

Le contre-transfert normal et quelques-unes de ses déviations

Roger Money-Kyrle

DANS **JOURNAL DE LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT** 2021/2 Vol. 11 , PAGES 375 À 392
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0994-7949

ISBN 9782130828082

DOI 10.3917/jpe.022.0375

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2021-2-page-375?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2021-2-page-375?lang=fr).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LE CONTRE-TRANSFERT NORMAL ET QUELQUES-UNES DE SES DÉVIATIONS *

Roger MONEY-KYRLE

INTRODUCTION

Le contre-transfert est un concept psychanalytique ancien qui s'est élargi et enrichi ces dernières années. Nous avons l'habitude de l'évoquer en tant que perturbation personnelle de l'analyste appelant à être analysée essentiellement, ailleurs et en nous-mêmes. De nos jours, nous évoquons également le contre-transfert comme pouvant avoir ses causes et ses effets chez le patient et nous pensons ainsi y voir une indication de quelque chose appelant à être analysé en lui (1).

Je crois que cet aspect plus récemment exploré du contre-transfert peut en effet être utilisé de la manière dont l'a décrit, par exemple, Paula Heimann (2), et que cela constitue un progrès technique important.

Cependant, la découverte du fait que le contre-transfert puisse être utilisé de manière profitable pour la cure ne doit pas signifier pour autant qu'il doive cesser d'être considéré comme pouvant être un obstacle sérieux. Étant donné que ces deux aspects existent, nous pouvons envisager de penser comme une problématique leurs similitudes et leurs différences et accorder à leur étude une nécessaire investigation.

Nous pourrions ainsi peut-être nous poser les trois questions suivantes lesquelles sont reliées entre elles : qu'est-ce que le contre-transfert « normal » ? De quelle manière et sous quelles conditions peut-il être perturbé ? De quelle manière

* Conférence prononcée lors du 19^e Congrès international de psychanalyse, qui a eu lieu à Genève du 14 au 18 juillet 1955. Article publié initialement dans l'*International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 37, 1956.

ces perturbations peuvent-elles être rectifiées de manière à servir au progrès de l'analyse en cours ?

CONTRE-TRANSFERT NORMAL

À propos de l'attitude correcte ou normale de l'analyste envers son patient, il y a de nombreux aspects qui ont déjà fait l'objet d'articles et de débats. Freud, lui, parlait de « neutralité bienveillante ». Cela veut dire, à mon sens, que l'analyste tout en étant concerné par le bien-être de son patient ne doit pas pour autant s'engager émotionnellement dans ses conflits. Cela implique, je crois, que l'analyste, en vertu de sa compréhension du déterminisme psychique, possède un certain type de tolérance qui s'oppose à la condamnation, ce qui ne s'apparente en rien à de l'indulgence ou à de l'indifférence.

Beaucoup d'analystes ont mis l'accent sur la dimension de curiosité scientifique de cette attitude technique et il est certain que sans cette sublimation nous ne serions pas allés bien loin. Mais tout cela, en soi, peut paraître un peu trop impersonnel. Le souci pour le bien-être de son patient provient, me semble-t-il, de la fusion de deux autres pulsions (*drives*) fondamentales : la pulsion réparatrice qui agit contre la destructivité latente chez nous tous, et la pulsion parentale¹.

Bien entendu, à être trop intenses, ces pulsions trahiraient une excessive culpabilité du fait d'une agressivité inadéquatement sublimée ce qui, par ailleurs, peut être la cause d'angoisses très perturbatrices. Mais, à un certain degré, ces deux pulsions sont certainement normales. Les satisfactions réparatrices de l'analyse sont évidentes et souvent admises.

1. Note de la traduction : dans la littérature psychanalytique kleinienne de l'époque, les « pulsions », incarnées, par des objets internes, s'expriment souvent à la forme plurielle, associées donc qu'elles sont à la « multiplicité » des objets du monde interne, chaque « objet » du fantasme inconscient méritant le substantif « pulsion ». Le lecteur français sera probablement plus à l'aise à traduire ici « pulsions » par « désir » et « tendance » : le désir inconscient de réparation et la tendance inconsciente à s'identifier à des figures parentales. Nous avons opté pour le respect du style propre au langage kleinien.

Ainsi, en un certain degré, le patient doit prendre la place des objets endommagés de la fantaisie inconsciente du propre analyste, lesquels sont toujours menacés par l'agression et inscrits dans la nécessité constante de soin et de réparation.

L'aspect parental du contre-transfert fut évoqué par Paula Heimann (3). Cette manière de le qualifier ne veut aucunement dire que le patient occuperait exclusivement une place d'enfant dans le psychisme de son analyste et qu'il n'y représenterait pas, parfois, un frère ou une sœur ou encore un parent. Mais plutôt que l'analyste a *essentiellement* affaire à l'enfant inconscient chez son patient. Et puisque c'est cet enfant qui s'adresse le plus souvent à l'analyste en tant qu'un parent, l'analyste court ainsi le risque, dans une certaine mesure, d'y répondre inconsciemment comme s'il s'agissait de son propre enfant à lui.

Or, pour un parent, l'enfant représente, au moins en partie, un aspect précoce du *self*. Et cela me paraît important ; car c'est par cette reconnaissance de son *self* précoce, déjà analysé, chez son patient que l'analyste est capable de l'analyser (4). Son empathie et sa compréhension, si différentes de son savoir théorique, dépendent de ce type d'identification partielle (5).

Mais cette identification peut prendre deux formes : introjective et projective ; une distinction déjà présente chez Freud mais qui fut récemment développée par Melanie Klein (6). Nous devons désormais donc nous attendre à trouver ces deux formes d'identifications partielles de l'analyste à son patient.

J'essaierai maintenant de formuler ce qui me semble avoir lieu lorsqu'une analyse avance bien. Je pense que, dans ce cas, il y a une assez rapide oscillation entre introjection et projection. Le patient parle à l'analyste et ce dernier s'identifie introjectivement avec lui, pour ainsi dire, et, une fois qu'il l'a compris à l'intérieur de lui, l'analyste reprojecte cette identification chez son patient lorsqu'il lui interprète. Mon sentiment est que l'analyste est plus conscient de cette phase projective, c'est-à-dire, la phase dans laquelle le patient représente la part immature ou malade d'autrefois de lui-même, part qui

inclut ses objets endommagés, et qu'il est maintenant en mesure de comprendre et de traiter dans le monde externe par le truchement de l'interprétation.

Alors que le patient reçoit des interprétations effectives, celles-ci l'aident à y répondre par de nouvelles associations lesquelles seront à leur tour comprises. Tant que l'analyste comprend (*understand*) ces associations, cette relation satisfaisante – que je qualifierai de « normale » – se poursuit. En particulier, les sentiments du contre-transfert de l'analyste seront limités à ce sens de l'empathie sur laquelle prend appui sa capacité d'*insight*.

Périodes de non-compréhension²

Chacune des personnes concernées, l'analyste non moins que le patient, trouverait son compte si la situation que je viens de décrire, et que j'ai appelée situation « normale », se prolongeait tout le long de la cure. Or, cette situation n'est normale qu'en tant qu'elle est un idéal. La continuité décrite est dépendante de la continuité chez l'analyste de sa capacité à comprendre. Mais, on le sait, l'analyste n'est pas omniscient. En particulier, sa compréhension décline (*fails*) lorsque le matériel correspondant se rapproche trop de quelque aspect de soi-même qu'il n'a pas encore appris à comprendre. D'ailleurs, il y a des patients qui sont moins coopérants que d'autres. Il y a, en effet, des patients avec lesquels le meilleur des analystes rencontrerait les plus grandes difficultés à maintenir le contact – avec lesquels, la relation « normale » constitue l'exception plutôt que la règle. Du reste, même avec des patients coopérants, le contact est sujet à des interruptions assez fréquentes.

2. NdT : Nous pensons que le terme « *Understanding* » mérite d'être précisé. *Understanding* fait partie du lexique technique kleinien pour décrire une des tâches de l'analyste dans son écoute. Cette phase de l'écoute est en lien direct avec la tâche spécifique de l'interprétation : Comprendre le monde interne et l'interpréter. On connaît la portée de cette technique kleinienne, ses possibles et ses limites. Nous proposons ici (voir introduction) de ne pas dissocier ce terme de la capacité inconsciente-préconsciente d'écouter le patient, d'être en contact avec le matériel, autrement dit, de maintenir l'empathie avec le matériel de la réalité psychique. À ce titre, nous pensons que les termes « *Understand* / *Understanding* » pourraient être traduits, afin d'éviter certains malentendus, par « contact » ou « écoute », ou encore par « capacité à contenir » (comme le fait son contemporain Bion) ; cependant, nous optons pour le maintien de « comprendre ».

Nous reconnaissons ces interruptions du moment que nous avons le sentiment que le matériel est devenu obscur et que, d'une manière ou d'une autre, nous avons, pour ainsi dire, perdu le fil conducteur. Or, quel qu'ait été ce que l'on aurait manqué, le fait même qu'on l'ait manqué crée une nouvelle situation qui peut être perçue comme une tension aussi bien par le patient que par l'analyste. Certains analystes, bien entendu – notamment, ceux qui cherchent leur réassurance dans un succès constant (à comprendre) – ressentent ces tensions d'un mode plus aigu que d'autres. Cependant, à part ces différences individuelles, il est certain qu'il s'agit d'une spécificité propre à la nature même de la technique analytique que d'être soumis à ce type de tension – tout particulièrement quand nous ne réussissons pas à aider un patient qui présente un état de détresse évidente. En somme, si mon argumentation est correcte, nous éprouvons tous le besoin, dans une certaine mesure, de satisfaire nos pulsions parentale et réparatrice dans ces circonstances lorsqu'il s'agit de contre-carrer la pulsion de mort. Mais, la manière dont nous pourrions le faire se voit, bien sûr, beaucoup plus restreinte et circonscrite qu'elle ne l'est pour des parents, pour un éducateur ou pour tout autre thérapeute non-analyste. Nous, en effet, nous devons strictement nous limiter à l'acte de l'interprétation (7), et pour l'énoncer, nous sommes obligés d'avoir réussi à maintenir constante notre capacité à comprendre le patient. Si cette capacité de compréhension est abaissée, comme il est donné régulièrement qu'elle le soit, notre thérapie ne nous offre aucune alternative de repli. Ici, une situation propre à la psychanalyse surgit : la non-compréhension est susceptible de susciter de l'anxiété, consciemment ou inconsciemment, et cette même anxiété diminue encore davantage la capacité de compréhension. Je serai tenté de situer dans l'instauration de ce cercle vicieux la source de toutes les déviations du contre-transfert normal.

Si l'analyste est en effet troublé, il est probable que le patient ait contribué inconsciemment à ce que ce soit ainsi et il sera, à son tour, troublé par cet effet suscité chez l'analyste. Ainsi, nous avons à considérer trois facteurs : tout d'abord, la

perturbation émotionnelle chez l'analyste, laquelle doit pouvoir être maniée silencieusement par celui-ci comme condition préalable pour pouvoir penser les deux autres facteurs en jeu, à savoir, en deuxième lieu, la part du patient dans cet état des faits et, enfin, leur effet sur le patient lui-même. Il est entendu que ces trois temps surviennent en quelques instants ce qui fait du contre-transfert un appareil tout délicat de réception. Je vais décrire ce premier temps comme s'il s'agissait d'un long processus, ce que, par ailleurs, il peut bien être parfois.

Le rôle du surmoi de l'analyste

Le degré et l'étendue de la perturbation émotionnelle de l'analyste du fait des périodes de non-compréhension dépendra en premier lieu, probablement, d'un autre facteur : la sévérité de son propre surmoi.

La manière de travailler en analyse est déterminée par une figure interne laquelle, incidemment, peut être représentée par la figure (externe) d'un patient exigeant. Si notre surmoi est essentiellement bienveillant et aidant, nous pourrions tolérer nos propres limitations sans surcharge anxieuse et sans être perturbé, ce qui est susceptible de nous permettre de reprendre plus rapidement contact avec le patient. En revanche, si notre surmoi est sévère, nous pourrions prendre conscience de cette difficulté à comprendre comme étant une expression de la culpabilité inconsciente, qu'elle soit dépressive ou persécutrice. Ou encore, en agissant une défense contre de tels sentiments, nous pouvons réagir à notre difficulté en en faisant le reproche au patient.

Le choix de l'une ou l'autre de ces options, face à un surmoi sévère, détermine, me semble-t-il, quelque chose en plus. En effet, quand la relation entre introjection et projection qui caractérise le processus psychanalytique s'interrompt, l'analyste tend à se fixer en l'une de ces deux positions et, la manière dont il va traiter sa culpabilité inconsciente va déterminer la position dans laquelle il va se fixer : s'il accepte le sentiment de culpabilité, probablement, il restera « coincé »

avec un patient introjecté ; s'il projette ce sentiment, le patient, lui, restera une figure incomprise du monde externe.

Exemples d'introjection et de projection prolongées

Un exemple de la première alternative, c'est-à-dire l'option introjective, peut s'observer quand l'analyste demeure excessivement préoccupé par une « mauvaise » séance, en prenant à son compte aussi bien le comportement du patient que le sien. Il peut avoir le sentiment global qu'il a répété un de ces problèmes personnels dont il est familier et ressentir – même physiquement – le poids de son patient. Seulement quand il réussira à distinguer ces deux composantes, il pourra voir ce qui, de son côté, n'a pas marché et remettre à nouveau le patient en dehors de lui.

Souvent, c'est quelque chose qui survient en fin de séance ou en lien avec l'interruption du week-end, l'analyste ressent qu'il a raté quelque chose et il éprouve en lui la frustration présumée du patient. Cela ressemble fort à un auto-châtiment en lien avec l'intention inconsciente de blesser son patient. Cependant, il est intéressant de se demander si le patient n'a pas contribué à la détresse de son analyste, si le fait de laisser son analyste avec un problème non résolu le concernant n'est pas la manière qu'a le patient de se projeter dans l'analyste pour, à la fois, le punir et éviter la séparation si crainte.

En d'autres mots, il peut y avoir une symbiose entre, d'une part, la tendance de l'analyste à prolonger l'introjection d'un patient que l'analyste croit ne pas pouvoir comprendre ou aider et, d'autre part, la tendance du patient à projeter des parties de lui-même, dans le sens donné par Melanie Klein, à l'intérieur de l'analyste devenu non-aidant. (Tout cela peut encore être bien plus troublant si ce dont le patient veut, de manière très anxieuse, vouloir se débarrasser est sa propre destructivité.)

Dans de tels cas, l'ultime raison du ralentissement de l'analyste à comprendre son patient et à le re-projeter (par l'interprétation) peut être le fait que le patient représente

quelque chose que l'analyste n'a pas encore appris à comprendre suffisamment rapidement en lui-même. S'il n'y réussit toujours pas et qu'il ne peut pas tolérer la sensation d'être opprimé par le patient en tant que figure intériorisée non réparable ou persécutrice, il est susceptible de recourir à un type de re-projection défensive cette fois-ci qui met abruptement le patient en dehors en créant ainsi un nouvel obstacle à la compréhension.

Dans de telles circonstances, une nouvelle complication peut surgir lorsque l'analyste, dans le mouvement de projeter son patient, projette aussi des aspects de lui-même. Dans ce cas, il aura l'occasion d'explorer dans son propre vécu la manière dont travaillent ces mécanismes d'identification projective qui, sous l'influence de Melanie Klein, Herbert Rosenfeld et d'autres, ont été décrits de manière si féconde chez les patients schizophrènes (8). Cela ne devrait pas nous surprendre, puisque la découverte des mécanismes pathologiques dans les maladies mentales fut souvent suivie de l'observation de ces mêmes mécanismes, de manière plus subtile, chez les personnes normales. Un exemple « au ralenti » de ce type de processus auquel je pense peut communément être observé lors des interruptions du week-end. En effet, après avoir fini sa semaine de travail, l'analyste peut se sentir préoccupé pendant un bref laps de temps par des problèmes non-résolus avec ces patients. Puis, il réussit généralement à les oublier ; cependant, la période d'une telle préoccupation consciente peut donner lieu à une période de morosité dans laquelle il éprouve un désintérêt pour ses loisirs habituels. Mon idée est que cela survient ainsi car il a fantasmatiquement projeté, en même temps, des parties de lui-même avec (la « projection » de) ses patients, ce qui l'amène à devoir attendre jusqu'à les retrouver à nouveau.

Lorsque cette perte partielle du *self* survient pendant la séance, elle est ressentie comme une perte de la puissance intellectuelle ; l'analyste se sent stupide. Le patient peut bien avoir contribué à cet état des choses. Peut-être, frustré de ne pas avoir reçu une interprétation immédiate, le patient a-t-il inconsciemment désiré châtrer son analyste, et en s'adressant à lui comme s'il l'était, le patient contribue grandement à ce que l'analyste se sente effectivement châtré (9).

Un exemple compliqué tiré de ma propre expérience pourrait illustrer la simultanéité avec laquelle opèrent tous ces processus. Alors que je projetais un patient qui cherchait à projeter à l'intérieur de moi sa propre maladie mentale, j'avais en même temps le sentiment d'être volé de mon intelligence par lui.

Un patient névrosé, chez qui les mécanismes paranoïdes et schizoïdes prédominaient, arriva à sa séance dans un état important d'angoisse du fait qu'il ne s'était pas senti du tout capable de travailler à son bureau. Par ailleurs, dans la rue, il s'était senti bizarre avec le sentiment de s'y perdre ou qu'on risquait de lui rentrer dedans ; il s'auto-dépréciait en se traitant d'inutile. En me remémorant une occasion similaire dans laquelle mon patient s'était senti dépersonnalisé tout le long d'un week-end pendant lequel il avait rêvé avoir perdu son « radar » dans une boutique qui n'ouvrait que le lundi, j'ai pensé qu'il avait laissé, dans le fantasme, des parties de son « bon self » en moi. Mais, je n'étais pas sûr de cela, pas plus que d'autres interprétations que je commençais à lui donner. Le patient les rejeta aussitôt et se sentait encore plus angoissé, tout en m'accusant de ne rien faire pour l'aider. Vers la fin de la séance, il n'était plus dépersonnalisé, mais mécontent et méprisant. Maintenant, c'était moi qui me sentais inutile et stupéfié.

Quand j'ai pu reconnaître dans mon état le sien à son arrivée à la séance, j'ai ressenti immédiatement le soulagement de la re-projection ; mais la séance était déjà finie.

À la séance suivante, le patient est arrivé avec le même état d'humeur : fâché et méprisant. Je lui ai alors dit qu'il avait le sentiment de m'avoir réduit à un état d'inutilité et d'incertitude, analogue à celui qu'il éprouvait, et qu'il m'avait ainsi « poussé dans mes retranchements » en me posant des questions sans même écouter les réponses de la même manière que son père légal peut faire avec lui. Sa réaction fut surprenante. Pour la première fois en deux jours, il devint apaisé et pensif. Il dit alors que cela expliquait pourquoi il avait été si en colère contre moi la veille : il avait ressenti que toutes mes interprétations se référaient à ma maladie et non à la sienne.

Je suggère que nous pouvons ici observer, « au ralenti », différents processus à l'œuvre, lesquels, dans une période analytique « normale » ou idéale, peuvent avoir lieu de manière extrêmement rapide.

Je pense que j'ai commencé à mettre mon patient à l'intérieur de moi, à m'identifier introjectivement, à peine il s'est allongé sur le divan et commencé à parler de son immense détresse. Mais, je n'ai pas été capable de reconnaître cela d'emblée en moi comme étant quelque chose de déjà compris par moi en ma propre personne. Et c'est bien cela qui a ralenti le processus de « le sortir de moi » pour pouvoir le lui expliquer et pouvoir ainsi soulager son angoisse à lui. Le patient, pour sa part, s'est senti frustré de ne pas recevoir à temps d'interprétation et il a réagi en projetant en moi son sentiment d'impuissance, en même temps qu'il se comportait comme s'il avait pris de moi ce qu'il croyait avoir perdu, l'intelligence lucide bien qu'agressive de son père, avec laquelle il attaquait son *self* impuissant en ma personne.

Durant ce temps, il est inutile, bien sûr, d'essayer de reprendre le fil, là où je l'avais au début perdu. Il s'agissait d'une situation tout à fait inédite qui nous avait affectés tous les deux. Et avant de lui interpréter sa part de responsabilité dans le déclenchement de la situation, j'ai dû mener en silence ma part d'auto-analyse qui concernait la discrimination de deux choses pouvant être ressenties comme étant très similaires : mon propre sentiment d'incompétence à avoir perdu le fil, d'une part, et le mépris de mon patient pour son *self* impuissant qu'il voyait en moi. Une fois faite cette interprétation pour moi-même, je fus en mesure de pouvoir interpréter la part qui revenait à mon patient, en restaurant de la sorte la situation analytique normale.

Selon Bion (10), la capacité à faire ce type de discrimination – et de le faire plus rapidement que dans mon exemple – est une part importante de la capacité à utiliser son propre contre-transfert dans l'intérêt de la cure.

CONTRE-TRANSFERT POSITIF ET NÉGATIF

Considérant maintenant le contre-transfert dans le sens restreint d'un excès, en somme, de sentiment positif ou négatif, cela est souvent le résultat indirect des frustrations suscitées par la non-compréhension d'un patient lorsqu'il est dans la détresse et que, de ce fait, nous ne pouvons pas lui offrir des interprétations effectives. Pour l'analyste, dont la tendance réparatrice du dispositif de base est ainsi contrecarrée, le risque est de chercher inconsciemment à le pallier par l'expression d'une certaine forme d'amour ou, au contraire, une forme d'hostilité, envers son patient. Entre-temps, le patient, de son côté, contribue dans ce processus en provoquant l'un ou l'autre de ces affects chez son analyste. Celui-ci est d'autant plus enclin à répondre *aux* humeurs même de son patient qu'il a perdu sa capacité d'empathie avec ces humeurs.

Or, malgré nos scrupuleux efforts pour écarter l'excès de sentiments positifs ou négatifs, le patient est susceptible de ressentir inconsciemment ledit excès. Ainsi une nouvelle situation est-elle créée dans laquelle sa réponse à notre humeur peut, en elle-même, être l'objet d'une interprétation.

Si, par exemple, le contre-transfert est trop positif, le patient peut réagir à notre préoccupation émotionnelle grandissante en se plaignant de notre manque d'implication émotionnelle. Nous n'allons pas le contredire s'il semble désirer. Mais il peut s'avérer approprié de lui dire qu'il croit que nous sommes très attirés par lui et qu'il dénie ce fait afin d'éviter d'être responsable d'une séduction.

Dans cette scène, un important schème précoce peut être en jeu. Enfant, il s'est peut-être rendu compte inconsciemment que ses caresses embarrassaient un de ses parents, par exemple sa mère, qui craignait d'être ainsi excitée ; et le sentiment d'être rejeté a pu être déterminant tout le long de sa vie, étant donné que ce sentiment le protège en contrecarrant sa culpabilité de l'avoir séduite. Si tel est le cas, l'interprétation de la répétition de ce schème dans le transfert peut

rendre le patient capable de réévaluer, non seulement l'attitude envers lui de son analyste, mais aussi celle de ses parents réels.

Mais, à ne pas remarquer cette situation, à ne pas observer ses effets ni à l'interpréter effectivement, et à continuer d'offrir inconsciemment, à la place, de l'amour, le cours de la cure se verrait altéré de plusieurs manières. En effet, l'analyste peut favoriser de la sorte la dissociation – de manière directe dans son propre esprit et indirectement dans l'esprit de son patient – entre, d'un côté, lui-même en tant que « bon parent » et, de l'autre côté, les parents réels en tant que « mauvais parents ». Le patient, lui, à opérer ainsi, ne prendrait jamais conscience de sa culpabilité envers ses parents, une culpabilité qui sera d'autant plus grande, paradoxalement, que ses parents ont été vraiment « mauvais » ; car la culpabilité est proportionnelle à l'ambivalence du patient à leur égard. Et encore, si cette culpabilité ne fait pas l'objet de son analyse, le patient sera ainsi privé d'élaborer ce stade précoce décrit par Melanie Klein, à savoir, la position dépressive. C'est dans cette étape que l'enfant commence à prendre bien douloureusement conscience de sa conflictualité entre sa propre haine et son propre amour.

Maintenant, en ce qui concerne les attitudes négatives que l'analyste peut adopter envers son patient, lesquelles peuvent être le résultat d'un échec transitoire dans la compréhension, elles deviennent particulièrement intenses lorsque le patient se transforme en persécuteur du fait qu'il est vécu par l'analyste comme un patient incurable. Une fois de plus, la triple tâche du labeur de l'analyste doit être accomplie par lui, à savoir : tout d'abord, bien prendre conscience de ce mécanisme défensif en lui ; puis, chercher la part qui revient au patient dans le déclenchement d'une telle situation ; enfin, chercher les effets de cette situation sur le patient.

Considérons ce dernier point. Le genre de patient paranoïaque dont je parlais plus haut, lequel m'a détesté pendant des années et qui semblait ne pas faire de progrès, a tout pour représenter facilement pour nous un de nos objets mauvais et persécuteurs internes dont on souhaiterait bien être

débarrassés. Ces sentiments se trahissent eux-mêmes par exemple dans un soupir de soulagement après la dernière séance de la semaine ou avant de prendre des vacances. Notre première tendance peut être de vouloir supprimer ces sentiments d'hostilité ; mais si l'on s'empêche de la sorte de devenir conscient de ces sentiments, on risque de manquer de mesurer leur influence sur l'inconscient du patient. Un exemple : j'ai fini par m'apercevoir que les occasions où ce patient me rejetait avec plus de violence que d'ordinaire suivaient – plutôt qu'elles ne précédaient – des moments dans lesquels je me suis senti vraiment heureux de me libérer de lui. Ce n'est qu'à ce moment-là que l'interprétation signifiant que c'était lui qui se sentait rejeté a eu par conséquent plus de succès.

J'ai également mieux nettement remarqué que les moments où j'étais bien conscient de le détester suivaient des moments où j'étais désespéré de ne pas pouvoir l'aider. Et j'ai commencé à me demander si, lui de son côté, il ne cherchait pas à me désespérer et, dans ce cas, pour quelles raisons il le ferait. Pour plusieurs raisons, certes, mais la plus importante était que, dans son fantasme, aller mieux revenait à renoncer à une composante homosexuelle mal connue de lui-même. Il cherchait inconsciemment à me prouver que cela n'était pas possible. Pendant ce temps, il m'attaquait consciemment du fait de ne pas le guérir, c'est-à-dire, du fait de ne pas éliminer cette impulsion, et, inconsciemment, pour ne pas lui donner satisfaction.

CONCLUSION

Si ce que j'ai pu avancer jusque-là touche un peu l'immense complexité de notre sujet, ce serait pour tenter quelques réponses aux questions que nous soulevions au début de cet article, à savoir : qu'est-ce que le contre-transfert « normal » ? De quelle manière et sous quelles conditions peut-il être perturbé ? De quelle manière ces perturbations peuvent-elles être rectifiées de manière à servir au progrès de l'analyse en cours ?

Le mobile de l'analyste est une combinaison de curiosité et de pulsions parentales et réparatrices. Son équipement consiste, d'une part, dans son savoir théorique à propos de l'inconscient et, d'autre part, dans sa familiarisation avec les manifestations de cet inconscient acquise pendant son analyse personnelle. Mais c'est bien de l'utilisation de la seconde composante qu'il est question dans cet article, c'est-à-dire de sa propre capacité d'*insight* à travers le recours à une identification partielle avec son patient pour se servir de son expérience analytique avec son propre inconscient afin d'interpréter la conduite de son patient. Quand tout se passe bien, cette identification partielle paraît osciller entre ses formes introjective et projective. L'analyste absorbe, pour ainsi dire, l'état psychique de son patient par le biais des associations qu'il entend et des postures qu'il observe. L'analyste les reconnaît comme étant l'expression de certains modèles, des schèmes, de son propre monde fantasmatique inconscient et les re-projette au patient à travers l'acte de l'interprétation. Dans cette phase, l'analyste peut avoir une sensation de compréhension profitable pour le patient, laquelle satisfait sa curiosité et ses tendances réparatrices. Dans une certaine mesure, son intérêt est aussi de nature parentale, étant donné que pour un parent l'enfant représente son propre *self* précoce, et que c'est bien par ce même enfant chez le patient que l'analyste est concerné. Sa sensation d'être en contact avec cet enfant, son empathie à son égard, englobe les sentiments de contre-transfert « normal ». Ce qui maintient le cours de ce processus ce sont les actes répétés de l'analyste à reconnaître que tel et tel autre schème émotionnel « absorbé » dans la phase introjective exprime tel ou tel autre fantasme dans son propre inconscient. Et ce qui provoque une rupture dans cette relation est la défaillance de cette capacité de reconnaissance.

La cause de cette défaillance peut être un élément encore craint par l'analyste car non complètement compris par lui dans son for intérieur et duquel le matériel de l'analysant s'était trop approché. Il en résulte un « ralentissement » dans le processus analytique, ce qui a l'intérêt de nous permettre de mieux observer ses différentes phases. Cela arrive ainsi

particulièrement lorsque c'est la première phase, ou phase introjective, qui est responsable de ce ralentissement du processus. L'analyste se sent alors oppressé par le patient ainsi que par une part de son propre *self* immature précoce. Il doit donc œuvrer plus lentement là où, à d'autres moments, il œuvrerait de manière plus immédiate, pour devenir conscient des fantasmes qui l'occupent à l'intérieur de lui, pour en reconnaître les sources, discriminer la part du patient et sa part propre et, de cette manière, « objectiver » à nouveau le patient.

Mais l'analyste a encore affaire à deux autres facteurs, lesquels sont bien moins évidents lorsque le processus se déroule rapidement. Ce sont les contributions du patient – en particulier l'usage qu'il fait de l'identification projective – dans l'émergence des perturbations émotionnelles chez l'analyste et leurs effets éventuels sur lui-même, le patient, en retour.

Il peut arriver que l'analyste ne réussisse pas à faire le tri de tout cela avant qu'il ne re-projette le patient ayant alors un statut d'élément non compris, d'élément étranger, dans le monde externe. Si ces tendances réparatrices n'ont pas trouvé de cours dans des interprétations effectives, l'analyste sera tenté de se replier en revanche dans une quelconque forme de réassurance. Soit – ayant perdu tout espoir en ses capacités réparatrices – il risque de se défendre de la dépression par des sentiments hostiles contre son patient. Soit – ayant perdu temporairement sa capacité intuitive de compréhension – il risque de faire des interprétations uniquement basées sur ses connaissances théoriques, lesquelles sont des substituts stériles de ce qui s'avère seulement fécond lorsqu'elles sont le résultat de la combinaison de la théorie et de l'intuition.

Si nous étions des analystes omniscients, le seul contre-transfert dont nous ferions l'expérience serait celui en lien avec cette phase intuitive lorsque tout procède sans entrave. Mais les étapes de moindre satisfaction que j'ai essayé de décrire ici, pendant lesquelles nos sentiments sont au moins dans une certaine mesure perturbés, prennent beaucoup plus de temps dans nos analyses que nous ne sommes prêts à

nous rappeler ou à admettre. Pourtant, c'est précisément pendant ces périodes que – me semble-t-il – l'analyste, à la condition d'analyser silencieusement ses propres réactions, peut voir augmenter ses capacités d'*insight*, diminuer ses difficultés propres au cas en question et approfondir la connaissance à propos de son patient.

NOTES ET RÉFÉRENCES

(1) L'utilisation du contre-transfert comme un « outil d'investigation » fut particulièrement étudiée par Paula Heimann (« On Counter-Transference », *Int. J. Psycho-Anal.*, 1950, 31). Cette auteure propose de centrer les *causes* de ce contre-transfert dans la problématique inconsciente du patient, alors que Margaret Little (« On Counter-Transference and the Patient's Response to it », *Int. J. Psycho-Anal.*, 1951, 32), elle, met l'accent sur les *effets* du contre-transfert chez le patient. Ceci est aussi, indéniablement, un aspect très important. Cependant, l'interprétation des réponses du patient à notre contre-transfert ravive le débat de savoir si nous devons occasionnellement être disposés à admettre ouvertement avec le patient notre contre-transfert, comme Margaret Little le soutient, ou si, en revanche, nous devons nous restreindre à interpréter le matériel qui est exclusivement dans l'esprit du patient, en l'occurrence, ses *croyances* à propos de notre attitude.

(2) Heimann, Paula. *Ibid.*

(3) La sublimation de la curiosité et l'attitude parentale furent signalées par Clifford Scott et par Paula Heimann, respectivement, dans des débats menés au sein de la Société britannique de psychanalyse. Mais je n'ai pas trouvé de référence spécifique sur cette question dans leurs publications. Cependant, dans « Problems of the Training Analysis » (*Int. J. Psycho-Anal.*, 1954, 35), Paula Heimann évoque de manière implicite les dangers encourus en lien avec un excès de sublimation de l'attitude parentale.

(4) Inversement, en découvrant de nouvelles configurations chez son patient, l'analyste peut faire des progrès « de troisième cycle de formation » dans son analyse personnelle.

(5) Anna Reich parle d'« identification de courte durée » (« On Counter-Transference », *Int. J. Psycho-Anal.*, 1951, 32), et Paula Heimann parle d'identifications dans les deux formes introjective et projective dans « Problems of the Training Analysis », cité plus haut.

(6) Klein, Melanie. « Notes on some Schizoid Mechanisms », *Int. J. Psycho-Anal.*, 1946, 27, ainsi que dans *Developments in Psycho-Analysis*, 1952. Je pense que la distinction entre identification introjective et projective est implicite, bien que non clairement développé, dans l'article de Freud « Analyse du Moi et psychologie des foules ».

(7) Jusqu'à quel point nous sommes restreints à la seule interprétation dépendra, dans une certaine mesure, de l'école à laquelle nous appartenons. Cependant, nous sommes tous d'accord sur le rôle principal que nous attribuons à l'activité interprétative. Aucun analyste ne dénie que nous sommes parfois amenés à aménager le cadre dans lequel nous allons pouvoir interpréter : Nous proposons un certain confort physique à travers le divan ; et nous préservons une certaine courtoisie dans l'accueil des variations mineures de notre cadre exigées par les différents patients, par exemple, ceux qui vont vouloir serrer la main avant ou après chaque séance, ceux qui vont, au contraire, éviter absolument de le faire ; etc. Mais, les opinions divergent quant aux manipulations délibérément opérées sur le cadre une fois que celui-ci est déjà établi.

Dans ce sens, Winnicott, si je l'ai bien compris, défend l'idée que certains patients psychotiques ne peuvent établir une relation qu'avec un objet idéal qu'ils n'ont jamais rencontré et que l'analyste est amené à devoir jouer ce rôle-là avant que l'analyse à proprement parler ne commence ; en d'autres mots, il défend l'idée qu'il ne suffit pas à lui seul d'interpréter les efforts du patient pour imposer ce rôle en l'analyste.

(8) Klein, Melanie. *Ibid.* Rosenfeld, H. « Transference Phenomena and Transference Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient », *Int. J. Psycho-Anal.*, 1952, 33.

(9) En de telles circonstances, le patient est également susceptible d'introjecter son analyste « châté » et ressentir de ce fait un besoin encore plus désespéré d'aide externe qu'auparavant. Dans de tels moments, l'analyste, lui, peut devenir douloureusement conscient que son patient présente une demande d'aide aussi urgente qu'il se sent encore moins en mesure de la lui donner – en termes conscients, une bonne interprétation ; en termes inconscients, un sein ou un pénis dont ils pensent être dépossédés à ce moment-là.

(10) Bion, W. R. « Language and the Schizophrenic ». Chapitre 9 de *New Directions in Psycho-Analysis*, 1955. Dirigé par Melanie Klein, Paula Heimann et R. E. Money-Kyrle. La manière dont le patient réussit à imposer une phantasie et son affect correspondant chez son analyste afin de dénier ces représentations en lui-même est un problème des plus importants. Je pense que nous ne sommes pas obligés de considérer une certaine forme de communication extrasensorielle ; mais, que cette communication peut être d'un mode préverbal et archaïque – peut-être analogue à celle utilisée par les animaux grégaires chez qui la posture ou l'appel d'un des membres du groupe réussit à susciter un affect donné chez tous les autres. Dans la situation analytique, une particularité des communications de ce type est que, à première vue, le patient n'apparaît pas comme étant à son origine. L'analyste éprouve un tel affect comme étant sa propre réponse à quelque chose. Le travail consiste donc à s'évertuer à différencier l'apport de l'un et de l'autre dans une telle expérience.

Mots-clés : contre-transfert, double empathie, identification introjective, identification projective, surmoi de l'analyste.

Keywords: countertransference, double empathy, psychoanalyst's superego, introjective identification, projective identification.