

Introduction

Clarisse Baruch*

Je veux tout d'abord remercier l'équipe des Rencontres qui m'a proposé d'être le fil rouge de cette édition 2024, sur le travail du contre-transfert, sujet délicat mais aujourd'hui incontournable. Je remercie aussi les oratrices et les discutantes de la qualité de ce qu'elles nous offrent pour approfondir nos représentations et nous permettre de trouver ce qui nous semble, à chacun individuellement, la meilleure disposition interne, celle qui nous permet de nous laisser associer au fil du discours de nos patients.

La question du travail du contre-transfert a évolué depuis l'origine, en fonction de la façon dont le contre-transfert lui-même était considéré. Tout d'abord obstacle à la cure, il fallait donc le rendre conscient, puis le maîtriser, le contrôler, nous faire « pousser la peau dure qu'il nous faut », comme écrivait Freud à Jung en 1909. Devenu plus tard autant moteur de la cure que le transfert lui-même, le contre-transfert est maintenant le fil à plomb, ou plutôt le pendule, qui nous permet de situer le type de transfert qui s'opère par l'intermédiaire de ses rejetons, rejetons du contre-transfert inconscient qu'il convient de repérer, pour remonter ensuite vers leurs origines pulsionnelles, en s'appuyant sur un travail d'auto-analyse, et permettre ainsi de formuler une interprétation.

La théorie est ainsi belle et précise. La pratique se révèle hautement complexe, incertaine, les interrogations et les indécisions sont permanentes, et font partie intégrante, en réalité, du travail de contre-transfert. Une certitude contre-transférentielle peut en fait révéler soit la résultante d'une identification projective provenant du patient, soit le reflet d'une tache aveugle de l'analyste. Le doute est permanent et salvateur : ne peut-il pas y avoir simultanément plusieurs flux transférentiels à l'œuvre à un moment donné ? Et donc plusieurs qualités de réponse contre-transférentielle de la part de l'analyste ?

Reprenons quelques instants l'évolution des recommandations que l'on trouve pour situer le travail du contre-transfert :

Freud écrivait en 1913 : « Chacun de nous possède dans son propre inconscient l'instrument avec lequel il est capable d'interpréter les manifestations de l'inconscient de l'autre »¹. Voilà une excellente définition du travail du contre transfert, bien que le terme n'apparaisse pas dans le texte. Mais elle pose plus de questions qu'elle n'en résout : comment entrer en contact avec cet instrument de musique

* Psychanalyste, membre titulaire ayant fonction de formateur de la SPP, ex présidente de la SPP, directrice du Centre Evelyne et Jean Kestemberg de l'ASM13, professeur des Universités, corédactrice en chef de la revue *Psychanalyse et psychose*

¹ Freud 1913 Disposition à la névrose obsessionnelle in *Névrose, Psychose et Perversion* p. 192

interne qui vibre lorsque ses cordes entrent en résonnance avec l'inconscient du patient ? Nous ne pouvons qu'inférer son existence, en relever les échos conscients, puisqu'il est logé dans les profondeurs de notre propre inconscient. Et pourtant c'est sur lui que se base l'interprétation, c'est à dire ce qui est émis dans la réalité audible de la relation transféro-contre-transférentielle.

Cette citation de Freud nous incite directement à nous ouvrir vers le labyrinthe de nos processus inconscients ; elle précède d'un an le texte dans lequel il nous expose ce que ne doit pas faire l'analyste, consciemment et délibérément, face au risque du transfert² : « Il me serait facile en m'appuyant carrément sur la morale courante de déclarer que l'analyste ne doit jamais, au grand jamais, agréer la tendresse qu'on lui offre ni y répondre. Il doit plutôt considérer que le moment est venu de se poser devant la femme amoureuse en champion de la pureté des mœurs et de la nécessité du renoncement. »

Il poursuit :

« Cependant je décevrai ces attentes, la première aussi bien que la seconde. La première, parce que je n'écris pas pour la clientèle mais pour des médecins aux prises avec de graves difficultés (...) Mais je décevrai plus nettement encore la seconde attente. Inviter la patiente dès qu'elle a fait l'aveu de son transfert amoureux à étouffer sa pulsion, à renoncer et à sublimer, ne serait pas agir suivant le mode analytique, mais se comporter de façon insensée. »

Puis :

(...) « Je déconseillerai également d'employer le moyen terme qui pourrait sembler fort ingénieux à certains d'entre nous. Il s'agirait là, pour l'analyste, de prétendre partager les tendres sentiments de la patiente, mais en évitant toutes les manifestations physiques de ceux-ci, jusqu'au moment où l'on sera parvenu à ramener la situation dans des voies plus calmes et à les porter à un niveau plus élevé. »

Et il conclut un peu plus loin en nous donnant ce conseil :

« Il convient de maintenir ce transfert, tout en le traitant comme quelque chose d'irréel ».

Et nous voilà ainsi revenu au cœur même de la psychanalyse : nous travaillons avec l'irréel, avec le fantasme, avec l'incertitude, en somme avec l'inconscient. Et déjà en filigrane se dégage le travail que doit faire l'analyste envers ce qui était encore considéré comme un piège.

Les grandes lignes sont tracées, et le mouvement, d'un contre-transfert considéré comme obstacle, vers l'outil à prendre en compte est déjà esquissé. Aujourd'hui, les supervisions, les conférences cliniques, les exposés de cas en tous genres interrogent à chaque pas la tonalité contre-transférentielle qui habite l'analyste à tel moment de la cure. La question clé que l'on se pose encore et encore n'est-elle pas : « Qui suis-je, là maintenant, dans le transfert du patient » ? et la réponse ne peut parvenir que des éléments contre-transférentiels, tant le contenu manifeste du patient peut nous faire partir sur une

² FREUD S. Remarques sur l'amour de transfert. OCF.P, XII ; 197-211, Puf, Paris, 1915a (1914) 2005

mauvaise piste : ce n'est pas, par exemple, parce qu'il évoque un souvenir lié à sa mère après avoir reproché à son analyste ses vacances, que le transfert ne peut être que maternel. Le « dit », la parole, le discours ne suffisent pas, et l'analyse des ressentis contre-transférentiels est devenu communément recommandée pour qualifier la dynamique pulsionnelle du moment.

Il n'en reste pas moins que lorsque l'on s'approche, ce qui paraissait clair de loin s'obscurcit, et ce dès que l'on se rappelle que Freud nous alerte d'emblée sur le caractère inconscient du contre-transfert, à l'instar du transfert. Paul Denis propose : « Si nous nous mettons à la mode des formulations en termes de contenant/contenu, il serait tentant de dire que le contre-transfert est le contenant du transfert. De fait, il ne peut y avoir transfert au sens spécifique du mot – désignant la transposition progressive et évolutive du spectre de l'ensemble des relations d'objet du patient – sans que l'attitude profonde de l'analyste le permette ». Mais comment accéder à cette « attitude profonde » ? Comment aborder les rives de ce qui nous reste à nous-même inconscient ? De quelle voie royale disposons-nous, nous qui nous saisissons de celle qui conduit le patient vers son propre inconscient ? Car, quelle que soit la qualité de notre travail personnel, de notre auto-analyse, - évidemment absolument fondamentale -, nous savons bien que ce qui est devenu conscient reste une bien petite partie émergée de l'iceberg, en quelque sorte des rejetons contre-transférentiels. Ainsi les concepts d'acting contre-transférentiel, de contre-agir, font maintenant partie de notre dictionnaire commun, et les actes manqués de l'analyste, ses rêves des patients, sont pris en compte comme un matériel de l'analyse au même titre que ceux qui sont rapportés par les patients. Nous en verrons quelques exemples dans les conférences qui vont suivre.

L'associativité de l'analyste, en écho à celle de son patient, permet de s'accrocher à des éléments symboliques, sa capacité à la relier à ses connaissances théoriques peut lui donner quelques pistes ; ses décrochements, léthargies, impatiences l'amènent à s'interroger ; l'émergence de pensées incongrues ou d'images bizarres, de pensées paradoxales telles que nous les évoque Michel de M'Uzan, peut lui permettre de suivre son patient dans tel ou tel niveau de régression ; et ses actes manqués, l'amener, comme toujours, vers son propre inconscient, en ce qu'il est à la fois sollicité par celui du patient, mais aussi obéissant aux lois de son propre infantile. C'est avec tout cela qu'il va lui falloir interpréter le, par, ou encore dans le transfert, et donc choisir, parmi toutes les hypothèses, celle qu'il va proposer au patient. C'est là qu'apparaît l'élément fondateur du doute, en ce qu'il va à la rencontre de notre propre inconscient : et dès lors aucune certitude n'est possible. Seule la suite du travail peut donner corps à ce qui avait de l'importance, dans un après-coup reconstruit, qui se trouve pourtant aussi fictionnel que le premier coup. Que faire d'autre que de faire confiance à cette boussole invisible et impalpable qui nous oriente d'on ne sait où ? À partir du moment où la suite nous donne raison, l'on pourra, ensuite théoriser, relier, trouver une logique consciente. Si ce n'est pas le cas, par contre, changer de cap, de réglage de l'instrument, sera indispensable.

Dans tout ce qui précède, le contre transfert a été pris comme le représentant du transfert du patient dans la psyché de l'analyste. Il en serait en quelque sorte l'écho, et constituerait ce qui permettrait de suivre le patient dans sa dynamique transférentielle. Cette définition du contre- transfert est restrictive, puisqu'elle se centre uniquement sur la dyade transféro-contre-transférentielle, et exclusivement en ce qu'ils interagissent. Certains ont élargi la notion de contre-transfert. Paula Heimann, en 1949, déjà, précisait que, pour elle, le contre transfert concerne la totalité des sentiments que l'analyste éprouve envers son patient. La totalité, pas seulement ce qui est en nous en contact avec le transfert. Pire encore, elle affirme que « ce qu'éprouve le patient à l'endroit de son analyste n'est pas forcément dû au transfert, et au fur et à mesure que l'analyse avance, il est de plus en plus capable de sentiments réalistes » ; pour elle donc, ce qui se joue dans l'analyse est bien plus vaste qu'une « simple » si l'on peut dire, relation transféro-contre-transférentielle.

Pour autant, « Le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient », écrivait-elle, (et ailleurs) : « Notre postulat de base est que l'inconscient de l'analyste comprend (au sens de la compréhension, pas du contenant) celui de son patient ». On retrouve ici quelque chose d'analogue à la proposition de Freud.

Mais elle poursuit : « (...) j'ai le sentiment que l'on n'a pas assez souligné qu'il s'agissait en fait d'une relation entre deux personnes. Ce qui distingue cette relation des autres n'est pas la présence de sentiments chez l'un des partenaires, le patient, et leur absence chez l'autre, l'analyste, mais essentiellement le degré des sentiments éprouvés et l'usage qui en est fait, ces deux facteurs étant interdépendants. De ce point de vue, le but de l'analyse du futur analyste n'est pas de le transformer en un cerveau mécanique fournissant des interprétations à partir d'un processus uniquement intellectuel, mais de lui permettre de soutenir les sentiments qui sont éveillés en lui, en tant que cela s'oppose au fait de les exprimer (ce que fait le patient), afin de les subordonner au travail analytique dans lequel fonctionnent comme un miroir réfléchissant du patient. »

En invoquant les « sentiments » éveillés chez l'analyste, Paula Heimann se réfère à ce qui est le plus proche du conscient, dans la plupart des cas, qu'on peut nommer ressentis contre -transférentiels. Mais en élargissant le contre -transfert à l'ensemble des éléments de l'inconscient de l'analyste, et pas seulement à ceux qui sont mis en mouvement par le transfert de son patient, elle complique singulièrement la tâche de l'analyste qui va devoir se rapporter à tout l'ensemble de ce qu'il a pu mettre en lumière lors de sa propre analyse, et ses motions pulsionnelles les plus intimes, celles qui lui appartiennent en propre.

Dans son article, elle rapporte ensuite une vignette clinique dans laquelle elle analyse finement ce qui au plan de son inconscient à elle l'avait alertée sur les significations transférentielles d'un désir de mariage de son patient, et qu'elle a ainsi pu, à l'aide d'un travail de contre-transfert, aider à la

poursuite de la cure. Dans l'après-coup de son élaboration théorique, il est pourtant frappant de constater que ses constructions théoriques explicatives, très kleinienne, auraient tout à fait pu être remplacées par d'autres, plus classiquement freudiennes. Qu'importe : le travail de la séance a eu lieu, dans l'intérêt du patient. Qu'ensuite les lectures théoriques divergent n'intéressera que les analystes. Par contre, il est essentiel de s'interroger, dans l'*hic et nunc* de la séance, sur les dispositions particulières dérivant de modalités pulsionnelles appartenant spécifiquement à l'analyste. Et c'est seul le travail d'analyse ou d'auto-analyse qui permet de les mettre en lumière : Michel de M'Uzan (1994)³ en a décrit certaines, dans le fil de Michel Neyraut pour qui le contre-transfert précède le transfert, en décrivant « des mesures préventives que l'analyste prend à son insu. Il s'agit du dégagement, de la libération chez l'analyste de tendances généralement contre-investies (...) Elles concernent a priori n'importe quel patient et quelle que soit la nature des provocations auxquelles ce dernier aura recours par la suite » (p. 55)

Il nomme ces tendances : la ponte, la convoitise et la domination.

La ponte « définit un besoin éprouvé par l'analyste, celui de déposer dans l'analysé des parties de lui-même, ses propres productions, ses façons de voir ».

La convoitise « vise les contenus psychiques de l'analysé en vue d'utilisations égoïste » ; pour l'illustrer, il donne l'exemple d'un rêve d'une patiente qui se met en scène avec ses parents : « eElle éprouve le sentiment d'être exposée à un danger extrême, ses parents s'apprêtent à pomper sa substance pour la répartir dans de petits tubes de couleurs différentes ».

La domination « a trait au besoin de contrôler rigoureusement le fonctionnement psychique de l'analysé, de s'en assurer la maîtrise, comme si celui-ci ne devait pas jouir de la moindre liberté, comme s'il devait fonctionner conformément aux principes qui définissent les relations de l'analyste avec ses propres objets. »

Il s'agit donc d'éléments contre-transférentiels -au sens large- inconscients qui viennent s'interposer dans la cure entre l'analyste et le transfert de son patient, et qui peuvent avoir leur propre cours dans le processus. Les dénicher et les analyser, dans le for intérieur de l'analyste, peut constituer un travail contre-transférentiel important.

En balance, d'autres activités psychiques inconscientes sont à l'inverse mises au service de la cure, et Michel de M'Uzan les a plus que tout autre mises en évidence, avec la description de la « chimère », co-crédation des inconscients des deux protagonistes de la cure, organisme autonome et indépendant qui permet de figurer les modalités pulsionnelles en présence. Deux inconscients qui génèrent une forme de représentation vivante, qui apparaît à l'analyste et lui donne des clés précieuses pour s'orienter dans le labyrinthe.

³ de M'Uzan M. (1994), Pendant la séance, in *La bouche de l'Inconscient*, Paris, Gallimard, pp 45-68.

Lors d'un fort intéressant CPLF, les Haber avaient présenté de leur côté différents contre-agirs de l'analyste qui, bien loin d'avoir été une irruption fâcheuse de l'inconscient de l'analyste, avaient permis de relancer ou d'avancer dans des cures ; cela les avait amenés à une interrogation presque ferenczienne : les échappées inconscientes du contre-transfert de l'analyste pourraient-elles avoir une vertu curative, si elles sont, naturellement, reprises comme matériel transférentiel ? Nous avons tous des expériences de cette sorte. JL Donnet (2005)⁴ était plus circonspect. Il écrivait à ce sujet « que le contre-agir consenti est le contenant temporel d'un conflit interne au contre-transfert ; et que l'existence même d'un tel conflit suppose l'activation chez l'analyste d'un registre surmoïque-idéal de son lien à la/sa méthode pendant la séance » (p.53).

Il convient en tous les cas de mettre ces contre-agirs au travail de l'auto-analyse, ou de la clairvoyance de ses pairs, afin de clarifier les enjeux transféro-contre-transférentiels en cours ; mais l'un des résultats positifs de ces interrogations est de toutes façons de dépasser l'habituelle et inutile culpabilité de l'analyste face à ses manifestations inconscientes. Quoiqu'il en soit, elles disent quelque chose de la cure et du patient.

Enfin, on ne peut pas terminer une introduction sur le travail du contre transfert sans évoquer Winnicott, et sa « haine dans le contretransfert ». D'abord pour souligner que son texte, si couramment cité, concerne explicitement le travail psychanalytique à l'œuvre avec des patients psychotiques. Il me semble important de resituer ce point, et d'interroger le fait que nous ayons aujourd'hui tendance à le généraliser. Bien sûr, la haine ne concerne pas que les seuls psychotiques, et des mouvements contre-transférentiels haineux peuvent se retrouver aussi dans des cures de névrosés. Mais il est important de relever que toute l'argumentation de Winnicott dans ce texte concerne des patients psychotiques qui sont « dans un état de sentiment où coïncident l'amour et la haine », de façon non dialectisée, non ambivalente. Le patient ressent alors, je cite Winnicott, « la conviction profonde que l'analyste lui aussi est seulement capable d'une relation à l'état brut, dangereuse, où coïncident l'amour et la haine. Si l'analyste montre de l'amour, il tuera sûrement le patient du même coup. » Un peu plus loin, il nous indique de quel travail de contre-transfert il s'agit alors : « (...) avant tout, il ne faut pas que l'analyste nie la haine qui existe réellement en lui. La haine qui est justifiée dans la situation présente doit être dégagée et mise de côté, en quelque sorte, pour une interprétation éventuelle ». L'origine de cette haine se situe dans les tous premiers temps de la vie du sujet : « j'émets » dit Winnicott « l'hypothèse que la mère hait le petit enfant avant que le petit enfant ne puisse haïr la mère, et avant qu'il puisse savoir que sa mère le hait. ». Il me semble que dans notre pratique analytique courante, le travail psychique qui a pu s'élaborer a permis que s'intriquent ces pulsions dans une ambivalence structurante, ce qui n'a pas été le cas des patients dont parle ici Winnicott, que nous rencontrons principalement dans des cadres spécifiques. Mais il n'en reste pas moins que nous pouvons dans

⁴ Donnet JL (2005) Entre l'agir et la parole, in *La situation analysante*, Paris, PUF, pp. 41-93.

certain cas de régression profonde rejoindre ces niveaux originaires, et avoir à nous retrouver vivre une telle expérience intimement déstabilisante. Un travail de contre-transfert s'avère alors impératif et urgent.