifie avec l'analyste, il échange pour ainsi dire, son propre surmoi - les normes morales du père - pour celles de l'analyste. Le résultat de cet échange est que le patient apprend non seulement à faire face à la réalité interne représentée par les pulsions et la conscience, mais aussi à accepter le monde extérieur à sa pleine « valeur de réalité » : on est presque tenté de dire à sa « valeur nominale ». Le fait que des « modifications de la réalité » sont accomplis aussi sous l'influence du surmoi peut être compris si l'on prend en compte les considérations suivantes. Dans sa *Psychologie des Masses et analyse du Moi*, Freud assigne la faculté d'épreuve de la réalité à l'Idéal du moi. Dans *le Moi et le ça* il revient sur cette déclaration et la met au compte du moi. Dans l'hypnose, cette faculté est perturbée par

l'intervention de l'hypnotiseur qui est un représentant du surmoi du patient (ou de l'idéal du moi). Il est vrai que la personne hypnotisée semble d'une certaine façon percevoir des objets dans le monde extérieur même dans le cas d'hallucinations négatives, mais ceci ne modifie pas le fait que l'hypnotiseur peut à volonté supprimer la faculté d'épreuve de réalité du moi du sujet. J'ai soutenu un jour l'assertion, et ce dernier fait vient l'étayer, que les perceptions conscientes du moi doivent être sanctionnées par le surmoi pour acquérir les qualités d'une réalité entière, incontestée. Cette hypothèse pourrait être utile, pour comprendre pourquoi, en plus de défaire les refoulements, les changements dans le surmoi du patient augmentent également la faculté d'épreuve de réalité du moi. [\[2\]](#)

En conclusion, il me semble que la tendance à établir une identité de perceptions est illustrée d'une façon impressionnante par les phénomènes de l'hypnose et du transfert. Même la projection du surmoi sur l'analyste prouve cette thèse. À travers cette projection « l'image du père » est extériorisée et perçue alors comme quasi réelle ; dans un sens, le père existe maintenant dans le monde extérieur (bien que déguisé sous la forme de l'analyste) là où il existait à l'origine.

Aussi longtemps que le père n'est pas reconnu dans l'analyste, l'identité de perceptions est latente. À travers l'analyse du transfert cela devient manifeste. Puis cela diminue dans la même proportion où le refoulé devient conscient. Cependant, il arrive que des gens soient bien adaptés à la réalité avec des refoulements réussis, solides. Leurs perceptions d'événements actuels ne sont pas faussés par des expériences refoulées, bien qu'elles puissent apparaître émotionnellement inhibées. D'un autre côté, cette tendance semble prendre le contrôle de la finalité perceptive de l'appareil psychique dans les rêves, les hallucinations et les illusions. Une discussion plus avant de ce sujet entraînerait de nouveaux problèmes qui dépassent le cadre de cette communication.

[\[1\]](#) Dans la discussion de cette communication, le Dr Hartmann et le Dr Loewenstein étaient en désaccord avec moi sur le rôle du mécanisme de projection dans la situation transférentielle. Ils soutenaient que, dans le transfert, seul le mécanisme de déplacement est à l'oeuvre. Le terme de « déplacement » nous le savons, signifie que la tension psychique ou l'affect peuvent être déplacés d'un élément à un autre à l'intérieur des systèmes psychiques. Dans le transfert, l'individu mélange l'image mentale de son père ou de sa mère avec l'image réelle de l'analyste et se comporte comme si l'analyste était son père ou sa mère. Bien sûr, nous reconnaissons ici un déplacement des affects ; mais, dans la mesure où l'objet extérieur (l'analyste) est traité comme une image mentale (père ou mère), il n'y a aucun doute que l'image mentale est projetée sur l'analyste. Par ailleurs, Freud soutient que les processus à l'intérieur du moi ne peuvent être perçus (à quelques exceptions près) qu'avec l'aide de la projection.

[\[2\]](#) J'aimerais suggérer ceci : si l'hypnose peut vraiment être considérée comme un héritage archaïque de l'humanité et la suggestion (ou transfert) comme une partie de cet héritage, alors nous sommes justifiés de supposer que la tendance à établir une identité de perceptions - c'est-à-dire de revivre des expériences anciennes - peut être aussi héritée. Dans ce cas, nous devrions être d'accord avec l'hypothèse de Freud que non seulement la prédisposition mais aussi le contenu peuvent être hérités.