

PRELIMINAIRE

Documents et Débats, avec ce numéro neuf, ébauche une transformation. Elle n'est pour l'instant que d'impression, de caractères, et de papier. Si cela plaît nous pourrions aller plus loin. Mais la continuité sera préservée : notre stock de couvertures est prévu, inchangé, pour deux ans environ.

Entre temps, souhaitons que le contenu suive plus fidèlement le programme du titre, et s'essaie un peu au débat plutôt qu'au compte-rendu.

Il est vrai que le bulletin de l'APF recueille très régulièrement les traces des Entretiens et des réunions scientifiques.

Ainsi aujourd'hui l'occasion nous est donnée de revenir aux Journées de décembre 1972, grâce à un texte qui aurait dû paraître précédemment, — le discours de M. Favez sur l'angoisse.

*Quant aux contributions qui suivent, elles ont l'homogénéité d'un thème : **le transfert**. Nous lui avons consacré nos entretiens de juin dernier. C'était aussi l'un des deux grands sujets du Congrès international de Psychanalyse qui s'est tenu en juillet dans notre ville. Une seule communication d'un membre de notre groupe, Mme N. Berry, y a été présentée. Vous aurez le loisir de la lire ici en français avant de la retrouver dans l'international Journal.*

Pour en revenir à nos derniers Entretiens, je rappellerai qu'il avait été question d'organiser des groupes de discussion à partir de brefs exposés, au nombre de cinq, ne dépassant pas chacun une demi-heure. Les titres retenus par les conférenciers avaient été choisis par eux sur une liste que je leur avais proposée. Ces exposés sont publiés ici. Toutefois ce qui avait été laissé de côté n'était pas dépourvu d'intérêt : il s'agissait de transfert flottant, de transfert latéral, de terminaison du transfert, de transfert chez l'enfant, d'étapes et tournants du transfert, de transfert inexistant (?), de transfert hystérique. Cela restait en attente.

Mais l'organisation des entretiens se heurtait à l'impossibilité d'harmoniser des séances plénières avec des groupes restreints. Nous avons donc adopté la formule qui permettait de ne pas priver chaque conférencier d'une discussion générale centrée le plus possible sur l'argument qu'il proposait.

Un mois plus tard la table ronde du Congrès consacrée au transfert réunissait J. Arlow, A. Valenstein, E. Marcovitz, E. Gumbel, H. Loewald, I. Hellman, P. J. van der Leeuw. Certains attendaient beaucoup d'une telle confrontation. D'autres imaginaient les difficultés de mise au point de ces échanges et en prévoyaient les aléas. Il y eut sans doute des déceptions. N'avions-nous pas, de notre côté, à faire le bilan de nos réflexions et de nos impressions ?

Il nous restait donc comme une réserve de discussions, et d'abord sur le mode même qui aurait permis à tous de s'exprimer plus facilement, à la demande de plusieurs d'entre vous, — à savoir, les groupes. Il y avait les thèmes traités en juin qui méritaient certainement une reprise après un temps de méditation traversé par les fulgurations du Congrès. Il y avait aussi les sujets en suspens et qui pouvaient se ramener à quatre rubriques d'intérêt pratique évident :

- Interpréter le transfert négatif*
- Transfert et contre-transfert*
- Le transfert chez l'enfant*
- La fin du transfert.*

Toutes ces aspirations devaient pouvoir trouver leur débouché dans les entretiens qui auront lieu le mois prochain. Elles ont leur place dans le programme que vous recevrez incessamment.

Et comme les discussions sont prévues pour être assez longues, avec des rapporteurs qui en rendront compte en séance plénière, il est loisible d'espérer que des idées qui n'appartiennent pas seulement au langage de base soient abordées. On sait comme la psychanalyse peut se réduire, dans une certaine pratique, à quelques concepts standard : le transfert, n'étant, par exemple, compris que comme une simple répétition de conflits, de sentiments, de situations vécus dans le passé.

Pour l'instant ce numéro de Documents et Débats nous servira de rappel des Entretiens de juin, et de matière de réflexion préparatoire pour ceux qui sont à venir.

Guy ROSOLATO

UN RENDEZ—VOUS AVEC L'ANGOISSE

GEORGES FAVEZ

On nous pose une question, et, à moi le premier : " Vous la connaissez, vous, l'angoisse ? Et si c'est oui, qu'est-ce que vous en faites ? Et mieux, qu'est-ce qu'elle fait de vous ? Serait-il possible que vous ne la connaissiez pas ? " Je ne sais pas pourquoi on s'est adressé à moi. Ce n'est sûrement pas parce qu'on se souviendrait de cet exposé que j'ai fait, je ne sais plus quand, sur " l'angoisse dans la cure ". Ce doit être parce qu'on serait curieux de savoir quelle est aujourd'hui ma réponse à la question posée aux psychanalystes.

L'angoisse, je la connais. Et je le dis. Dès lors, s'il est vrai que je la connais, on se demande quel peut être mon commerce avec elle ? Mauvais ? Pas trop difficile ? Bénéfique, efficace, précieux même ? Peut-on jouer d'elle contre moi, dans la situation psychanalytique, dans mes relations avec les psychanalystes ? Questions que je me pose, dans l'exigence, ou les urgences de la pratique analytique et de l'auto-analyse que cette pratique impose, à laquelle elle renvoie. Heureux qui peut le reconnaître : l'angoisse non méconnue, en soi-même, est bonne. Elle devient cette chère vieille angoisse, fidèle compagne, mère de la compréhension, clef pour l'analyse.

Au terme de cette méditation sur l'angoisse, j'ai acquis la conviction que nous ne pouvions pas choisir actuellement, aujourd'hui, pour nous réunir, un autre sujet. Et si ce n'est pas consciemment, délibérément, qu'on a fait ce choix, à cause de l'urgence, il était cependant le seul possible au moment où nous sommes parvenus, nous APF. Il me suffit, à moi, de penser au souci qui est celui des analystes en formation parmi nous, dans notre maison. Il y a de l'angoisse parmi nous, l'angoisse d'être, d'être nous et de poursuivre ce que nous avons entrepris dans des circonstances qui devaient nous désangoisser en nous permettant d'échapper à une illusion fascinante. Nous savons que l'angoisse peut être libération, qu'elle peut être création, invention. Nous sommes nés ainsi. Nous vivons ainsi.

Peut-être Jean Laplanche, dans son cours à Censier sur " Pulsions, angoisse et société ", a-t-il répondu à cette urgence. Il faut parler aujourd'hui de l'angoisse pour qu'elle ne soit pas que destructrice. Il y a de l'angoisse, non pas seulement chez nous, mais dans l'époque, un peu partout, dans les faits divers et les autres, dans le monde, les lettres, les arts, le cinéma. " Sous la froide horreur du fait divers perce une autre

" réalité " qui pourrait être plus terrible encore ". (Borges, cité dans " Le Monde " du 5.8.1972).

Bon ! Parlons rendez-vous !

Le " rendez-vous " (psychanalytique), c'est une idée et une expression bien à moi que j'ai introduite dans une communication à la Société française de psychanalyse le 5 février 1957. Le " rendez-vous " était alors avec le psychanalyste. Le rendez-vous avec le psychanalyste est devenu " Rendez-vous " avec l'angoisse.

Si je dis aujourd'hui " rendez-vous avec l'angoisse ", il ne faut pas s'attendre à ce que j'expose un cas d'analyse dans lequel le débat avec l'angoisse, dérobade ou affrontement, ou tous les deux, serait particulièrement frappant, étonnant, poignant et significatif ou démonstratif pour la thèse que je présente ou défends, montrant finalement une vraie rencontre avec l'angoisse et ses lendemains. Ma part, aujourd'hui, n'est pas de parler de la cure, ce qui revient à Annie Anzieu. Il faut même que j'évite la métapsychologie, qui est l'affaire de Jean Laplanche. On m'accordera toutefois qu'il n'est pas possible d'éviter absolument de parler de la cure, de faire un peu de métapsychologie, quand on parle de rendez-vous avec l'angoisse. Je veux dire, moi, que l'analyse est un rendez-vous avec l'angoisse. C'est tout. Mon exposé aurait aussi bien pu se placer après les deux autres. Il ne sera donc qu'une introduction, et non la conclusion qu'il aurait pu être.

J'ai parlé autrefois de l'angoisse dans la cure psychanalytique. Il semblait alors que les psychanalystes se répartissaient en deux écoles dont l'une insistait sur la nécessité d'une bonne technique, l'autre sur la nécessité d'une bonne théorie. Je simplifie peut-être un peu, mais pas tant que ça. Il s'en est suivi une scission.

Dans mon exposé d'alors je disais à peu près ceci : l'exploration de l'angoisse reste la vraie tâche de l'analyse. Mais je disais aussi que l'angoisse ne peut être ni utilisée, ni même connue; si l'accueil que lui fait l'analyste est angoissé — et bien sûr s'il fait comme s'il ne l'était pas — si excellente, rigoureuse, orthodoxe que soit sa technique, si justement fondée, savante et subtile que soit sa théorie. C'est ce qui m'avait amené à introduire mon idée de rendez-vous avec le psychanalyste pour tenter de saisir ce qu'il en pouvait être de ce rendez-vous là. Je le décrivais tel que je le voyais avant, pendant l'analyse, à la fin de l'analyse et au-delà. Je me référais aux questions que celui qui est en analyse se pose avec la liberté et la crainte que l'enfant plein de curiosité quant à ce que sont et font et pensent les parents. Cela ne manquait pas d'impertinence : celle de l'enfant, donc. Mais il ne s'agissait, en fait, que de la nature de la relation psychanalytique et de la possibilité pour le psychanalyste d'assumer son personnage, dans son pouvoir et ses limites.

Il faut dire qu'on avait commencé, depuis quelque temps, à se poser des questions sur les personnes. On continue, inévitablement, mais c'était nouveau et on ne pouvait plus l'éviter. L'impertinence n'était pas mon seul fait. Cela se présentait dans une certaine conjoncture. On parlait beaucoup de conjoncture, alors. Le mot disait assez bien ce dont il s'agissait : un certain mouvement des événements, des gens, des idées à un certain moment. La conjoncture c'était, à ce moment, à cette époque, cet ensemble de circonstances où les caractères des personnes, leurs entreprises, leurs arrière-pensées commençaient à préoccuper quiconque était soucieux du développement de la psychanalyse en France. J'étais, pour ma part, sensible à cette préoccupation. Ça m'ennuyait de penser que le progrès de la psychanalyse pourrait être compromis ou perverti par les psychanalystes.

Aujourd'hui les entreprises, les arrières-pensées des uns et des autres ne sont plus à découvrir, elles ne sont plus cachées. Et c'est bien ainsi.

Je me demandais à cette époque : à qui, à quoi a-t-on affaire finalement ? Qu'en est-il du rapport du psychanalyste et de la psychanalyse ? Qui est-ce qu'on rencontre, en fin de compte ? Qu'est-ce qu'on devient, et qui, dans la relation établie avec le psychanalyste ? Et tout se réduisait à la question : " psychanalyste, qui es-tu, où es-tu ? " Doù cet essai pour tenter de saisir ce que pouvait être, puis devenir le rendez-vous avec le psychanalyste puisque aussi bien tout commence en prenant rendez-vous avec lui.

J'insiste. Quelqu'un avait dit que l'analyste est l'axe de l'analyse. J'avais contesté en proclamant que l'axe de l'analyse ça n'est pas le psychanalyste et que, s'il y a un axe dans l'analyse, il passe au travers du psychanalyste aussi bien que de celui qui est en analyse. Un malicieux a appelé ça une brochette, pour l'amusement général. On a bien ri et cela faisait du bien. Est-ce que c'était l'APF qui s'annonçait ? Le temps de l'humour ? Les psychanalystes pouvant rire d'eux-mêmes ?

Pour moi, il y avait cette évidence : le psychanalyste et celui qui s'est soumis à l'analyse se trouvent pareillement dans la dépendance de l'analyse, sous son contrôle, en contrôle avec elle. On n'est jamais en contrôle qu'avec l'analyse. Le psychanalyste y perdait quelque chose, qu'il pouvait perdre. La réalité y gagnait et l'imaginaire aussi qui trouvait sa réalité propre : car l'analyse fait apparaître que la force et la faiblesse, la puissance et l'impuissance sont communes à tous et peuvent être reconnues. Il y avait là déjà des idées sur l'illusion et la désillusion que j'ai exposées plus récemment. Le psychanalyste n'est rien, en tous cas pas le plus intéressant et le plus important dans l'entreprise psychanalytique. Ce qui est le plus intéressant, le plus important et même le plus fort, c'est l'analyse. J'ai entendu dire que ce n'est pas l'analyste qui fait peur, mais l'analyse. Heureux celui qui parvient, tôt ou tard, à cette conviction.

Dès lors, il n'y avait plus pour moi de rendez-vous avec le psychanalyste. Il n'y a plus qu'un rendez-vous, c'est avec l'angoisse. Je dis avec l'angoisse et pas avec la psychanalyse, ou l'analyse, parce qu'il pourrait encore y avoir confusion. La confusion reste possible entre l'analyse = technique et l'analyse = théorie. Mais l'angoisse reste sous-jacente à l'une et à l'autre, latente, plus proche ou plus souterraine dans l'une comme dans l'autre. Pour sauvegarder l'analyse, il faut la reconnaître comme rendez-vous avec l'angoisse. L'angoisse prend ici la place qui avait été donnée au psychanalyste, qui pourrait être donnée à la psychanalyse ou à l'analyse.

Je vous ai dit le chemin que j'ai suivi, le chemin que j'ai parcouru. Et les quelques illusions que j'ai perdues en route. Et que j'ai gagné un peu de réalisme. Peut-être seulement consolidé celui qui était en moi, que l'analyse a éclairé. Dont elle a précisé les exigences. Si l'analyse révèle, pour notre étonnement, l'imaginaire dans son prestige, son emprise, son pouvoir sur nous, elle rappelle aussi les exigences du réel, le " commandement de la réalité ", comme dit Freud. Elle le rappelle et le rappelle encore, de bout en bout de son déroulement. Il est possible que j'aie cru, moi aussi, comprendre tout tout de suite. Mais je me rends compte, après coup, que je ne comprenais pas ce que je comprenais, que je ne comprends que maintenant et que je suis venu vous dire : le rendez-vous est avec l'angoisse.

J'ai l'air de vous raconter ma vie ! Mais celle-ci, on l'a vu, est étroitement mêlée à la vôtre. Je parle de notre vie psychanalytique, bien sûr. Et pourtant nos vies personnelles sont tout entières dans notre vie psychanalytique. Je pense à ceux qui ont été et sont en analyse avec moi. Je rapporte des mots de plusieurs et je les fais ainsi collaborer à ma recherche, participer à ce que j'élabore. Certains ont dit parfois mieux que moi ce que je pense. Ils l'élaboreront encore plus tard. Je pense à tous ces psychanalystes connus, lus, entendus, ceux qui disent toute leur pensée et ceux qui ne la disent pas, ceux qui parlent comme connaissant l'angoisse et ceux qui ont l'air de ne pas la connaître. Un monde. Le monde psychanalyste à tout moment affronté à l'angoisse, notre élément. Et je précise que l'analyse dénonce toute complaisance à l'angoisse. Il faut le savoir.

On va me poser des questions. On voudra me rendre attentif à ce que je parais avoir négligé. On parlera de l'analyse comme rendez-vous avec la vérité, avec la connaissance — initiatique —, le désir, le fantasme, le refoulé, la castration — comme on dit — et la liberté. Que sais-je encore ? Ce que je sais, c'est que pas un de ces rendez-vous n'aboutira sinon au travers de l'angoisse. La déception, la lassitude, dans l'analyse pour celui qui s'y soumet et pour l'analyste, sont le fait de l'angoisse. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la déception et la lassitude peuvent servir l'analyse. Tout le reste, y compris la guérison, sera donné par-dessus.

Voyez la " castration ", dont on parle beaucoup et même à tort et à travers. Le mot est dans toutes les bouches. On ne pratique pas la castration dans l'analyse, que je sache ! Par contre, nous pouvons reconnaître qu'il y a, pour nous, une tentation, portée par le sentiment de notre savoir, de notre pouvoir, de notre savoir supposé, de notre pouvoir fantasmé. Y a-t-il des psychanalystes castrateurs, comme on l'entend dire, à qui il plairait de voir les gens à leur merci ? Je pense qu'en ce qui concerne la castration il ne peut être question que de l'angoisse de castration. C'est tout et c'est beaucoup plus.

Voyez la vérité, dont il est fait grand éloge. Elle est au bout de la recherche qui est proprement celle de l'analyse, recherche du refoulé, de l'amour refoulé de l'objet qu'il faut retrouver pour le perdre dans l'angoisse.

" La compulsion de répétition, écrit Freud dans *"Au-delà du Principe de plaisir"* (trad. J. Laplanche et J. B. Pontalis, p.14), doit être attribuée au refoulement inconscient. Il est vraisemblable qu'elle ne peut se manifester avant que le travail de la cure ne soit venu à sa rencontre en relâchant le refoulement. La résistance du moi conscient et préconscient... veut éviter le déplaisir que provoquerait la libération du refoulé, tandis que nos efforts tendent à obtenir que ce déplaisir soit admis en faisant appel au principe de réalité ". Le terme de rendez-vous n'apparaît pas dans ce texte. On peut y penser quand Freud évoque le travail de la cure " venant à la rencontre du refoulé ". La répétition elle-même n'est-elle pas rendez-vous ?

La reconnaissance du refoulé conduit directement à l'angoisse de perdre. Freud avait écrit un peu plus haut que le patient " est bien plutôt obligé de répéter le refoulé comme expérience vécue dans le présent au lieu de se le remémorer comme un fragment du passé, ce que préférerait le médecin... ". Le médecin, c'est-à-dire le psychanalyste, qui pourrait ne pas aimer l'angoisse dans la cure dont il est partie prenante.

Rendez-vous avec la vérité ? On apprend bientôt que l'effort qu'on veut

faire pour retrouver le vécu oublié est vain. C'est une illusion à perdre, la première. Et une leçon : déjà, apprendre à perdre. Il faut approcher l'angoisse. Plus franchement, il faut laisser l'angoisse s'approcher : que l'angoisse puisse s'approcher, que rien ne serve à gêner son approche. Elle tend à s'approcher.

On sera tenté de " trafiquer la vérité ". Le mot est de quelqu'un qui pourrait penser que la fin de son analyse est proche. Va-t-il, in extremis, tenter de trafiquer la vérité ? Il s'impatiente. Un trafic pourrait être proposé à l'analyste dans l'idée que celui-ci pourrait être tenté lui-même. La transgression appelle la transgression, elle la cherche et la pressent où elle peut être possible : c'est ce qui se passe à toutes les frontières : " Rien à déclarer ? ". Douaniers et contrebandiers ont les mêmes références. Et de braves gens, qui n'ont rien dans les poches et rien dans le coffre arrière, font une petite pointe d'angoisse — qui se traduit dans un tic, même léger, ou un rond de jambe trop appuyé. L'angoisse vient de loin. C'est " die Angstbereitschaft ", l'angoisse proche et toujours prête à bouger même venant de loin — Il en est question dans la 4ème des " Nouvelles Conférences " où Freud en vient à parler de " la manière dont se produit le refoulement ". On ne trafique pas sans angoisse et la vérité surtout quand elle est en vue. On ne trafique pas sans angoisse et la vérité surtout, le délinquant le sait, qui le dit ou ne le dit pas, à qui on peut permettre de le dire.

Il ne m'appartient pas de débattre la question de savoir si l'angoisse est cause ou conséquence du refoulement. Mais je peux dire, dans un langage qui tient plus de la langue vulgaire que du langage scientifique, que l'angoisse s'y connaît en refoulé et que le refoulé s'y connaît en angoisse. Il y a là une frontière, aussi, que le refoulé s'efforce de franchir et que l'angoisse déborde. Le rendez-vous dont je parle, inévitablement conflictuel, a lieu dans ces parages.

J'admets volontiers que mon rendez-vous n'est pas un terme relevant de la structuration objectivante du langage scientifique. Toute structuration est réduction. Mon rendez-vous n'est pas réduction. Si on devait le trouver dans un vocabulaire, ce serait plutôt le vocabulaire des termes de poésie, ou de poétique, s'il en est.

Il n'empêche qu'il est possible, malgré tout, à propos du rendez-vous avec l'angoisse, de parler d'observation et d'observation répétée qui emporte la conviction. Je parle de celle que peut faire le psychanalyste attentif, puisqu'il s'agit de " l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet ", l'objet qui n'existe plus que dans le fantasme. J'ai cité ce passage de " Deuil et Mélancolie " à propos de l'illusion. Dans le même passage, je le rappelle, Freud parle de la " rébellion compréhensible " et du " travail extraordinairement douloureux " qui est celui de l'analyse des réactions à cette perte, des défenses contre cette perte que " commande la réalité ".

" Rendez-vous avec le fantasme ? " La mère prégénitale est perdue pour le fils et pour la fille, le père oedipien est perdu pour la fille, rival triomphant pour le fils. Quelle que soit la réparation de cette perte que paraît pouvoir être le fantasme, le refus de cette perte par le fantasme. Il faut le sortir du fantasme pour le reconnaître comme tel. On le voit faire comme s'il était possible de conserver, envers et contre " le commandement de la réalité ", les objets perdus. Il entretient, fantasmatiquement donc, une relation — consolante — avec l'objet dont on est frustré, privé, l'objet interdit. Il est, peut-on dire, négation de l'inceste, refus du tabou. Le fantasme s'obstine à caresser avec attendrissement un objet perdu.

Mais le fantasme compromet le bénéfice de la séparation d'avec les objets d'amour infantiles. Il est vrai que reconnaître cette perte, passer au travers de cette perte, c'est connaître l'angoisse. Puisqu'il y a risque de mort. Oui, hors du fantasme on peut croire à la mort dans sa réalité. Et encore : aimer un objet réel, dans toute sa réalité, c'est perdre l'objet fantasmatique dans ses avatars divers et successifs.

Voilà ce qu'on entend dans l'analyse.

J'ai recueilli ces témoignages illustrant ce que j'ai dit jusqu'ici :

" Je me demande où j'en suis " dit une femme qui a voulu se faire analyser. " Je me dis que je voudrais bien trouver le chemin et je ne le trouve pas. Je ne vois pas, je ne trouve pas, je ne trouve pas. Je me demande par où passe le chemin. Je ne sais pas. Je crois que j'ai le désir de l'entendre, mon inconscient. Je n'arrive pas. Je crois avoir une certaine dose de bonne volonté et je ne sais qu'en faire. Je suis trahie par mon langage. Ne pas parvenir à exprimer les choses ! Qu'est-ce que je dis veut dire ? Pourquoi est-ce que j'y reviens tout le temps ? Et pourtant c'est pas vrai. Je cherche et je ne sais pas ce que je cherche. "

Dans "*Inhibition, symptôme et angoisse*" Freud constate qu'il y a bien des moyens de troubler une fonction — ici celle du langage — et cite entre autres " l'angoisse qui va grandissant de n'avoir pu l'empêcher de commencer " (trad. fr. p-3).

Voici un homme. Il a fait jusqu'ici une longue analyse réticente et méfiante, dans une passivité qui aurait pu faire penser à la psychasthénie. Cet homme en vient à dire : " Je suis parfaitement sans repos ! " Puis récemment, je le vois se lancer dans cette diatribe : " Illusion quant à l'analyse comme planche de salut. Son seul effet : elle a accru l'angoisse. Elle fait souffrir inutilement. De l'angoisse, je m'en suis tapé, et je m'en tape encore... Je le dis, même sans peur. Si je ne le dis pas avec plus de force, c'est à cause de la lassitude qui m'étreint. Illusion ! Illusion ! Vous avez écrit quelque chose sur l'illusion. Je ne sais pas si vous avez parlé de l'illusion et de la désillusion des psychanalystes qui ont tous des cas qui n'ont pas marché. Ils accusent la résistance. Je ne les ai jamais vus s'interroger sur eux-mêmes. Au niveau conscient, j'ai fait ce que j'ai pu. Je n'ai pas pris mon analyse à la légère. On ne peut pas dire que je n'ai pas investi, pas fait ce qu'il était en mon pouvoir de faire... " Il se tait un temps et reprend : " J'ai l'impression d'être sur une espèce d'arête. Il y a une espèce d'aspiration par le vide ". Il se tait encore et parle de l'homosexualité qui, elle, " apaise l'angoisse ". Il a fait, naguère, une ou deux expériences homosexuelles, fugitives. Il menace d'y retourner. Il se demande s'il va y retourner.

Puis, après cette attaque qu'expliquerait, selon le malade, sa déception, sa lassitude et, pour moi, l'agressivité latente chez celui qu'on aurait pu dire psychasthénique, après cette reprise agressive, non pas imprévue mais plus vive, plus appuyée et je dirais même plus tonique que ça n'avait jamais été le cas antérieurement, il revient et parle, "d'un tout autre aspect des choses" et de mon désintéressement financier au départ, "sans quoi il n'aurait pas pu faire son analyse".

Sans quoi il n'aurait jamais pu parler comme il le fait maintenant.

Je ne me laisse pas aller à rapporter, malgré l'intérêt que cela pourrait avoir ici, l'histoire de cet homme et de sa maladie. J'ai voulu parler de l'analyse comme rendez-vous avec l'angoisse. Il faut que je m'y tienne.

Il y a " deux aspects des choses ", dit quand il revient me voir cet homme, comme il y a deux versants de l'arête sur laquelle il est en mauvaise posture, à l'intersection de deux plans. Il y a la colère. Celle-ci, après de longues tergiversations, éclate, passe outre à l'angoisse qui l'habite. La colère paraît arracher l'angoisse l'énergie qui la fait menaçante jusqu'à inhiber la pulsion dans toutes ses entreprises. La colère franchit la ligne sur laquelle se donnait la vieille guerre d'usure. D'un côté la colère. Puis " un tout autre aspect des choses ". Le désintéressement de l'analyste au départ... etc. Pourquoi a-t-il fallu tant de temps, des années, pour que soit dit le désintéressement au départ, qui donc était toujours présent ? On peut parler de l'angoisse d'être aimé. Recevoir l'amour interdit l'agressivité, toute manifestation de l'agressivité. L'agressivité doit être contenue : elle peut faire perdre l'amour. C'est " un tout autre aspect " de la tergiversation. Tel est le débat qui se poursuit tout au long de l'analyse, cherchant sa solution. Tel est sans doute le débat de toute analyse. Mais quand celui qui s'est soumis à l'analyse peut montrer sa colère et la dire, et tous ses ressentiments — ce que l'analyse lui proposait d'entrée, il peut admettre avoir été aimé. Il peut le dire, l'accepter, n'étant plus lié à l'autre par l'angoisse et sa défense contre l'angoisse. C'est la liberté, acquise à travers l'angoisse dans l'analyse, hic et nunc.

On peut penser à une autre interprétation : à l'affrontement risqué succéderait la tentative de séduction homosexuelle. Nous n'en serions guère plus avancés. Et d'ailleurs cette interprétation est dépassée par les faits, dans les faits. Il semble que l'analyse ait permis l'euphorie de la colère. Si elle l'a pu, elle sera prête aussi à laisser passer la séduction sans y céder et surtout sans en abuser. Le psychanalyste perçoit l'angoisse qui habite la colère. Il sait celle qui habite l'homosexualité séductrice du rival ou de la rivale qui induisent l'angoisse de castration.

Vient finalement ce moment — l'analyse est faite de moments — où la tergiversation n'est plus possible ni tolérable, où les marchandages sur la vérité apparaissent dans leur vanité. Le refoulé, amour et haine, franchit le mur de l'angoisse, le barrage de l'angoisse. Et parle. Grâce à l'angoisse, à la faveur du désintéressement financier qui n'était pas tombé dans l'oubli. Rien n'est-il jamais tombé définitivement dans l'oubli ? La raison invoquée contre l'analyse, la bonne volonté, l'effort conscient invoqué pour la faire, basculent. Et cet homme qui parle habituellement avec une pondération et une correction de l'expression verbale exceptionnelle aujourd'hui — même dans le monde médical et il en est peiné — s'exprime tout d'un coup comme je l'ai rapporté, dans un discours heurté, fruste, où l'humeur l'emporte manifestement sur le souci de pureté.

C'est un moment, moment non prévu par celui qui exigeait de pouvoir prévoir, savoir à l'avance où il allait et surtout comment faire pour se débarrasser de ses symptômes. Qu'est-ce qu'il faut faire pour comprendre, pour pouvoir ? Mais tout est inutile, désespérant. L'analyse est désespérante. Alors l'angoisse est proche de son point maximum. Le désespoir devrait, pourrait l'emporter : " Je m'en suis tapé de l'angoisse, et je m'en tape encore ".

Je n'ai pas voulu, encore une fois, pour ne pas sortir des limites de mon propos, dire l'histoire de cet homme qui est cependant particulièrement sévère quand il s'agit de son milieu et des circonstances affectives de son enfance. Mais je ne peux pas négliger un fait à la fois particulièrement dramatique et angoissant et longtemps tu. Envoyé en colonie par sa mère à trois ans — ce qu'il avait déjà vécu

comme un rejet —, il a failli réellement se noyer alors qu'il s'avançait joyeusement et seul dans la mer. Il en gardait un ressentiment certain, ressentiment déjà présent au moment où il quittait la maison. Ressentiment connu et nié en dépit des manifestations sporadiques qui pouvaient en témoigner. Je l'ai entendu s'écrier à une époque proche de celle que j'ai retenue pour son intensité et pour ce qu'elle manifestait de colère et d'angoisse, je l'ai entendu s'écrier : " dire des injures et claquer la porte pour échapper à la noyade ".

J'ai pu suivre, dans le déroulement de cette analyse, le sort et l'évolution de l'idée — indiquée tout d'abord sans émoi apparent, puis avec une émotion de plus en plus sensible — de l'idée qu'il pourrait être toujours possible que quelque chose arrive, imprévisible. Faut-il désirer, faut-il craindre que ce quelque chose arrive ? C'est le malheur qui peut arriver, la mort. La mort de qui ? La mort de sa mère ? Pensée insupportable. La sienne propre ? Oui, plutôt la sienne !

Après avoir parlé comme je l'ai rapporté, il commence à se demander si un " sursaut " ne pourrait pas se produire malgré lui. Mais il va bientôt, cependant, en douter. Ce n'est pas nécessairement ainsi qu'il sortira de sa situation, de l'eau, de la mer. Pour moi, je me suis demandé si le sursaut ne s'était pas déjà produit, s'il n'y avait pas eu déjà une vraie décharge de l'angoisse.

C'est dans l'analyse que l'angoisse pathologique peut perdre son caractère catastrophique. L'analyse fait que l'angoisse puisse n'être plus catastrophique, qu'elle puisse, au contraire, devenir créatrice de liberté. Comment ? Précisément parce que vécue dans l'analyse, dans l'actuel, dans la relation psychanalytique actuelle.

J'ai parlé de ce cas plus longuement que je n'aurais dû peut-être, plus longuement que je n'avais pensé le faire. Mais il fallait bien aller avec lui jusqu'au moment du rendez-vous avec l'angoisse, de son rendez-vous avec l'angoisse, de notre rendez-vous avec l'angoisse, et même quelques instants au-delà.

Quand Freud indique à qui veut se soumettre à l'analyse quelle sera sa part du travail, il emploie le verbe " auffordern ". Parlant de lui-même à la troisième personne, il écrit : " fordert er die Kranken auf, sich in ihren Mitteilungen gehen zu lassen... ".

" Auffordern," a des sens et des résonances divers. Amicalement, ce serait " convier à... " Poliment, ce serait " inviter à... " Persuasif, " engager à... " Sur le ton du commandement (celui de la réalité ?) : " ordonner de... " Dans le style du magistrat : " mettre en demeure de... " Encourageant : " exhorter à... " On peut aussi employer auffordern pour inviter à la danse, pour provoquer au combat et pour sommer une place forte de se rendre ! Dans le passage qui suit Freud emploie " einschärfen " qui signifie recommander expressément ou même enjoindre.

Nous avons chacun notre ton propre pour proposer la libre communication de ce qui vient à l'esprit. Si vous ne pensez pas, en tout cas pas à ce moment-là, que la libre communication conduit à l'angoisse, le choix d'un ton sera aisé, facile, insouciant et ne vous posera même pas de problème. Il sera tout juste un peu affecté, votre ton, un brin prétentieux. Il sera amical, et, conformément aux meilleurs enseignements, empreint de neutralité bienveillante; tout au plus encourageant, à peine persuasif, proposant au patient de faire une bonne analyse, à la faveur d'un bon transfert.

Mais vous savez qu'il y a pour le moins un risque que le développement de la cure passe tôt ou tard par l'angoisse. Votre ton dira donc qu'il y a une telle possibilité. Pas besoin de le placer dans les tons graves, et pourtant il y a quelque gravité dans le projet de quiconque de se soumettre à l'analyse. Et s'il ne s'agit pas, d'autre part, de se montrer autoritaire, le ton de l'analyste ne pourra pas ne pas être marqué d'une certaine autorité, d'une certaine fermeté, en connaissance de cause.

Ton de l'analyste. Question de ton qui ne peut être que spontané, non calculé, jamais feint. Qu'on le veuille ou non, le ton sur lequel le psychanalyste dit la part, dans l'analyse, de celui qui veut s'y soumettre, trahit le psychanalyste et la pensée qui est la sienne quant à la présence et au pouvoir de l'angoisse dans la cure.

J'ai dit il y a bien longtemps que la contestation sauve l'analyse. Je n'avais pas noté alors assez nettement quelle est l'angoisse qui porte à la contestation. C'est l'angoisse qui fait l'analyse, qui sauve l'analyse. Elle est le niveau de l'analyse, pour employer encore un terme à la mode. Elle est l'analyse. On peut l'admettre. On peut y penser. On ne peut pas l'escamoter.

Il y a l'angoisse manifeste, et celle qui ne l'est pas, même dite. Il y a l'angoisse qui n'est pas là où l'on dit qu'elle est. Et qui doit apparaître, par l'analyse, là où elle est.

Elle émerge, elle disparaît. Elle s'étale. Elle s'évanouit. Elle est exhibée. Elle est niée. Elle est toujours pour le moins latente. Elle est partout. On peut l'attendre avec confiance, on peut s'attendre à la voir apparaître dans les chemins imprévus que suit l'analyse. C'est grâce à elle que l'analyse est vivante, quand elle est vivante, qu'elle stagne ou traîne quand elle stagne ou traîne. La question posée tout au long de cet exposé est la suivante : " Savez-vous qu'il serait bon que l'analyse passe par l'angoisse, que vous la laissiez passer par l'angoisse ? " De toute façon vous sauriez si cela- est possible ou non, et sinon pourquoi cela ne l'est pas ou ne le serait pas, s'il est possible que cela ne soit pas.

Le rendez-vous avec l'angoisse se prépare et s'annonce de loin. Dans un premier temps de l'analyse, il n'est pas possible de dire que celui qui s'y est soumis ne parviendra pas à échapper à ce qui le lie. Mais la question va se poser du oui ou du non. Bien entendu, les modes, les mouvements et les étapes ne peuvent pas être prévus, les parcours piquetés. Freud -se moque des Baedeker " qui vieillissent vite ". Avec ou sans Baedeker, d'ailleurs, les choses en viennent à se préciser, s'imposer. Et l'analysé celui donc qui s'est soumis à l'analyse — dit non. Il se doit de dire non. Il sait lui-même — et peut-être mieux que moi s'il s'agit d'un non défensif, d'un non de bravade. Il paraît affirmer, pour lui-même et pour moi, que ce qui est ne peut pas ne pas être. Il insinue et parfois proclame hautement qu'il y a une opposition absolue entre ce qu'il pense et ce que paraît penser l'analyste, ce que prétend la psychanalyse. Veut-il provoquer l'impatience ou l'abandon de celui à qui il est venu confier le secret de sa peine et de sa colère qui est d'avoir été l'objet d'un abandon qui fut, à son avis un rejet intentionnel et mal intentionné ? L'abandon, le rejet, est-ce donc cela qu'il cherche ? S'il s'avère que l'analyste n'abandonne pas, ne se laisse pas faire, même pas séduire et pas non plus convaincre, il n'y a plus que l'angoisse pour sauver la situation, ce qui veut dire " sortir de la situation ". On est devant ce qui n'est pas, comme on dit, la résistance à l'analyse, mais devant la résistance de l'analyse. C'est le moment où il faut changer de point de vue dans l'analyse et par l'analyse. Et c'est un tel changement de point de vue qui aujourd'hui

sauvera la psychanalyse : qu'on voie que la psychanalyse ne se laisse pas faire, ne se laissera pas faire, ni par les psychanalystes, ni par les écoles, ni par les IPA, et même pas par les linguistiques. " Les hommes se trompent généralement dans leurs évaluations ". Mot de Freud cité par Bernard Pingaud en introduction à un article sur " *La Peste* " (L'Arc n° 39).

Encore un mot. Plus j'y pense, plus mon idée du rendez-vous me satisfait. J'aurais même l'audace de prétendre qu'il y a dans cette idée toute la psychanalyse et mieux, toute l'analyse. (J'ai entendu quelqu'un dire dans l'analyse : " il faut que je renonce à la psychanalyse pour faire mon analyse ").

Mon rendez-vous contient aussi bien la dynamique, la topique et l'économique. Il est très remarquable et très plaisant que ce mot si simple, si banal, si commun rende intelligible ce qui se passe dans l'analyse : le conflit psychique, ce jeu de forces allant en sens divers et surtout opposés, s'évitant ou se heurtant. Le psychanalyste assiste avec plus ou moins de sérénité, de sagesse, de compréhension et de patience à ces mouvements d'évitement, souvent in extremis, et à ces accrochages. Je dis " avec plus ou moins " car il est partie prenante au rendez-vous. Et il n'est pas le flic aux gants blancs, aux mains pures, qui "règle" la circulation !

Qui dit " rendez-vous " dit mouvement, mouvement vers, ce qui implique qu'on ira ou qu'on n'ira pas. Le psychanalyste voit la question posée. Il voit la réponse donnée. Il s'agit seulement qu'il accepte qu'on se mette en route. Qu'on puisse se mettre en route. Qu'on puisse hésiter à partir, qu'on puisse s'emballer, revenir sur ses pas et ne pas continuer et, aussi, finalement, un beau jour, ne plus revenir en arrière et continuer sans savoir où on va atterrir.

Il voit que ce caractère dynamique de la pulsion qui tend à passer, qui cherche à passer les barrages et les passe, que ce caractère dynamique de la pulsion ne trouve pas une compréhension immédiate chez beaucoup. Il est perçu comme angoissant, et avec raison. L'inconscient est pensé plutôt comme non dynamique, en tout cas difficile à saisir comme étant actif à l'insu du sujet. La force qui s'y oppose est plus facilement saisie et reconnue, reconnue comme force. En outre l'idée de résistance est entendue comme impliquant un reproche de la part de l'analyste : Ils accusent la résistance, dit le malade cité. Je ne les ai jamais vus s'interroger sur eux-mêmes ". Cet homme défend le droit à la résistance. On peut le lui accorder. Sans oublier, cependant, la résistance de l'analyse. L'idée de conflit, de débat intérieur, est ainsi introduite, impliquée, prévue.

D'autre part, s'il y a rendez-vous, ce doit être en un lieu, en un point qui se précisera. Ce sera une frontière, une ou des lignes de défense, quelque 17ème parallèle, une des zones dites démilitarisées que les militaires traversent allégrement. La topique freudienne parle de cela et de la défense des territoires. Lieu, les lieux du conflit, des conflits. L'analyse tend à ramener les conflits à un conflit, un conflit vital, à fixer celui-ci en un point crucial, comme on dit, c'est-à-dire à la croisée des chemins, un point significatif, qui résume tout, un point sur lequel se donnera le débat final. Dans l'angoisse, l'angoisse de perdre, et au-delà, pour la liberté, toute la liberté possible.

Aucune initiative ne peut hâter cette fin. On recourt aux moyens les plus contradictoires, entre le terrorisme financier et celui de la gentillesse à toute épreuve pour forcer la parole, arracher le don qui ne peut être que consenti. Il faut éviter de jeter dans la culpabilité de ne pas donner, même ce qu'on donne, ce qu'on a l'air de

donner. Aucune initiative ne peut hâter cette fin. On peut la laisser venir et, tout d'abord, ne pas y faire obstacle, ce qui n'est déjà pas mal. " Seul, dit Freud, le labeur qui n'a qu'un but — arriver au certain — peut lentement amener au progrès " (Inhib. trad, fr, p. 13 et suivante). Il parle ici de la recherche qui est la sienne, la recherche psychanalytique. L'analyse est recherche psychanalytique. Voilà donc pour la topique et le rendez-vous avec l'angoisse.

Rendez-vous en un point, même non dit au départ. On a rendez-vous quelque part. On a plus sûrement encore rendez-vous avec quelqu'un. Et c'est finalement avec soi, avec quelqu'un en soi, quelqu'un d'autre qui est aussi soi dans des identifications intériorisées, face auxquelles on se situe. " J'aperçois mon identité ", en vient à dire l'homme dont j'ai parlé. A la faveur de ce rendez-vous on va savoir et voir les investissements de chacun qui, tôt ou tard, après coup, seront manifestes dans le transfert, les demandes, les désirs, les fantasmes, les inhibitions, les déceptions, les colères transférés. Et voici pour l'économique : la nature, la force et la faiblesse, l'inhibition ou l'intensité, la violence même des relations avec soi et les autres sont investis comme mère et père l'ont été et le restent, ce qui apparaît dans l'analyse. " La plus grande angoisse, dit quelqu'un en analyse, c'est que si je sors je ne peux plus entrer ". Ainsi la prudence serait de rester où l'on est attaché, aux relations éprouvées. Mais y a-t-il des relations éprouvées aussi longtemps que l'angoisse de perdre n'est pas dite ? L'angoisse de perdre et l'angoisse de garder ce qu'on va perdre. L'analyse ramène, rapproche de nous ce qu'il y a de plus primaire en nous, ce qui a été vécu avec une sorte d'intensité massive, lorsqu'il s'est agi de séparation, surtout. Elle rend aux choses, au vécu, toute leur acuité. Elle peut leur rendre leur authenticité. Ce à quoi elle doit veiller. Et le refoulé faisant retour, envers et contre l'angoisse, ramène l'angoisse. L'analyse ramène l'angoisse. Et le retour du refoulé éclaire l'angoisse. Le retour du refoulé angoisse, bien sûr. Il est plaisir et déplaisir. " Où est-ce que tout ça va me conduire " dit quelqu'un dans l'analyse. Et encore : " J'en ai marre d'avoir une histoire ! ". Toutefois j'ai recueilli aussi ce mot : " Tout gain de réalité comporte une perte ". Il s'agissait d'une expérience personnelle. C'est proprement l'expérience proposée par l'analyse. Elle conduit au-delà du narcissisme anxieux, au-delà du deuil, à travers le deuil. De ce passage, l'angoisse est préparatoire, et plus que cela, accomplissement quand elle est reconnue. Passage vers le repos, vers la simplification de la pensée et de la vie. Et déjà pour le moins, une décantation, un débroussaillage, comme on en fait dans le midi pour prévenir les incendies dévastateurs. Mais le débroussaillage ne suffit sans doute pas à la formation psychanalytique.

Un malaise subsistera pour celui à qui ce rendez-vous aura été épargné ou qui l'aura manqué. Il sera livré à la nécessité de compenser, ou de faire comme si — le comme si de l'illusion —, de se distraire ou de semer la mort autour de lui.

L'angoisse ne passera pas nécessairement par où est passée celle de l'homme dont j'ai parlé. Elle est là, cependant, chaque fois que les pulsions deviennent dangereuses, que le moi se sent débordé.

Grâce à elle, finalement, de nouvelles relations deviennent possibles et il devient possible de renoncer à d'autres, anciennes ou même à venir. Un mode nouveau d'échanges est offert parce qu'on n'est plus attaché à eux par l'angoisse ou la défense contre l'angoisse, par l'angoisse de les perdre ou de les rejeter.

J'avais dit : rendez-vous avec le psychanalyste. Mais qu'est-ce que le

psychanalyste ? Au mieux, un support actuel de l'angoisse de toujours ! Au mieux un homme ou une femme dont l'angoisse a été dédramatisée et qui, parce qu'il est passé par le travail de l'analyse, n'a pas ou plus de complaisance pour l'angoisse. Il faut au psychanalyste l'expérience de l'angoisse, affrontée au commandement de la réalité, de l'angoisse qui stimule, qui inspire, qui crée. Le rendez-vous dans la cure est avec l'angoisse.

Quelques remarques en bref pour terminer :

Il ne paraît pas désirable que je prenne l'initiative, moi, le psychanalyste, d'introduire le mot angoisse dans le dialogue analytique. Il pourrait effaroucher. Il se pourrait qu'on s'en empare pour éviter le contenu.

Il y a un certain risque à cette émergence de l'angoisse dans la cure. Mais nous connaissons tel chirurgien qui a réussi des interventions sévères sur des tumeurs malignes en préparant chaque fois le terrain à ses interventions. De même le praticien de l'analyse prépare les terrains. Ce ne peut être que parce que son commerce avec l'angoisse est psychanalytique. Encore une fois — la dernière je témoigne qu'il n'est jamais nécessaire ni désirable de la provoquer, l'angoisse, de la chercher, comme on cherche un ennemi, de la chercher, de la bousculer. L'analyse s'en charge. Vous êtes d'accord avec moi, vous psychanalystes : l'angoisse est là, même bloquée, même niée dans son exhibition avouée dans la dénégation. On peut ne pas gêner sa manifestation. Dans la relation psychanalytique actuelle. C'est ainsi qu'il peut y avoir analyse.

Le psychanalyste, je le redis — c'est une de mes antiennes — n'est pas censé tout prévoir — il ne le peut — mais il peut être prêt à accueillir tout l'imprévu. Il faut réserver, aussi, que l'angoisse puisse apparaître dans la cure de manière parfaitement imprévue. Finalement, le psychanalyste accueillera l'angoisse comme un don qui lui est fait.

Enfin, si mon patient a pu parler de " deux aspects des choses ", de la colère et de la gratitude qui paraîtraient avoir finalement ensemble permis que l'angoisse soit comme portée jusque dans la cure, je pense qu'il vaudrait la peine que nous nous intéressions à cette considération.

DU FANTASME A LA REALITE DANS LE TRANSFERT

ou

LE DOUBLE VISAGE DU PSYCHANALYSTE*

NICOLE BERRY

Me plaçant du point de vue du patient, plutôt que de l'analyste, je voudrais mettre l'accent sur un aspect du travail analytique qui me paraît essentiel depuis l'installation du transfert, jusqu'à la résolution de la névrose de transfert et au delà, à savoir la confrontation qui se fait continuellement dans l'esprit du patient entre l'image fantasmatique qu'il a, à un moment donné, de l'analyste, et la réalité de l'analyste dans sa fonction d'analyste.

Cette confrontation du fantasme et de la réalité ne me semble pas un moment de l'analyse, mais accompagner le patient tout au long du voyage analytique.

1. La relation analytique fondée sur le fantasme.

L'analyse est une expérience qui se situe en dehors de la vie réelle du patient, une aventure qui constitue une enclave dans sa vie quotidienne. Fondée sur une relation fantasmatique avec l'analyste, on peut, cependant, pour autant qu'on accorde à la réalité intérieure son importance, la considérer comme plus réelle que la vie réelle. Elle doit, en tout cas, lorsque la névrose de transfert atteint son apogée, être plus investie par le patient que sa vie réelle contemporaine.

L'analyste est perçu à travers le fantasme. A la suite de Klein, Isaacs (1952) a montré que peu à peu, la personnalité, les attitudes, les intentions, et même l'aspect sexuel du psychanalyste sont perçus et ressentis différemment selon les transformations intérieures du patient. Je pense qu'il faut ajouter que l'interprétation de l'analyste est, elle aussi, perçue différemment par le patient, selon l'évolution de son monde intérieur. Lorsque le transfert est bien établi, la relation du

* Communications faites le 27-7-73 au Congrès international de Paris.

patient avec son analyste est "entièrement fondée sur le fantasme inconscient".

Nulle part, mieux que dans l'analyse, on ne peut saisir que le fantasme est l'expression psychique de la pulsion. Les moindres gestes de l'analyste, le fait qu'il parle ou se taise, qu'il sourie ou fume ou reste immobile, sont interprétés en fonction du désir du patient.

Un malade obsessionnel qui s'appliquait à nier tout transfert sur son analyste, eut à plusieurs reprises ce fantasme : à un mouvement que l'analyste avait fait dans son fauteuil, il imaginait que celle-ci allait l'attirer à elle, le prendre sur ses genoux et le caresser. Le fantasme était à ce moment de l'analyse, la seule possibilité pour ce patient, d'exprimer son désir.

Une malade qui avait pris l'habitude de poser son manteau sur une chaise du cabinet de l'analyste réagit ainsi, un jour que la chaise manqua : l'analyste l'avait retirée pour la contraindre à jeter par terre son manteau, confirmant ainsi l'affirmation habituelle de cette malade qui était de dire à l'analyste : "je sors du ruisseau".

Bien plus, le fantasme vient à envahir la réalité extérieure de la vie du patient, à un moment ou à un autre de son analyse. Ce que l'on appelle habituellement "acting out" n'est-il pas une mise en acte d'un fantasme éclos dans l'analyse?

Et finalement, toute la vie du patient, pendant l'analyse, n'est-elle pas influencée par sa relation fantasmatique à l'analyste?

Cela me paraît d'autant plus évident, que je suis convaincue que la réalité réelle, objective, raisonnable, n'existe pas. Nous percevons la réalité, tout au long de notre vie, à travers nos fantasmes, nos souvenirs, et le resurgissement constant de nos désirs. C'est, je crois, le sens que Lagache (1963) donnait à la maxime de Calderon "la vie est un songe".

Le fantasme représente si bien le désir, que la plupart des malades, tout au moins au début de leur analyse, sont contraints d'utiliser la réalité extérieure, c'est-à-dire les événements objectifs de leur vie, pour ne pas dévoiler leurs désirs. Ainsi, la reconstruction historique est utilisée par le malade comme un écran derrière lequel les conflits restent à l'abri (Kris. 1955).

Ainsi, Bernadette, une malade dépressive, dont la mère avait dû être hospitalisée pour une maladie mentale, alors qu'elle avait cinq ans, expliquait ses dépressions, ses échecs et ses difficultés par le fait qu'elle avait été abandonnée très jeune par sa mère et qu'elle avait manqué d'affection. Ce n'est qu'après un long travail, que la malade put se convaincre que si l'abandon" de sa mère avait été si péniblement ressenti, c'était, en raison de l'hostilité oedipienne très importante qu'elle éprouvait alors pour sa mère. Cette hostilité était restée totalement inconsciente et n'était apparue dans l'analyse qu'à travers un souvenir-écran : la malade se voyait jouer dans la chambre de ses parents avec cinq poupées - comme sa mère qui avait eu cinq enfants -, son mari portait le même nom que son père et était en voyage.

L'analyste travaille donc à deux niveaux avec le patient, comme l'a mis en évidence Lagache (1966) : le niveau de la reconstruction historique dont le but, ou tout au moins la gratification, est le rappel de souvenirs oubliés de l'enfance ; et un

niveau plus proche de l'inconscient auquel les fantasmes isolés finissent par s'organiser pour donner à l'analyste et au patient une image cohérente de sa "fantasmagorie", c'est-à-dire de ses structures fantasmagoriques essentielles et de la façon dont elles s'articulent entre elles. Comment ce travail de reconstitution du "puzzle" est-il possible? C'est l'analyse de la névrose de transfert, l'interprétation donnée par l'analyste, l'influence de son rôle qui sont habituellement évoqués.

II. La réalité dans la relation analytique.

On considère habituellement le psychanalyste comme le représentant de la réalité. Aux désirs du patient, il répond par la frustration, et Freud recommandait (1919) de refuser au malade celles des satisfactions auxquelles il aspirait le plus. Pour que l'analyse puisse avancer le malade doit conserver "suffisamment de désirs irréalisés". Ainsi peut-il être ce "miroir" sur lequel se reflètent les fantasmes du patient, une "page blanche" sur laquelle il projette son monde intérieur.

Dans cette perspective l'interprétation donnée par l'analyste est l'outil essentiel de la cure, l'instrument de la prise de conscience et l'agent du changement.

Nacht, cependant, a posé la question (1961) : si le besoin d'amour, frustré par les parents, est de nouveau frustré par l'attitude de l'analyste, le malade risque d'être encouragé à garder une position de souffrance. Seule, une attitude appropriée de gratification mesurée semble à cet auteur pouvoir permettre au patient de progresser. Il s'agit pour lui d'un "déconditionnement". La personne de l'analyste, son attitude profonde dans la situation analytique sont finalement plus importantes que l'interprétation donnée. La présence du psychanalyste devient ainsi un des facteurs de changement les plus importants : c'est la présence de l'analyste, une présence attentive, qui apporte une modification du sur-moi du malade, grâce au processus d'identification et surtout en permettant la minimisation de l'habituelle ambivalence du patient.

Cette identification du patient à l'analyste, et la modification du sur-moi qui en découle, n'est possible que si, derrière l'image fantasmagorique que le patient a de lui, l'analyste peut être perçu, en même temps, comme personne réelle. Il doit donc y avoir une confrontation entre l'image fantasmagorique de l'analyste et la perception de son rôle et de sa personne réelle.

Bénassy (1959), avait déjà noté, qu'en certaines occasions, l'intervention de l'analyste permettant cette confrontation avec la réalité aboutissait à une dissolution du fantasme.

Je voudrais insister sur deux faits :

D'une part, je pense que cette confrontation entre le fantasme et la réalité, n'est pas occasionnelle, mais qu'elle accompagne tout le travail analytique, à tous les moments.

D'autre part, elle n'est pas le fait - ou elle l'est quelquefois - de l'intervention de l'analyste, mais elle est réalisée implicitement par l'analysé à tous moments de son analyse.

Plus tard, Klauber (1972) a mis l'accent sur les échanges innombrables entre

le patient et l'analyste, qui font de l'analyse une expérience réellement humaine. A côté de l'interprétation, Klauber voit dans l'aptitude de l'analyste à se comporter de manière objective un facteur curatif essentiel. Elle permet, en effet, au patient l'incorporation des attitudes de l'analyste à l'égard des pulsions à l'intérieur du sur-moi. Pour Klauber, le comportement non verbal de l'analyste est équivalent à une "interprétation mutative implicite". Cette façon de voir se fonde sur la reconnaissance d'une communication inconsciente entre l'analyste et l'analysé, et explicite bien l'importance que l'on accorde actuellement de plus en plus à l'interaction transfert-contretransfert.

Winnicott (1947) avait montré combien les patients ont besoin de la réalité des émotions de l'analyste.

Pour les Kleiniens c'est surtout l'interprétation qui modifie les perceptions du patient. Segal (1961) a insisté sur le fait que l'interprétation doit inclure le rôle joué par les objets internes et le jeu mutuel du fantasme et de la réalité. C'est donc l'"insight" qui est l'instrument thérapeutique essentiel, en permettant à l'analyste d'interpréter juste. L'interprétation des introjections et des projections, permet au patient de récupérer des parties de son moi et de retrouver de nouveaux sentiments qu'il déniait.

Je voudrais maintenant accorder au patient une partie du travail thérapeutique : le patient aussi interprète pour lui-même, il échange avec l'analyste des sentiments, il élabore peu à peu une confrontation entre ses fantasmes et la réalité de l'analyste.

Il y a bien des cas dans lesquels l'interprétation n'est pas entendue, ou bien elle est ressentie comme persécutive, ou comme affirmation du pouvoir de l'analyste.

D'autres facteurs que l'interprétation me paraissent alors jouer un rôle décisif.

III. La confrontation entre le fantasme et la réalité.

A tous les moments de l'analyse, l'analyste est perçu sur un mode fantasmatique qui correspond aux désirs et aux craintes du patient, et en même temps il est perçu dans sa réalité d'analyste. Si le transfert peut évoluer, c'est bien parce que tout en représentant les parents, la mère, le père, l'analyste n'est pas le père, ni la mère, mais l'analyste.

Ariane venue en analyse comme l'avait fait sa sœur aînée, se montra très pressée d'obtenir de moi une quatrième séance que je n'avais pu tout d'abord lui donner. Lorsque sa demande fut enfin satisfaite, elle associa l'analyse et ses séances presque quotidiennes au bain chaud que sa mère lui donnait chaque jour dans son enfance. La satisfaction régressive de la sécurité que l'analyse lui donnait aurait pu constituer une résistance. Cependant, je ne chantais point, pas plus que je ne berçais Ariane, et mon silence était pour elle une interrogation. Ariane ressentit la nécessité de parler d'elle-même.

J'étais dans le fantasme la mère. Mais j'étais aussi l'analyste et perçue comme telle dans la réalité. C'est pourquoi Ariane utilisant un processus d'identification avec l'analyste ressentie comme observateur, tourna, elle aussi, un regard vers elle-même.

Si le patient n'est pas délirant, l'image réelle de l'analyste subsiste toujours derrière le fantasme. Le malade dont j'ai parlé plus haut, qui ne savait où poser son manteau, savait bien que je n'avais pas retiré la chaise où elle le posait habituellement pour confirmer son idée qu'elle était "sortie du ruisseau" ; en même temps qu'elle exprimait ce fantasme, elle pouvait avoir à l'esprit que son analyste était au moins sans intentions. (Si elle n'avait pu qu'attribuer à l'analyste de mauvaises intentions, elle n'aurait même pas eu la possibilité de verbaliser pour lui son fantasme).

Cette confrontation prend bien souvent la forme d'une lutte à l'intérieur du patient, notamment lorsqu'il est aux prises avec des fantasmes persécuteurs. Une malade verbalisait ainsi cette lutte intérieure : "il faut que je fasse appel à toute ma raison pour penser que vous êtes une alliée ; quand j'entends votre voix coupante, je crois entendre maman et j'ai peur aussitôt que vous vouliez me tuer."

En plus de cette confrontation continue entre le fantasme et la réalité, d'autres facteurs jouent un rôle important dans la cure :

1) La verbalisation d'un événement toujours tu, la mise en mots d'un fantasme, constituent un processus de décharge très important. J'utiliserai l'analyse de Bernadette pour en donner une illustration.

Bernadette avait été séparée de sa mère à l'âge de cinq ans. Régulièrement, elle lui rendait visite à l'hôpital psychiatrique. C'est ainsi qu'un jour, alors qu'elle avait dix-huit ans et qu'elle rendait visite à sa mère, celle-ci s'était écrié en la voyant : "Ce n'est pas ma fille, on m'a changé ma fille". Cette parole avait eu sur Bernadette un effet traumatique et elle n'en avait jamais parlé à qui que ce soit avant de venir en analyse.

A partir du moment où elle put en évoquer le souvenir, Bernadette en répéta le récit à chaque séance, ceci pendant plusieurs mois.

Dans l'analyse, à cette époque, Bernadette me percevait aussi indifférente que sa mère lorsqu'elle allait la voir, petite fille, à l'hôpital ; comme sa mère je ne lui posais pas de questions, je ne l'aidais pas, et elle s'isola de moi en adoptant une routine de récit des rêves ou des événements quotidiens, racontés sur un ton monotone de récitation. Souvent, elle s'imaginait en panne sur le bord de la route, alors qu'elle venait chez moi, elle se sentait abandonnée de tous et très angoissée.

Tels étaient donc les fantasmes contemporains de la névrose de transfert.

La répétition du souvenir traumatique, dans ce contexte transférentiel, avait eu diverses fonctions qu'il serait trop long d'expliquer ici (satisfaction accordée au sur-moi notamment, émergence progressive d'un sentiment personnel devant la parole de la mère, puis, à la faveur du transfert, dégagement de l'hostilité à la mère). La répétition était en même temps répétition pour l'analyste. En effet en même temps que j'étais perçue comme la mère indifférente, j'étais perçue comme l'analyste ; le répétition verbalisée pour moi avait deux fonctions au moins : affirmer devant moi son identité : elle était bien maintenant et à dix huit ans la même personne que celle que sa mère avait quittée à l'âge de cinq ans ; cette affirmation supposait mon acquiescement tacite, puisqu'elle avait préalablement raconté son histoire entière. La deuxième fonction de la répétition était de s'assurer qu'ici maintenant elle était reconnue et qu'elle ne serait pas abandonnée ou rejetée ; à chaque répétition du souvenir, elle en obtenait la preuve tacite.

L'analyse de la névrose de transfert mit à jour le désir de rejeter l'analyste, comme elle avait souhaité faire disparaître la mère pour épouser le père et avoir cinq enfants de lui, désir qui avait été ravivé pendant les années d'absence de la mère, et que celle-ci avait révélé en le renversant par sa parole. La parole de la mère signifiait en effet pour Bernadette : "on m'a changé ma mère, je ne veux pas d'une mère comme celle-ci".

Si la prise de conscience de l'hostilité de Bernadette avait été possible, par l'intermédiaire de la relation transférentielle fantasmatique, c'était parce que dans la réalité de l'analyse, la malade avait pu prendre appui sur l'assurance renouvelée que l'analyste, elle, ne la rejetait pas.

2) C'est parce que l'analyste ne donne pas la même réponse que les parents, que le malade peut, avec un risque diminué, prendre conscience de son désir hostile ou amoureux. Parce que l'analyste est ressenti dans sa réalité comme plus solide que le parent, le patient peut aller jusqu'au bout avec lui, de ses tendances destructrices.

Un malade obsessionnel, avait toujours ressenti son père comme faible et pitoyable. Cette dévalorisation avait été utilisée au niveau oedipien, comme un moyen radical d'éliminer le père comme rival. Cependant il n'avait jamais pu l'affronter et il avait dû réprimer toute hostilité contre lui, ou déplacer sur ses frères plus jeunes ses tendances agressives. Le malade développa pendant longtemps un transfert très hostile, utilisant à l'égard de l'analyste la même dévalorisation qu'il avait utilisée à l'égard du père. Plus tardivement, il en vint à exprimer une agressivité plus ouverte : "vous ne valez rien comme analyste, j'ai envie de vous dire m...". Critiques contre moi et critiques à l'égard de la psychanalyse étaient formulées plus nettement.

Je voudrais formuler à ce propos, que si les tendances amoureuses ne sont jamais satisfaites dans l'analyse les tendances agressives peuvent l'être : la parole agressive, l'injure, les gros mots, apportent une satisfaction réelle et directe aux tendances agressives. Il n'y a pas d'équivalent pour les pulsions libidinales.

Ce que le malade recherchait, c'était de m'atteindre réellement. C'est pourquoi il m'attaquait le plus souvent dans ma fonction d'analyste. (Chacun sait combien nous sommes plus vulnérables lorsque nous sommes attaqués dans notre savoir faire d'analyste par les malades, que lorsque nous sommes critiqués dans notre personne : nous avons dans ce dernier cas le recours du transfert pour penser que la critique s'adresse au personnage fantasmatique que nous représentons). En plusieurs occasions, ce malade eut l'impression d'avoir été plus loin qu'il ne l'avait jamais fait, dans l'expression de son agressivité. La première occasion fut fournie par une demande d'augmentation des honoraires des séances qui me paraissait souhaitable. Le malade y répondit par l'affirmation qu'il avait deviné d'avance que je ferais cette proposition ; la confirmation venue, il se sentit le plus fort, et cela lui donna l'impression qu'il me jetait l'argent à la figure".

Ce malade exprima une agressivité sadique anale très intense pendant une longue période du traitement. L'analyse était ressentie, au niveau fantasmatique, comme une chose honteuse qu'il faisait avec moi, comme "la cacasse" ; c'était la façon dont les enfants de son âge nommaient les relations sexuelles des parents quand il était petit. Arrivé un jour en avance, il avait entendu un bruit au-dessus de sa tête et avait imaginé l'analyste déféquant au-dessus de sa tête, ce qu'il avait formulé crûment ainsi : "vous me ch.. dessus". L'interprétation a consisté à

retourner le fantasme : "c'est vous qui auriez envie de me ch.. dessus". L'effet de cette intervention, parce que j'avais repris le mot grossier du malade fut saisissant ; il éprouva un soulagement extraordinaire, se senti compris, reconnu dans son désir. Plus tard, ce malade dira : "je me suis heurté à vous, comme je n'avais jamais pu le faire avec personne."

3) Au cours de la phase dépressive, l'analysé fait la preuve que sa destructivité n'a pas réellement détruit l'analyste.

Reprenant l'exemple de ce même malade, j'essaierai de décrire la phase dépressive telle qu'elle a été vécue dans le transfert, et les possibilités de réparation que l'analyse a permises, au niveau du fantasme et au niveau de la réalité.

A une phase avancée de l'analyse, l'agressivité orale du patient s'exprima comme liée à la frustration. Cela apparaît bien dans le rêve suivant : "j'entrais dans un café très sale, une femme en noir était assise, c'était la patronne. Un garçon me sert un martini : c'est l'apéritif que je préfère ; mais il ne m'en sert pas assez ; alors je lui fais remarquer qu'il n'y a pas la dose ; la patronne est là pour extirper l'argent, mais elle ne veut pas donner-ce qu'elle a. Alors je m'adresse à elle, très agressif : je lui dis qu'elle tient cet établissement, ce n'est pas licite, je le dirai à mon père qui est inspecteur dans les finances et on vous interdira d'exercer. Alors la femme devient toute faible, elle se fait suppliante, je la tiens par les épaules, et à ce moment, elle se transforme en bébé fille à moitié nue, toute maigre, et s'enfuit". Ce rêve montre clairement l'avidité orale du malade, son envie à l'égard de la mère "qui ne veut pas donner ce qu'elle a", et l'impression d'être lui-même dépossédé à cause de ses tendances destructrices. Le fantasme d'avoir affaibli la mère apparaît à la fin du rêve. A cette époque, le malade est avide d'interprétation, mon silence l'exaspère, il a envie de griffer, de mordre. Il ressent très fréquemment pendant les séances, une crispation des mâchoires : il y associe l'image d'un sein gonflé : plus la mâchoire se contracte, plus j'ai envie de mordre". Mais si je parle, il aussitôt envie de m'interrompre, ou bien il déchire mes paroles, affirmant n'y rien comprendre. Il retrouve le souvenir d'un film qu'il a vu dans son enfance : un brigand mordait le sein d'une femme : il le modifie plus tard : un soldat coupait le sein d'une femme ; et il ressent le désir de "boire à grands traits le lait, dans cette coupe renversée". Plus tard, il fait le rêve très condensé : "Marie est morte, on est soulagé, je suis indifférent". Marie, signifie ma ry (dernière syllabe de mon nom.)

Les tendances destructrices s'expriment dans le transfert et la projection des fantasmes destructeurs sur l'analyse est toujours liée à la frustration. Dans un rêve, le malade voit une femme psychanalyste assise à une table dans un café ; il entre et veut une brioche, un morceau lui semble appétissant ; mais la barmaid lui en donne un autre ; plus dur ; et en mâchant il perçoit des morceaux de verre.

Pendant cette période de l'analyse, le malade est de plus en plus dépressif, il ne fait plus rien, il a abandonné ses études, ne voit personne, sauf une amie avec laquelle il s'est lié au début de l'analyse. Il a eu depuis le début de leur liaison une attitude très sadique et dominatrice pour le plaisir de la sentir "à sa merci" ; cette conduite aboutit à une rupture entre eux qu'il décide définitive. Mais bien qu'il soit l'acteur de cette rupture, il se sent aussitôt rejeté par son amie et c'est cet incident qui déclenche une période dépressive très aiguë : il ne dort plus, ne mange plus, a peur de perdre ses cheveux et ses dents, et ne se sent rassuré que lorsqu'il est pris en charge par un ami masculin. Cette rupture extérieure à l'analyse est apparue comme

une mise en acte de ses fantasmes destructeurs à mon égard. Il verbalise son angoisse ainsi : "j'ai peur que vous me quittiez". En même temps, seule l'analyse le rassure, et peu à peu le processus de réparation se dessine. Ce qui est remarquable, c'est l'authenticité des sentiments que ce malade éprouve maintenant : pour la première fois il "éprouve de vrais sentiments pour des personnes réelles".

Le processus de réparation me paraît avoir joué à deux niveaux :

- au niveau fantasmatique, l'analyste est maintenant perçue comme bonne, entière, permettant au malade l'intégration de sa personnalité, de ressentir "de vrais sentiments pour des personnes réelles".

- le patient a l'impression de combler l'analyste en lui apportant le matériel analytique, voir de la féconder après l'avoir vidée de tous ses contenus.

- le patient donne de l'argent à l'analyste, il la "fait vivre". L'argent des séances était associé par ce patient aux cadeaux qu'il faisait à sa mère, après une querelle avec elle. Pendant la phase dépressive, il a même imaginé qu'il devrait toujours travailler pour faire vivre l'analyste parce que son analyse n'aurait pas de fin.

- l'amélioration clinique est ressentie comme une réparation par rapport aux dommages causés à l'analyste (par exemple les critiques, la dévalorisation).

- enfin, les changements cliniques, transférentiels, et fantasmatiques sont autant de témoignages de la créativité du patient.

- au niveau du réel l'analyste, parce qu'il n'a pas répondu à l'agressivité par l'agressivité désamorce le fantasme.

- le patient fait la preuve dans le réel qu'il n'a pas détruit l'analyste par ses tendances destructrices. La permanence de l'analyste, plus que son interprétation, est à cet égard importante.

- le patient se sent Capable d'une "communication vraie ; l'analyste et lui font ensemble un travail constructif.

- il arrive souvent qu'à ce stade de l'analyse, le patient soit capable d'apprécier les qualités réelles de son analyste : son inaltérabilité, son égalité d'humeur, sa compréhension.

- après avoir projeté sur lui son hostilité et avoir ressenti de la méfiance, le malade a foi en la "bonté" de l'analyste ; cela ne va pas sans une reconnaissance que l'analyste peut se tromper, avoir des désirs égoïstes, être lui-même agressif : le malade perçoit la réalité intérieure de l'analyste.

Il me semble qu'au niveau réel, l'analyste joue le même rôle vis-à-vis des fantasmes que les parents dans l'enfance du patient : comme les parents réels, l'analyste réel, aide le patient à lutter contre ses fantasmes destructeurs.

4) Dans chaque analyse, à un moment, l'analysé se préoccupe de la vie réelle de son analyste ; regroupant les divers indices qu'il a pu percevoir au cours des mois d'analyse, il attribue à l'analyste une vie familiale, des habitudes, des goûts. Cette découverte me paraît marquer l'achèvement de la confrontation entre l'image fantasmatique de l'analyste et sa réalité, confrontation commencée depuis le début de l'analyse.

Elle a pour effet de permettre au patient de se sentir totalement libre vis-à-vis

de son analyste : l'analyste n'a pas besoin de lui pour exister ou pour trouver des satisfactions.

5) La reconnaissance.

A côté du désir inconscient d'être aimé, qui est sous-jacent à toute demande d'analyse, désir plus impérieux que celui d'être guéri, une autre demande se fait jour fréquemment au cours de l'analyse, celle d'être "reconnu", comme personne, comme homme ou comme femme, avec le droit d'avoir un désir propre.

Le malade dont j'ai longuement parlé avait eu pendant toute son enfance une attitude de soumission à l'égard du désir de sa mère : avoir un fils intelligent, bon élève, brillant. Aussi s'était-il montré un parfait analysé, ponctuel, sincère, ne cachant rien à l'analyste, apportant toujours un riche matériel. Il entreprit, au début de la seconde année d'analyse, des études de psychologie ; et plus tard confia son désir de devenir lui-même analyste : un vrai fils pour une analyste. L'interprétation dévoila le souci du malade de répondre au désir de l'analyste, et lui permit de découvrir puis d'affirmer son propre désir par rapport à son avenir, qui était tout à fait différent du métier d'analyste.

La nécessité d'être reconnu dans son identité est sans doute plus essentielle chez des malades psychotiques ou prépsychotiques. Elle apparaît surtout lorsque le patient, dans son enfance, avait à combler un manque chez l'un des parents. Mais je crois qu'il faut se demander si elle n'est pas une demande inhérente à toute analyse.

A côté de l'interprétation, tous les facteurs que j'ai évoqués plus haut me paraissent jouer un rôle important dans toute cure. Ils sont essentiels avec les psychotiques ou les prépsychotiques chez lesquels les fantasmes persécuteurs sont prédominants : avec eux l'interprétation est ressentie comme une nouvelle persécution, comme une manifestation du pouvoir de l'analyste, et elle ne peut être reçue. L'analyste n'a, à sa disposition, pour apprivoiser le patient, que sa propre patience et sa foi en l'analyse. Ce n'est alors qu'une certaine qualité de présence qui puisse permettre au malade de lutter contre ses fantasmes... dans les meilleurs cas.

S'il est vrai de dire, que l'analyste est de plus en plus investi par le fantasme, il est aussi vrai de dire, qu'avec un certain retard sur le processus précédent, l'analyste est de mieux en mieux reconnu comme réel au cours de l'expérience analytique.

REFERENCES

- Bénassy. M. (1959). "Fantasme et réalité dans le transfert". *Rev. franç. psychanal*, 23.5.619-628.
- Freud. S. (1919). "Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique", in *De la technique psychanalytique*. Paris. Presses universitaires de France.
- Isaacs. S. (1943). "Nature et fonction du fantasme", in *Développements de la psychanalyse*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Klauber. J. (1972). "On the relationship of transference and interpretation in psycho-analytic therapy". *Int. J. Psycho-Anal.* 53.385-391.
- Lagache. D. (1963). "Fantaisie, Réalité, Vérité". *Bull. de Psychologie*. Université de Paris. 222.XVI.17-18.1013-1021.
- Lagache. D. (1966). "Psycho-analysis as an exact science". Reprinted from *Psycho-analysis - a general psychology*.
- Nacht. S. (1961). "The curative factors in psycho-analysis". *Int. J. Psycho-Anal.* 43.206-211.
- Segal. H. (1961). "The curative factors in psycho-analysis". *Int. J Psycho-Anal.* 43.212-217.
- Winnicott. D.W. (1947). "La haine dans le contre-transfert". In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*. Paris. Payot Ed.

ASPECTS DU TRANSFERT

Entretiens des 16 et 17 juin 1973

LE TRANSFERT PSYCHOTIQUE

PAUL GEISSMANN

" Une malade de 16 ans... riait gaiement chaque fois que je l'interrogeais au sujet de ses pensées. Rétrospectivement, elle m'expliquait qu'elle avait ri parce qu'elle pensait que je la taquinais, puisque de toute façon je devais connaître ses pensées, car elles étaient simultanément dans nos deux têtes ".

Cette observation de Tausk est suivie, dans le même article, par la remarque : " Les persécuteurs sont des objets d'amour... des personnes qui exigent un transfert libidinal qui leur est normalement accordé. Mais la libido narcissique, lorsqu'elle est trop fortement fixée doit ressentir de manière hostile l'exigence de ce transfert et éprouver comme ennemi l'objet qui provoque le transfert ".

A la suite de son article " **Pour Introduire le Narcissisme** ", Freud avait promu le raisonnement suivant : " Comme les psychotiques ne sont plus capables d'investir des représentations d'objet du monde extérieur, il s'ensuit que les patients psychotiques ne peuvent pas effectuer des relations de transfert, et que " le transfert " est impossible dans la schizophrénie ".

Dans l'Introduction à la Psychanalyse — (1916), dans son chapitre sur le Transfert, Freud indique :

" Les malades atteints de névrose narcissique ne possèdent pas la faculté du transfert ou n'en présentent que des restes insignifiants. Ils repoussent le médecin, non avec hostilité mais avec indifférence. C'est pourquoi ils ne sont pas accessibles à son influence... Ne présentant pas le phénomène de transfert les méthodes en question échappent à nos efforts et ne peuvent être guéris par les moyens dont nous disposons ".

En 1925, dans " **Ma Vie et la Psychanalyse** " on observe une nuance importante qu'apporte Freud à la conception précédente, car à la suite de remaniements plus subtils visibles notamment dans des articles comme " Névrose et psychose " ou " La perte de la réalité dans les névroses et les psychoses (1924) ", on lit par exemple : ... " mais il semble que l'étude analytique des psychoses soit empêchée par l'absence d'espoir thérapeutique que comporte un tel effort. La capacité de transfert positif* manque en général au malade atteint de psychose, de telle sorte que le principal instrument de la technique analytique est inutilisable ".

* Souligné par moi (P.G.).

"... Mais ces malades sont parfois abordables par quelque côté. Le transfert n'est pas si totalement absent que l'on ne puisse grâce à lui, progresser un bon bout de chemin... "

A cette époque on peut déjà tenir compte des vues d'Abraham sur le traitement des psychoses mélancoliques. " Dès 1911, j'avais souligné que le transfert nécessaire au succès de la cure pouvait s'établir chez le mélancolique... particulièrement dans l'intervalle libre... " ... " la capacité du patient à " transférer " s'accroît souvent nettement à la suite d'une phase de son analyse " (Oeuvres Complètes T. II, p. 295).

En 1930, Freud dit encore dans une lettre à Marie Bonaparte : " Vous savez qu'avec des psychoses de ce genre, nous ne pouvons rien faire avec l'analyse. Par-dessus tout, nous avons besoin de trouver un moi normal avec lequel on puisse entrer en contact... notre espoir pour l'avenir réside dans la chimie organique... ".

Ces phrases contrastent avec ce autre extrait datant de 1937, (Analyse terminée et analyse interminable)... " Tout individu normal n'est que relativement normal ; son moi, par quelque côté, se rapproche plus ou moins de celui du psychosé... ".

La même année dans " Construction dans l'analyse " Freud rapproche le délire et les mécanismes de la psychose avec ce qui se passe dans le rêve et les névroses. Une hypothèse stratégique thérapeutique " consisterait à libérer le fragment de vérité historique de ses déformations, de ses attachements au jour réel présent, et à le conduire en arrière au point du passé auquel il appartient... La transposition de matériel d'un passé oublié vers le présent ou vers un événement probable dans le futur est en effet un fait habituel chez les névrosés comme chez les psychotiques " ... " Le délire doit son pouvoir convainquant à l'élément de vérité historique qu'il insère à la place de la réalité rejetée " ... " De cette façon, une hypothèse qu'à l'origine je revendiquais pour l'hystérie seule pourrait s'appliquer aussi aux délires — à savoir que ceux qui y sont sujets souffrent de leurs propres réminiscences " (Gradiva).

Enfin, en 1938, dans l'Abrégé de Psychanalyse, Freud se voit à nouveau relégué (par le psychotique) dans ces parties du monde extérieur qui pour lui ne signifient plus rien. " Nous constatons alors qu'il faut renoncer à essayer sur les psychosé notre méthode thérapeutique ". Et il est question de rechercher peut-être une " méthode " plus satisfaisante.

On sait que ces conceptions Freudiennes de la psychose ont été remaniées depuis, et Nacht et Racamier, au 20e Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes en 1958, l'ont montré dans leur rapport sur la théorie psychanalytique du délire. L'approfondissement de la théorie de la pulsion de mort et l'œuvre Kleinienne ont été pour beaucoup dans ce remaniement. Les travaux de Federn (1928) puis de Frieda Fromm-Reichmann sur le transfert du schizophrène ont inauguré une longue série de recherches. J'extrait du rapport de Nacht et Racamier les phrases suivantes :

" On a souvent relevé la remarquable intuition que les schizophrènes manifestent à l'égard des intentions inconscientes d'autrui. Dans le cadre d'une relation intime, comme peut l'être la relation psychothérapique, cette pénétrante acuité se déploie sans contrainte. Il n'est pas rare de voir un schizophrène percevoir

" à sa façon " le contre-transfert de son analyste avant même que celui-ci s'en soit rendu conscient.

En vérité*, le délirant ne perçoit jamais chez autrui que ce qu'il craint d'y trouver... sa connaissance d'autrui est à la fois partielle et partiale (Fromm-Reichmann)... Un thérapeute doit* ne pas se réduire à être pour le malade uniquement ce que le font les projections transférentielles "(!)

Nous touchons là à une spécificité remarquable du transfert psychotique, à savoir une fin de non-recevoir de la part des psychanalystes les plus chevronnés, et en premier lieu, de la part de Freud lui-même. Quelles que soient les intentions des uns et la bonne volonté des autres tout abord du problème du transfert psychotique se heurte à ce déni, dont le rapport au contre-transfert est manifeste. Aussi bien, presque toutes les études du problème utilisent des rationalisations, sous forme de recherche de " méthodes " nouvelles, ou encore d'exclusion du champ de la psychanalyse. C'est de la psychothérapie, c'est du maternage, la psychanalyse est impossible. Ce faisant, nous nous fermons au monde du transfert psychotique.

Si cette fermeture est aussi radicale chez presque tous, c'est sans doute précisément en raison des particularités de ce transfert dont nous pourrions à présent essayer de cerner davantage les caractères.

Il ne m'échappe pas que ma propre façon de traiter le problème en évoquant Freud, en " cernant " ou en constatant le contre-transfert des autres est révélatrice de ce qui fait le fond du problème.

Ainsi serai-je amené à me sécuriser en recherchant des définitions solides. Transfert Psychotique : quid du transfert, quid de la psychose ?

Je prendrai comme référence le rapport exceptionnel de Lagache à la 14^e Conférence des Psychanalystes de langue française en 1951. Le transfert est un phénomène général, mais activé et intensifié par le fait d'être en analyse. Au cours d'une analyse, on peut distinguer le transfert analytique de l'effet latéral du transfert au sens étroit, le transfert est un déplacement d'affect sur la personne de l'analyste. Cependant on peut dire à la suite de Glover et de Mélanie Klein, que ce n'est pas seulement un affect, mais toute une forme de comportement qui est transférée, et pas seulement à la personne de l'analyste, mais à l'entourage analytique.

Le terme de névrose de transfert concerne un processus dans lequel les symptômes de la névrose clinique se transposent dans la relation de l'analysé avec le psychanalyste.

En ce qui concerne la disposition au transfert, elle n'est pas limitée par l'existence des névroses " narcissiques " où le transfert prend une forme ambivalente ou négative.

Enfin je ferai appel à la notion d'effets positifs ou négatifs du transfert plutôt qu'à celle du transfert positif ou négatif selon la définition de Lagache ; les effets du transfert sont positifs ou négatifs selon que le transfert rend plus facile ou plus difficile l'apprentissage de la règle de libre association et le développement de la cure.

* Souligné par moi (P.G.).

Dans ces conditions, le transfert comme mécanisme général décrit d'abord par Freud et Ferenczi, doit se retrouver quelque part dans la relation, voire l'absence de relation du psychotique avec son entourage en général, et son analyste en particulier. Ce qu'on observe d'abord, ce sont les effets négatifs du transfert, ce qui n'implique en aucune manière qu'il ne se passe rien, au contraire. Si ce transfert existe, c'est que la cure par le psychanalyste est possible — je ne dis pas la psychanalyse...

Les données de la clinique viennent renforcer ce point de vue.

Comme l'ont fait remarquer Arlow et Brenner au 26^{ème} Congrès de l'Association Psychanalytique Internationale en 1969 :

" Dans leurs rêves, fantaisies et associations d'idées, ... les psychotiques donnent à observer des dérivés instinctuels impliquant des représentations mentales d'objet ; ces représentations peuvent être, et sont, bien investies.

Non seulement le psychotique ne montre pas un désinvestissement de ses objets infantiles, mais au contraire il démontre une implication avec ses objets infantiles anormalement intense. Cet accrochage (clinging) pathologique aux objets précoces est plus extrême que ce qu'on observe dans les plus rigides des fixations névrotiques.

Ces manifestations transférentielles sont transitoires (transient), éphémères (volatile) instables et chargées d'agression, mais représentent néanmoins le même processus fondamental reconnaissable chez les névrosés, c'est-à-dire le déplacement sur l'image de l'analyste des investissements pulsionnels originellement conférés (vested) à des objets infantiles. Le patient psychotique en situation de transfert est exposé à un danger pulsionnel massif et à l'angoisse qui en résulte ; il a donc tendance à nier ou à en supprimer toute manifestation, mais ceci ne supprime pas le phénomène lui-même.

La rupture avec la réalité observée chez les malades les plus graves pourrait n'être qu'une défense, plutôt qu'un désinvestissement du monde objectal. Nous connaissons des catatoniques qui ont pu nous dire, émergeant pour un instant de leur immobilité, qu'ils ont tout au long de leur maladie pu percevoir, juger et remémorer correctement ce qui se passait autour d'eux ".

Un autre argument de la disposition au transfert du psychotique pourrait être tiré du fait de la confrontation avec la célèbre discussion concernant le même problème en psychanalyse d'enfants. Dans ce dernier cas Anna Freud avait pensé un certain temps qu'il ne pouvait y avoir de transfert compte tenu de ce que les parents et l'entourage infantile étaient toujours là dans la réalité. Dire qu'il ne peut pas non plus y avoir de transfert parce que l'investissement de l'objet est impossible chez le psychotique semble à cet égard assez contradictoire. Et qu'en serait-il alors du transfert de l'enfant psychotique sur son analyste. Comme m'a dit une telle enfant en me regardant droit dans les yeux, sans bouger : " maman m'a dit qu'un monsieur, il doit travailler, il doit gagner la vie, il doit se nourrir de sa famille "... Elle m'exprimait ainsi ne pouvoir me communiquer ses sentiments positifs à mon égard, car si j'avais représenté ses parents, je l'aurais instantanément dévorée.

Ceci nous amène à la question : quelle psychose ?

En terme de nosographie plus ou moins classique on pourrait distinguer à la

suite des psychoses infantiles, la psychose maniaco-dépressive, les schizophrénies et les psychoses paranoïaques. Compte tenu de l'existence de périodes stables-névrotiques chez le maniaco-dépressif et de secteurs libres-névrotiques dans la personnalité du paranoïaque, il nous paraît que le problème est typique lorsqu'on considère le schizophrène délirant, paranoïde, voire catatonique, ou l'enfant autistique et qu'on pourrait provisoirement se restreindre à envisager ces cas.

Il reste à savoir si nous voulons parler :

- 1) Des modalités de la relation transférentielle dans la cure du psychotique.
- 2) Des modalités relationnelles des psychotiques en général.
- 3) De la névrose de transfert qui peut se produire dans une cure de psychotique à des moments privilégiés, ou en relation avec des secteurs, ou des restes, névrotiques de sa personnalité.
- 4) De l'existence de relations psychotiques dans une cure classique de névrose.

Le premier point semble le plus convenable à notre propos. Que fait apparaître la cure du psychotique ?

Le monde est pour le psychotique un ventre peuplé d'objets dangereux dit Mélanie Klein (Essais, 280). Dans cette situation, le petit Dick se réfugie dans l'indifférence apparente à l'égard de toute chose ; mais dès que la cure est commencée il transfère aussitôt ce monde sur l'entourage analytique et Mélanie Klein est amenée rapidement à interpréter " Dick est dans le noir de maman ", puis la nocivité des urines, du pénis et des fèces comme objets attaquant le corps maternel. La capacité de destruction fantasmatique du psychotique dans le transfert se résume en des moments de vérité : Dick voyant sur les genoux de sa psychanalyste les copeaux d'un crayon taillé dit " Pauvre Mme Klein ".

Une de mes malades se saisit un jour d'une allumette dans une boîte, me regarda et cassa l'allumette à 10 cm de mes yeux. Matussek montre comme le proche et le lointain sont perturbés dans la relation à l'autre du schizophrène ; la rencontre avec le médecin s'opère entre ces deux pôles, entre le fort besoin d'une proximité des plus intimes qui engloutit le malade et par laquelle il engloutit, et une évasion devant ce danger.

Lebovici et Diatkine indiquent que le malade colle à son médecin comme à une proie ; il l'aime, mais c'est pour mieux l'immobiliser.

Dans un important ouvrage sur la schizophrénie de Harold F. Searles, (1965) on trouve une description étonnante et minutieuse du transfert psychotique. Les conditions d'expérience semblent avoir été des séances de 50 minutes, 4 fois par semaine. 5 phases apparaissent dans le traitement.

- Une phase hors-contact
- Une phase de symbiose ambivalente
- Une phase de symbiose pré-ambivalente
- Résolution de la symbiose et psychose de transfert
- Psychanalyse proprement dite.
- La 1ère phase se caractérise par un seul mode relationnel, l'incorporation

(impossible à distinguer de l'identification). Le malade introjecte progressivement des parties inconscientes du thérapeute qui reconnaît cela comme une partie d'un processus progressif de "confluence" entre les deux partenaires ; lui aussi incorpore des aspects de son patient.

Les deux partenaires sont très angoissés ; les sentiments d'amour sont plus réprimés (parce que plus dangereux) que ceux de haine, d'envie, etc... Le thérapeute devient progressivement conscient de son ambivalence, sa toute puissance défensive, son impuissance et sa dépendance. La faculté — "l'ouverture" — du thérapeute à ressentir (l'angoisse) est toujours la clef de la situation. C'est ce stade qui est baptisé symbiose thérapeutique ; le mode de relation évolue de l'incorporation à une relation d'objet partiel symbiotique.

— Lorsque l'impuissance totale, la dépendance et la mort sont pleinement acceptées, d'abord par le thérapeute et, ensuite, par identification par le patient, l'angoisse est remplacée par une gratification profonde dans une relation symbiotique pré-ambivalente. Les deux partenaires s'adorent mutuellement, la communication verbale devient moins nécessaire.

Les phases suivantes : c'est toujours le thérapeute qui ressent d'abord en lui les progrès (reconnaissance, usage de la parole, insight) et ensuite seulement le patient, par identification ou introjection.

Parmi les insights développés, il y a une reconnaissance progressive qu'il existe un "noyau de vérité" dans toutes les projections du patient sur le thérapeute, que la projection n'est possible que quand quelque chose de ce qui est projeté existe réellement dans la personne sur laquelle la chose est projetée. La même chose est vraie de l'introjection. Ces reconnaissances sont extrêmement douloureuses et anxiogènes et le thérapeute tend à leur résister, comme le fait le patient lui-même.

On voit que le traitement dépend de la capacité du thérapeute de tolérer un lourd degré de perte de ses liaisons moiïques tout en maintenant le sens de son identité à la fois personnelle et sexuelle.

Toute sorte de changement entraîne des défenses massives du type du danger de suicide ou de désintégration. Comme dit Resnik : " Au niveau du transfert l'analyste devient inanimé pour le patient, un objet pétrifié, qui ne bouge pas. Mais s'il bouge tout d'un coup il devient terrifiant et persécuteur ".

Cependant que la force du moi du patient et du thérapeute s'accroît avec une capacité plus grande d'intégration et de différenciation, la "psychose de transfert" se résout progressivement ("tout type de transfert qui entraîne une distorsion ou qui empêche une relation entre patient et thérapeute qui soit celle de deux êtres séparés, vivants, humains et sains").

Dernière phase : psychanalyse proprement dite. On traite des conflits névrotiques.

Ce qui est exigé du thérapeute est qu'il soit suffisamment syntone (attuned) aux besoins du patient pour être capable de maintenir une balance dynamique entre un degré considérable de participation à la relation symbiotique avec lui, ... et une possibilité d'aider à des moments appropriés à voir la signification transférentielle de ce qui "transpire" ou de ce qui a "transpiré" (de matériel) entre les deux participants.

M. Little fait remarquer que le terme d'"état indifférencié" est préférable à celui de symbiose, lequel impliquerait qu'il y a déjà eu au moins une étape de division ou de différenciation. Ce terme a notamment été décrit par M. Little dans le transfert délirant chez des malades non psychotiques (Int. J. of Psycho-Analysis 1959, 38, n° 2-4).

Lorsque j'ai pris connaissance de ce travail de Searles, j'ai eu le sentiment qu'un certain nombre de difficultés que je rencontrais avec les psychotiques, et qu'un certain nombre des difficultés théoriques bien connues dans la littérature avaient pour cause, non pas les critères d'analysabilité des psychotiques, mais la peine qu'il y a à rester psychanalyste devant un psychotique.

Il ne s'agit pas **qu'il** ne puisse pas faire une psychanalyse, il s'agit pour nous de rester psychanalyste devant le tableau de la détresse ultime, la situation extrême dont parle Bettelheim.

Sentir cette pulsion de mort à l'état brut en soi tout en restant pour une partie de soi-même psychanalyste et apte à interpréter, tel est le défi que nous lance le psychotique.

Nous avons à réactualiser avec le patient tous nos propres mécanismes psychotiques, projection, introjection, clivage, idéalisation, déni ; dans l'identification projective pathologique nous savons que les parties projetées du soi et des objets internes sont désintégrées et désintègrent à leur tour l'objet ; nous sommes ici amenés à ressentir avec le patient le caractère douloureux de sa perception du monde, tout en devant rester nous-mêmes, neutres et bienveillants.

" Le patient psychotique, dit Resnik, cherche à tester l'analyste pendant longtemps pour voir s'il peut être le contenant des parties valorisées de lui-même qu'il projette sur l'analyste ; ou bien pour voir si l'analyste est un bon " asile " pour " hospitaliser " des aspects malades, persécuteurs, ou dépressifs de soi-même". "Les parties du self qui pénètrent de force dans l'analyste au cours du transfert, dit Rosenfeld, font en sorte que la différence entre lui et l'analyste se perde ".

Ce travail est probablement le plus difficile de tous et cette difficulté est ressentie d'abord par le malade qui craint de nous entraîner dans sa folie et dans sa mort.

Une malade me disait : " vous ne pouvez pas m'apporter d'aide. Vous pouvez me laisser choir au moment où je risque de devenir pesante. Je souffre comme quelqu'un qui demanderait de l'aide et se trouverait dans un sable mouvant. Il ne pourrait appeler à l'aide qu'en amenant l'autre à couler avec lui... J'ai eu le sentiment que vous étiez en puissance de disparaître et que j'étais, moi, en puissance de sombrer dans le néant".

Les limites propres du psychotique n'existent pas. Dans sa relation fusionnelle au thérapeute, ses limites sont celles du thérapeute et de l'entourage analytique. Un patient rêve d'une séance d'analyse : " c'était un rectangle de carton, et au milieu, comme un légume, une branche de céleri ". L'espace du patient dans le transfert est premier dans la psychose, par rapport au déroulement temporel des souvenirs. Les remarques de Tausk à cet égard sont confirmées par Schilder, Rey, Rosolato, entre autres. L'espace mouvant du schizophrène en continuité symbolique avec son image du corps, est son " espace du Çà ".

L'analyste a du mal, certes, à y trouver sa place. Entre la théorisation de " l'absence de transfert chez le psychotique " et celle du " transfert massif rendant l'analyse impossible ", nous pouvons comprendre qu'en ayant nous-mêmes péniblement dépassé nos premiers stades infantiles, notamment la phase schizo-paranoïde, une tendance, difficile à vaincre, nous empêche d'y retourner. Or, y retourner est indispensable pour percevoir le phénomène transférentiel psychotique à travers son contre-transfert. Si nous arrivons par définition à nous rendre libre pour entendre le névrosé, moyennant une abstinence rigoureuse et un contrôle de notre contre-transfert, avec le psychotique c'est, malgré notre analyse, à une défense massive **de notre part** que nous avons à faire.

Si nous songeons au fait que parmi les déterminations qui amenèrent Freud à utiliser le divan il y a la prise en considération du désagrément profond d'" d'être regardé " pendant plusieurs heures d'affilée, on comprend les difficultés du fondateur de la psychanalyse à traiter du transfert psychotique, et les contradictions théoriques toujours présentes dans la littérature. La plupart des auteurs voulant parler du transfert parlent du contre-transfert, ce qui est logique, mais empêche une correcte évaluation. D'autres étudient des méthodes ou des techniques nouvelles ; ainsi la tendance du psychotique à rencontrer des objets partiels, à sentir un " double ", à avoir des manifestations latérales de son transfert, et à agir ses fantaisies inconscientes, conduit à certaines théories du psychodrame analytique (Kestemberg), voire à la psychothérapie institutionnelle, A. la lutte, au maternage et au corps à corps. Citons comme exemple ce qui nous apparaît comme théorisation défensive, un passage de Woodbury " Le patient... projette son moi clivé à travers des relations d'objets clivés sur au moins deux personnes dans l'environnement, qui si elles surmontent cette épreuve et refusent d'être clivées l'une de l'autre, " démarrent " (start) un processus thérapeutique qui peut éventuellement être internalisé dans le moi du patient avec une guérison subséquente de sa représentation de self et d'objet. Ainsi la situation transfert-contre-transfert dans le traitement des schizophrènes est tridimensionnelle (triadic), en opposition au classique modèle dyadique de la psychanalyse des névroses. "

Cette dilution du transfert est peut-être opérante, mais sûrement défensive. Quand on parle d'aménagement du transfert, on signifie en général aménagement d'une névrose de transfert. Le transfert psychotique est celui des affects et du comportement de la phase schizo-paranoïde de Mélanie Klein ; il n'est pas un transfert purement narcissique. C'est ce qui amène Balint à parler de transfert primaire, c'est-à-dire l'instauration dans la situation analytique d'une relation d'objet sur le modèle de l'amour primaire, avec les facteurs qui s'y rattachent ; la dépendance désespérée, la négation de cette dépendance par la toute-puissance, et l'avidité orale. La tendance à s'accrocher fait partie également de cette constellation, dont le but est " Je dois être aimé et satisfait sans avoir rien à donner en retour ".

Nous pourrions reprendre à présent les distinctions que nous avons évoquées tout à l'heure.

1) Nous avons vu les modalités de la relation transférentielle dans la cure du psychotique. C'est une relation de transfert primaire, c'est-à-dire, massive, ambivalente, relative à des objets partiels, destructrice, omnipotente, retaliatrice, et repérée comme telle par l'analyste qui reconnaît en lui le même processus, et par là même la vérité du patient. Il s'organise une psychose de transfert.

Dans leurs modalités de relation au monde les psychotiques font preuve de mécanismes de transfert analogues ; ils utilisent le transfert dans leur perception du monde bien plus que les névrosés puisque la réalité est niée.

3) **La névrose** de transfert dans la cure avec le psychotique concerne des sujets privilégiés chez qui on ne traite pas le noyau psychotique, ou dont on traite la partie soumise à œdipification. Ce peut être aussi la phase terminale d'une cure de psychotique.

Sujet que je n'ai pas abordé jusqu'ici : on pourrait formuler l'hypothèse que dans toute cure analytique orthodoxe il existe à un moment donné un transfert psychotique ; l'existence d'un noyau psychotique plus ou moins évolutif chez les sujets névrosés ou dits normaux semble évidente et devrait entraîner cette conséquence dans l'analyse.

Peut-être y a-t-il un rapport entre la difficulté où nous sommes de récupérer le transfert du psychotique et l'analyse du noyau psychotique des futurs psychanalystes. Cette partie de l'analyse orthodoxe est en effet enfouie, et censurée de façon plus décisive que les parties plus " névrotiques ". Ce sont nos patients psychotiques, sans doute, qui nous aident à poursuivre cette partie de notre auto-analyse.

REFERENCES

- Arlow. J. A. et Brenner. Ch. " The psychopathology of the Psychoses ". A proposed revision. *Int. J. Psycho-Anal.* 1969, 50, 5-14 (bibliogr.)
- Balint. M. " Amour primaire et Technique Psychanalytique ". Payot. Paris 1972.
- Fromm-Reichmann. F. " Notes sur l'évolution du traitement des schizophrènes par la psychothérapie analytique ". *Rev. Fr. Psychanal.* 1958, XXII,1, 37-56.
- Kestemberg. J. " Notes sur le traitement par le psychodrame analytique des malades psychotiques hospitalisés ". *Rev. Fr. Psychanal.* 1968,3,555-567.
- Lagache. D. " Le problème du transfert ". *Rev. Fr. Psychanal.* " 1952 XVI 1-2.
- Laloue. R. " Ce que Freud a dit sur la Psychose ". *Th. 3e cycle Univ. de Bordeaux-II*, 1973. Matussek. P. " La Psychothérapie des Schizophrènes ". *La Psychanalyse* 4, 1958, p. 320-333.
- Nacht. S. et Racamier. P. C. " La théorie psychanalytique des délires ". *Rev Fr. PsychanaL* 1958, XXII, 4-5.
- Resnik. S. " Le Moi, le Self et la relation d'Objet ". *Documents et Débats* 7, Déc. 72. 7-47.
- Resnik. S. " Une crise de négativisme catatonique ". *Rev. Fr. Psychanal.* 1959 XXIII 1, 103-115.
- Schweich. M. " Principes d'action thérapeutique de la psychothérapie des schizophrènes hospitalisés ". *La Psychanalyse* 4, 1958, 135-151.
- Searles. H. " Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects ". *New York Inst. Univ. Press.* 1965, 797 pp. analysé par Margaret Little in *Int. J. Psycho-Anal.* 1967, 48, 112-117.
- Sechehaye. " Le transfert dans la réalisation symbolique ". *Rev. Fr. Psychanal.* 1956, 4, 479-493.
- Tausk. V. " De la Genèse de l'"appareil à influencer" au cours de la Schizophrénie ". trad. *Laplanche, Lehmann, Smirnoff.* " La Psychanalyse " 4, PUF 1958.
- Woodbury. M. A. " Object Relations in the Psychiatric Hospital ". *Int. J. Psycho-Anal.* 1967 - 48, 83-87.

**LE PREMIER PARCOURS PSYCHANALYTIQUE D'UN HOMME RELATE PAR
FREUD : APPORT A SON AUTO-ANALYSE**

Eva Rosenblum

En hommage à Daniel Lagache qui m'a
initiée à l'expérience du transfert.

Pour retracer l'évolution de la pensée de Freud sur le transfert, disent Laplanche et Pontalis (1967) dans leur article sur le transfert, il faudrait, "allant au-delà des énoncés, retrouver **le transfert à l'oeuvre dans les cures** dont l'exposé nous a été transmis". Cette idée m'a inspiré le présent travail.

J'ai choisi une des premières cures de Freud qui, à ma connaissance, n'a jamais fait l'objet d'une étude dans la littérature : celle de "Herr E.", Monsieur E.

Il est vrai que l'exposé de cette cure ne nous a pas été transmis, mais Freud (1950 a) en parle - d'une façon tout à fait sporadique d'ailleurs - dans ses lettres à Fliess entre 1895 et 1900, donc pendant une période de cinq ans. Il est probable que cette cure avait été déjà entreprise avant 1895. C'est seulement en 1897 (L.57) (*) que Freud désigne ce cas : "Monsieur E.". Mais par recoupement, j'ai pu identifier des traces de ce traitement dans trois lettres antérieures (L.33,34,52). La composition des fragments permet une certaine reconstitution du parcours. C'est le premier parcours psychanalytique relaté de la cure d'un homme dans l'histoire de la psychanalyse.

Commencée déjà à l'époque qui précède l'auto-analyse de Freud, cette cure se poursuit tout au long de sa propre expérience vécue. Je dégagerai l'apport de cette cure à son auto-analyse.

Parmi tous les cas que Freud a traités avant et pendant cette période : Emmy von N. (en 1888 ou 1889), Lucy R. et Elisabeth von R. (en 1892), Katharina (en 189-) et Dora (en 1900), et d'autres, c'est le seul qui ait été suivi pendant cinq années ou même davantage (Freud, 1895 d). Je rappellerai pour mémoire que c'est

(*) L. suivi d'un chiffre désigne la lettre dans la correspondance avec Fliers, cf Bibliogr. (1950 a).

pour des raisons d'ordre transférentiel que le traitement de Dora a dû être interrompu après trois mois (Freud, 1905 e (1901).

Si Freud a rédigé les exposés de ces cas après l'achèvement de la cure, les quelques fragments de celle de Monsieur E. ont été rapportés à Fliess **sur le vif**. Si les autres récits sont comparables à des films produits pour un public anonyme, le cas E. consiste en quelques "instantanés" à l'intention de Fliess.

Ce cas a intéressé Freud tout particulièrement. Selon lui, il s'agissait d'une hystérie sur laquelle se sont greffés des traits paranoïdes. Freud parle de "Beachtungswahn" (1950 a, L.33) : "des idées délirantes de se faire remarquer" (*) dans certaines situations. La symptomatologie du patient ne fera pas l'objet de ce travail, mais je me référerai à certains fragments nécessaires à cette étude.

Le seul parcours psychanalytique que Freud relate à Fliess est donc celui d'un **homme**. Les autres traitements de cette époque ne sont évoqués que très succinctement. Edith Buxbaum (1951) dans son travail remarquable "L'interprétation des rêves de Freud à la lumière de ses lettres à Fliess", a montré que Fliess a joué un rôle important en tant que figure transférentielle dans l'auto-analyse de Freud. Le rôle de Fliess dans cette cure préfigure aussi en quelque sorte celui de nos actuels "superviseurs".

L'analyse de ce patient confirmera Freud dans sa théorie de la séduction sexuelle et il attend de ce cas l'explication du refoulement.

Dans toute la correspondance avec Fliess qui s'étend sur quinze ans (1887 - 1902), je n'ai rencontré l'expression **transfert** (Übertragung) qu'une fois : quand Freud parle de Herr E. en avril 1900 (L.133). "Je commence à comprendre, dit Freud, que l'apparente durée infinie de la cure est quelque chose de normal qui tient au transfert". Nous suivons ici une note de E. Kris (L.133, n.1) : "c'est le premier aperçu du rôle du transfert dans la thérapie psychanalytique". Kris rappelle que Freud avait déjà rencontré des difficultés de cet ordre lors de ses cures hypnotiques. Freud (1925 d (1924) en parle dans son Autobiographie. Le cas Dora, rédigé en janvier 1901, nous fait connaître une expérience du transfert, neuf mois après cette lettre. Freud n'avait pas encore appris à maîtriser la technique du transfert. Dans la Postface à cet article, ajoutée plus tard (S.E. 7, 5), il développe pour la première fois sa **théorie du transfert**. Il parle des "transferts" au pluriel, de "fausse connexion" en tant qu'obstacles.

La remarque de Freud de 1900 sur "l'apparente durée infinie de la cure" fait penser à un de ses derniers travaux théoriques de psychanalyse "Analyse terminée et analyse interminable" (1937). (Traduction littérale du titre allemand : "Analyse terminable et interminable").

Par la suite j'ai trouvé que les Editeurs de la Standard Edition dans leur Note d'introduction à cet article, avaient fait le même rapprochement : "Il est intéressant de noter qu'au tout début de sa pratique, Freud était préoccupé par exactement les mêmes problèmes qui — pourrait-on dire — se sont étendus sur toute la durée de ses recherches analytiques" (Freud, 1937 c p.215). Et les Editeurs citent le passage de la lettre à Fliess en 1900. Ils pensent que le traitement de Monsieur E. a été commencé en tout cas depuis 1897 et probablement au moins depuis 1895. Le présent travail

(*) La traduction des passages cités des lettres a été refaite, en respectant littéralement le texte allemand.

ainsi que le commentaire de Freud (1900 a, pp. 435-8 et 452) à un de ses rêves : "Un autre rêve absurde du père mort", confirment cette hypothèse. En effet, le début se situe en automne 1895 ou avant cette date. Rappelons que le manuscrit de "l'Esquisse" a été envoyé à Fliess en Octobre 1895.

Il m'a paru intéressant de constater que cette lettre de Freud de 1900 qui annonce à Fliess la terminaison de cette cure (L.133), précède de quelques mois la rupture avec son ami. Serait-ce un hasard ou y avait-il un rapport entre ces dégagements parallèles? Ce sera un sujet de réflexion. Le rêve de Freud mentionné évoque certaines difficultés de cette cure, surtout celle de la durée (L.126). L'interprétation de ce rêve "absurde" ne pourra pas faire l'objet du présent travail. (voir aussi Schur, 1972, p.185).

De quel "transfert" s'agit-il dans la cure de ce malade? Du transfert du malade sur Freud, du transfert de Freud sur son malade, du contre-transfert de Freud, du contre-transfert du malade? C'est parfois inextricable. Par transfert de Freud sur son malade, nous comprenons le "transfert spontané" du psychanalyste vis-à-vis du patient, comme Daniel Lagache (1954, p.237) l'a appelé. Fliess est donc cet "autre", cet interlocuteur dont Freud a besoin pour relater son cas.

Dans la toute première lettre où il parle de son patient, Freud se montre déjà préoccupé de la durée de cette cure. En 1895 (L.33), il écrit : "D'ici '96 il faut que j'en ai terminé avec "mon honteux". L'expression "mon honteux", mise par Freud entre guillemets, comporte une nuance humoristique en allemand. Il faut dire ici que le malade est tourmenté par le fantasme d'être vu comme "déflorateur" de toutes les femmes, qu'il rencontre (L.105). A propos de "l'apparente durée infinie de la cure", Freud exprime son inquiétude à Fliess : "J'espère, dit-il, que le résultat pratique ne sera pas influencé par ces symptômes résiduels" (L.133). Dans "Analyse terminable et interminable" Freud comparera les résidus du transfert à des "fils d'une opération chirurgicale ou à des petits morceaux d'os nécrosés" qui s'éliminent après coup. Cette métaphore correspond à un **vécu corporel** douloureux de Freud à la même époque, qu'il exprime avec cet humour encore qui lui est propre, même dans une situation tragique. En 1938, il écrit à Max Eitingon : "J'attends l'os qu'on m'a promis, comme un chien affamé, sauf qu'il doit être un de mes propres os". (Schur, 1972, p.565). Et nous trouvons dans une lettre à Arnold Zweig en 1939 le passage : "Une fois déjà un fragment d'os s'est éliminé, on attend la répétition pour liquider cet incident..."(Freud, S. et Zweig, A., 1968). C'était quelques mois avant sa mort.

Revenons à la cure de Monsieur E.. La lettre de 1900 (L.133) à Fliess continue : "Il ne tenait qu'à moi de prolonger encore le traitement, mais je me doutais qu'il s'agissait d'un compromis entre le désir d'être malade et d'être bien portant, compromis que les malades souhaitent eux-mêmes. C'est pourquoi le médecin ne doit pas s'y prêter..." Freud continue : "La terminaison asymptotique du traitement (et non asymptotique comme dans la traduction française), m'est indifférente en soi, mais constitue malgré tout une déception de plus pour l'entourage. D'ailleurs je ne perdrai pas cet homme de vue. Comme il a dû faire les frais de toutes mes erreurs techniques et théoriques, je pense pouvoir mener à bien un cas prochain en moitié moins de temps". Freud avait l'impression que la durée de la cure dépendait surtout de la maîtrise du transfert. Et il termine sa lettre sur une note humoristique : "Que le Seigneur m'envoie alors ce nouveau cas! ...". Il espère finir ce traitement à Pâques et, toujours sur le mode humoristique, Freud écrit à Fliess : "Si pour conclure je disais : Pâques prochaines à Rome" - vœu calqué

sur celui des juifs pratiquants pendant le rituel pascal : l'an prochain à Jérusalem - "je me sentirais comme un juif orthodoxe". Guy Rosolato m'a fait remarquer l'hérésie que le vœu "Pâques prochaines à Rome" pouvait exprimer pour Freud qui se corrige d'ailleurs en ajoutant : "Disons plutôt à cet été ou à cet automne à Berlin...". La rencontre avec Fliess devrait-elle combler un vide? Cette peur de la séparation et de la perte se retrouvent comme un fil rouge dans les souvenirs d'enfance de Freud.

Quels sont les "transferts" en jeu dans la cure de Monsieur E.? Comment le jeu transférentiel a-t-il pu aider Freud à "découvrir" (L.126), ou à redécouvrir, comme le pense Jones (1970), sa soi-disant "phobie du train"?

Je tenterai une reconstruction partielle de cette cure à partir de quelques fragments, pour examiner de quelle façon Freud a découvert de nouveaux éléments de sa propre névrose. Dans une lettre (L.126) qui précède de quelques mois la lettre déjà citée, Freud fait part à Fliess d'une découverte : "Profondément ensevelie sous tous les fantasmes, nous avons trouvé une scène remontant à l'époque originaire, ("Urzeit"), avant l'âge de vingt-deux mois, une scène qui satisfait à toutes nos exigences et dans laquelle débouchent toutes les autres énigmes encore irrésolues... une scène tout à la fois sexuelle, anodine, naturelle, etc...".

La métaphore de l'époque originaire dans laquelle "débouchent" toutes les énigmes, m'a paru significative. Nous verrons pourquoi. Et Freud continue : "J'ose à peine y croire vraiment. Tout se passe comme si Schliemann avait de nouveau mis à jour cette ville de Troie que l'on croyait légendaire. Avec tout cela, ce gars (Herr E.) se porte effrontément bien".

Je voudrais attirer l'attention sur le jeu de mots humoristique en allemand : en 1895 (L.33), Freud désigne son patient par "mon honteux", "mein **Verschämter**". En 1899, il dit ; "avec tout cela ce gars se porte effrontément bien", "dabei geht es dem Kerl **unverschämt** gut". Unverschämt signifie littéralement : de façon éhontée. "Par un tournant surprenant (de son analyse), il m'a confirmé la réalité de ma théorie sur mon propre corps en me fournissant... la solution de ma phobie du train de jadis, solution qui m'avait échappé... Ma phobie était donc un fantasme de devenir pauvre ou plutôt une **phobie de la faim** ; elle provenait de ma gloutonnerie infantile et avait été provoquée (ravivée) par le manque de dot de ma femme ce dont je suis fier". Et il termine cette lettre : "cette année j'apprends aussi ce que c'est d'avoir froid... Tout gelé je ne puis guère écrire dans mon trou de cave" (L.126). Le manque de chaleur dont il se plaint, rejoint ses peurs de manquer de nourriture et d'argent. Freud avoue à Fliess sa peur inlassable de la pauvreté et du dénuement complet, "hilflose Armut". Il se compare à un cheval qui a été capturé avec un lasso dans sa jeunesse (L.119).

Comment Freud a-t-il pu situer la scène dont nous avons parlé? C'est à vingt-deux mois, -je l'ai trouvé par recoupement dans une lettre de décembre 1 896 (L.52) - que ce patient avait perdu sa mère. Le patient y figure sous une forme anonyme. A l'époque de la cure il "pleurniche encore dans son sommeil comme jadis quand il voulait que sa mère le prenne dans son lit" (L.52). Le besoin de chaleur exprimé par le malade a amené Freud à sa propre "phobie de la faim". Le patient "débouchait" pour ainsi dire dans le lit de sa mère. En parlant des accès de sommeil des malades qui se rendorment pour revivre l'expérience sexuelle originaire pendant le sommeil, Freud dit que ces accès, comme aussi les accès de vertige, visent un

autre, le plus souvent cet autre préhistorique inoubliable qui n'aura plus jamais d'égal. Ainsi s'explique le symptôme chronique du besoin impérieux de se mettre au lit, la "Bettsucht". Quelquefois ces malades présentent des évanouissements hystériques, dit Freud (L.52).

Qui est donc cet "autre préhistorique"? Selon ce que Freud nous dit ailleurs sur "l'auteur (Urheberin) de sa propre névrose", c'est la "vieille femme laide, mais intelligente", sa vieille bonne d'enfants (L.70).

Un mois environ avant la fin du traitement de Monsieur E. en mars 1900 (L.130), Freud avoue à Fliess que de toutes ses cures, celle de ce patient lui paraissait la plus prometteuse... "aussi est-ce de lui que me vient le plus grand choc... la solution m'échappe", lui dit Freud. Et il tombe dans la dépression, assailli par des doutes. Le malade devient pour Freud un esprit tourmenteur. C'est au point qu'il devient incapable de travailler. Il craint de succomber lui-même, et ceci jusqu'à ce que Freud - et je reviens à la lettre d'avril 1900 (L.133) - réussisse à "presque" résoudre (Freud souligne "presque") le problème que le malade posait. Il craint que sa théorie sur la séduction sexuelle soit fausse.

En avril 1900, Monsieur E. "termine sa carrière de patient" en passant une soirée à la maison de son analyste. "Terminer sa carrière" évoque la vieillesse, voire la mort! C'est Freud qui perd son malade.

Revenons à la "phobie du train". Jones (1970 1, p.336) trouve "bizarre" que Freud considère que c'est ce malade qui lui ait fait découvrir la solution de sa phobie des voyages (L.126), deux ans après que Freud l'ait déjà fait lui-même, tel qu'il le rapporte dans sa lettre à Fliess le 3 décembre 1897 (L.77). Cette lettre est interrompue par une "journée critique" et rédigée deux jours après seulement! Freud avait-il vraiment, comme le pense Jones, déjà découvert auparavant cette solution? Serait-ce un oubli?

Que contient en fait cette lettre? Freud, ce jour du 3 décembre, deuxième anniversaire de la petite Anna Freud, a eu le plaisir de la visite d'Ida Fliess, la femme de son ami, qui suggère à Freud rien de moins qu'une rencontre à Breslau (!) avec le couple Fliess, rencontre que Freud associe à sa nostalgie de Rome. C'est comme si Ida Fliess avait induit cette nostalgie de Breslau, de cette ville tellement investie par Freud. Rappelons en effet qu'en quittant Freiberg pour Leipzig à l'âge de trois ans environ, il aurait vu pour la première fois les flammes des becs de gaz à la gare, ce qui aurait évoqué des âmes brillant en enfer. Sa culpabilité oedipienne aurait ressurgi (L.77). Il est probable que c'est à Breslau que l'enfant Freud ait vu pour la première fois une gare de chemins de fer. Le train passait seulement à 18 km de Freiberg. (*)

Et Freud écrit à Fliess : " La peur des voyages, que j'ai vaincue, vient **aussi** de là ". Je souligne " aussi ", car Freud sent en 1897 déjà, qu'il lui reste encore une autre source à découvrir. Les flammes auraient évoqué les menaces d'aller en enfer, menaces proférées par sa bonne d'enfant, la " vieille préhistorique ", des punitions qui sanctionneraient ses péchés. Rappelons que c'est à trois ans environ, à Breslau aussi, que Freud a aperçu sa mère "nudam", couchant dans la même chambre (L.70).

C'est l'unique fois où Freud évoque dans sa correspondance, ou du moins

(*) Communication personnelle du Docteur Renée Gicklhorn, Université Vienne.

dans ce qui en est publié, une visite d'Ida — alors que par surcroît elle lui suggère ce qu'on pourrait appeler, une rencontre avec son passé. La moitié des lettres seulement a été publiée jusqu'ici. Et Freud termine cette lettre à Fliess où il parle de cette visite, en citant le mot de Méphistophélès : " Ce que tu sais de mieux, tu ne dois pas le dire à ces garçons ". Cette citation du Faust si significative pour Freud, a été reprise quatre fois (!) dans son oeuvre : deux fois dans " Interprétation du rêve " et une fois dans son " Allocution dans la maison de Goethe à Francfort en 1930 ". " Dommage, dit Freud, qu'il faille toujours avoir la bouche cousue pour ce qu'il y a de plus intime ". Nous sommes en droit de nous demander ce que représentait pour Freud à ce moment là, Ida, femme de son ami-ennemi Fliess, qui était pour lui cette figure paternelle en même temps que celle de son ami-rival de son enfance, son neveu John. Ida, viennoise, parlait le même dialecte que Freud, alors que Fliess, le berlinois, ne le comprenait pas. Freud y faisait allusion dans une lettre (L.90) : " Ida t'expliquera le mot ". Et comme par hasard il s'agit du mot manquer (hapern) ! Il ressort aussi de la correspondance que Freud comparait sa situation matérielle avec celle de Fliess qui avait épousé une viennoise fortunée, tandis que Martha Bernays, venant d'Allemagne, ne lui avait apporté ni dot, ni relations dans la société de Vienne.

La visite d'Ida met Freud en état " d'euphorie ", ce qui lui inspire des idées nouvelles qui lui échappent avec la disparition d'Ida. Freud attend leur " re-naissance " (Wiedergeburt) et il évoque dans la même lettre un fantasme de grossesse : " Je dois attendre que ça remue en moi ". Et tout ceci le jour de l'anniversaire de sa fille Anna qui, en effet, réalisera la re-naissance des idées de Freud. Ida semble représenter pour Freud une figure maternelle conflictuelle. L'idée de l'apparition et de la disparition est exprimée explicitement dans un passage de cette lettre (L.77), passage publié récemment seulement par Max Schur (1972, p.542). Ceci rappelle le " souvenir-écran " de l'apparition et de la disparition de la jeune mère de Freud pendant la grossesse avec sa soeur Anna. Et tout cela se passe lors de l'anniversaire de sa fille Anna ! — Freud écrit à Fliess : " Hier soir ta gentille femme... était chez nous et nous a apporté la brève illusion d'une vie commune agréable, illusion qu'elle a remportée avec sa disparition. De telles interruptions de la solitude ont un effet bénéfique, en nous rappelant combien, en effet, il est difficile de renoncer ".

Dans la relation transférentielle avec Fliess, Freud avait donc saisi sa peur des voyages au niveau oedipien, et ceci aussi à travers la visite d'Ida.

Par contre, dans la relation transférentielle avec ce malade, Freud arrive à comprendre cette peur à un niveau plus archaïque, au niveau prégénital, au niveau de la relation duelle avec la mère. C'est à travers cette cure que Freud reconnaît alors sa peur des voyages comme " phobie d'appauvrissement ou plutôt comme phobie de la faim ". (L. 126). Il s'agit de ce que j'appellerai la faim originelle, la faim orientée vers sa mère.

Si nous " écoutons " pour ainsi dire, les " Souvenirs-écran " qui paraissent à la même époque (1899 a), comme s'ils étaient un discours analytique, nous nous apercevons que Freud fait suivre le récit des expériences vécues à Breslau d'un autre souvenir, à savoir, celui de l'accident dû à sa " glotonnerie ". Voulant attraper quelque gourmandise dans l'office, le lieu où sa mère garde la nourriture, l'enfant tombe du tabouret et se blesse le visage. Freud, on s'en souvient, situe ce

souvenir-écran " avant l'âge de deux ans ", c'est-à-dire avant la naissance de sa soeur Anna.

Monsieur E. exprime par son symptôme son désir de rejoindre sa mère dans son lit, sa mère qu'il avait perdue à l'âge de vingt-deux mois. C'est Freud qui le relève. Le conflit infantile du malade ne correspondrait-il pas au conflit infantile de Freud ? Lorsque Freud avait vingt-deux mois, sa mère était enceinte d'Anna. Il raconte qu'après l'accouchement la vieille bonne que le petit garçon aimait tant, a été mise en prison pour une affaire de vol (L. 71). Dans cette recherche je me tiens uniquement au récit de Freud, sans tenir compte des recherches récentes sur la " réalité " historique. Ces découvertes sont fort intéressantes dans la mesure où Freud a déformé fantasmatiquement sa préhistoire. Ici, nous étudions l'histoire fantasmée de Freud. La recherche des raisons de ces changements fera l'objet d'un travail ultérieur.

Revenons à la dynamique du transfert dans cette cure. Je me demande si Freud ne s'est pas, par moments, identifié à son patient. Freud n'a-t-il pas revécu dans cette cure sa propre angoisse de séparation, voire sa propre peur de perdre cette figure maternelle, la " vieille préhistorique " qui était d'autant plus importante pour lui que la grossesse de sa mère a pu renforcer la peur d'abandon ? " Quand je ne retrouvais pas ma mère, j'avais peur qu'elle ait disparu comme la vieille peu de temps avant ", dit Freud dans une lettre à Fliess (L. 71). Si l'enfant Freud était encore allaité, comme c'était souvent le cas dans ce milieu et à cette époque, le début de la grossesse aurait provoqué en plus la séparation du sein maternel. Ce dernier point n'est qu'hypothétique. Les " Souvenirs-écran " recouvrent donc des scènes antérieures à vingt-deux mois, que cette cure lui a permis de découvrir.

Bien que l'enfant Freud ait quitté Freiberg avec sa famille proche, ce départ représentait pour l'enfant d'environ trois ans, une séparation d'avec son nid : de son foyer, de ses objets investis, de la campagne, de la famille Fluss... La date de la séparation de ses demi-frères, Philippe et Emmanuel, et de leur famille n'est pas encore constatée avec certitude. L'événement de la perte de la " vieille préhistorique " qui a eu lieu peu avant, a été condensé avec ce départ, comme E. Buxbaum (1951) l'a déjà remarqué. Les " Les Souvenirs-écran " traduisent tout au long cette nostalgie du nid. Selon Freud il est arrivé une " catastrophe " dans la branche industrielle de son père. Depuis, nous savons que cette " catastrophe " n'existait que dans la fantasmatique de Freud. Quant à Jones, il s'est vraisemblablement appuyé sur le récit fantasmé de Freud, récit qui évoque " Vérité et fiction " de Goethe.

Ce même mot " catastrophe " revient sous la plume de Freud lorsqu'il confie à Fliess sa peur des " catastrophes ferroviaires ". C'est la perte de la sécurité à différents niveaux qui représente pour Freud une " catastrophe ". Cette crainte de la perte n'aurait-elle pas intensifié sa " libido versus matrem ", exprimée en latin, ce premier lieu de sécurité (L. 71) ? L'auto-analyse permet à Freud d'entreprendre son voyage à Rome en Septembre 1901, donc quelque temps après la terminaison de l'analyse de son patient.

En conclusion, à partir des fragments dispersés d'une des premières cures psychanalytiques de Freud, j'ai tenté de dégager l'expérience transférentielle et contre-transférentielle vécue par lui. Dans les notes sur ce cas, nous avons trouvé les premières réflexions sur le transfert, à savoir, les réflexions sur le rapport du

transfert avec la durée de la cure : une idée que Freud reprend à la fin de sa propre existence, dans " Analyse terminable et interminable ". Par le rapprochement d'un vécu transférentiel de son patient avec son propre vécu, le désir du retour à la mère, Freud découvre un nouvel aspect de sa " phobie du train ", qu'il assimile à l'angoisse **de la faim originelle**.

Certains éléments des " Souvenirs-écran ", comme la perte de la sécurité par la séparation de son lieu de naissance et la nostalgie de retour, tendent à confirmer cette interprétation auto-analytique de Freud.

En cherchant l'évolution de la pensée de Freud sur le transfert avant sa formulation théorique, j'ai pensé à la petite anecdote juive :

Un homme, appelons-le David, tout seul dans la nuit cherche quelque chose sous l'unique réverbère qui est allumé... Un passant voit qu'il cherche et qu'il cherche sans trouver quoi que ce soit... Il l'observe longtemps et enfin il lui demande : " Vous avez perdu quelque chose ? " Oui, répond David, un florin, à travers ma poche trouée. " Mais... lui demande le passant, vous l'avez perdu ici ? Et David lui répond : " Oh **non** mais c'est ici qu'il y a de la lumière. "

Résumé

Pour éclaircir l'évolution de la pensée de Freud sur le transfert avant la formulation théorique, l'auteur reprend une des premières cures psychanalytiques relatées, en rassemblant les fragments dispersés à travers les lettres à Fliess. Dans les notes sur ce cas, " Herr E. ", qui n'a pas encore fait l'objet d'une étude dans la littérature psychanalytique, se trouvent les premières réflexions sur le transfert dans l'œuvre de Freud.

L'auteur discute l'implication personnelle de Freud dans cette cure qui a duré cinq ans ou plus. Le rapprochement de l'expérience transférentielle et contre-transférentielle vécue par Freud, des " Souvenirs-écran " et de sa correspondance avec Fliess, permet de dégager un nouvel aspect de sa " phobie des chemins de fer " et de sa relation avec sa mère dans les deux premières années.

REFERENCES

- Buxbaum. E. (1951). " Freud's dream interpretation in the light of his letters to Fliess ", in *Bull. Menn. Clin.*, 15, 6, pp. 197-212. Rééd. (1952) in *Yearbook Psychoanal.*, 8, 56-72.
- Freud. S. (1895d). " Etudes sur l'hystérie ", Paris, P.U.F., 1956.
- Freud. S. (1899a). " Ueber Deckerinnerungen " (A propos des souvenirs-écran). *G. W.* I, p. 540. Article non traduit en français.
- Freud. S. (1900a). " L'interprétation des rêves ". Paris, P.U.F., 1967.
- Freud. S. (1905e (1901). " Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora " — in *Cinq psychanalyses.* Paris, P.U.F., 1966, p. 86.
- Freud. S. (1925d (1924). " Ma vie et la psychanalyse ". Paris, Gallimard, 1950, p. 54.
- Freud. S. (1937c). " Analyse terminée et analyse interminable ", in *R.F.P.* 1938-1939, 10-11, n° 1, pp. 3-38. S.E. 23. Note d'introduction, pp. 211-215.
- Freud S. (1950a). " Aus den Anfängen der Psychoanalyse ". *Briefe an Wilhelm Fliess, Abhandlungen und Notizen*, 1887-1902. Frankfurt/M., Fischer 1962.
- Freud. S. (1950a). " La naissance de la psychanalyse ". Lettres à Wilhelm Fliess, Notes et plans. (1887-1902). Paris, P.U.F., 1969.
- Freud. S. et Zweig. A. (1968). " Correspondance " (1937-1939). Paris, Gallimard, 1973, p. 218.
- Jones. E. (1953). " La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud ", I, Paris, P.U.F., 1970.
- Lagache. D. (1954). " La doctrine freudienne et la théorie du transfert ", in *Acta psychotherapeutica*, II, 3/4, pp. 228-49.
- Laplanche. J. et Pontalis. J.-B. (1967). " Vocabulaire de la psychanalyse ". Sous la direction de Daniel Lagache. Paris, P.U.F., Univ. de France, 1968.
- Schur. M. (1972). " Freud : Living and dying ". London, *Hogarth Press and Inst. of Psychoanalysis*.

VECU CORPOREL ET TRANSFERT*NICOLE BERRY*

" L'homme ne s'appartient qu'à demi, l'autre moitié est expression ".

R. MUSIL

Les réactions corporelles viennent-elles, comme des parasites, brouiller le discours du patient, sont-elles à prendre comme des équivalents de symptômes, apparaissant transitoirement, et que l'interprétation, comme pour Ferenczi, vise à faire disparaître, ou sont-elles un autre langage et même davantage ?

Mon hypothèse sera qu'elles contribuent à structurer le transfert. Ecran révélateur, ou, au contraire, langage direct, les réactions corporelles, les sensations ressenties au cours d'une séance, le vécu corporel, sont un matériel à " entendre avec l'œil ", comme le dit Masud Khan, des " signaux émis par le corps, qui constituent les données de la communication totale ".

De même que le rêve, nous disait Pontalis, n'est pas un matériel à privilégier, les réactions et le vécu corporels s'intègrent dans l'expérience analytique totale. Comme le rêve, ils permettent un accès plus direct à l'inconscient. Mais, si le rêve évoque le passé, nostalgie d'un temps perdu dont le patient use pour détourner son désir de la relation immédiate avec l'analyste, le vécu du corps est ici maintenant et s'adresse directement à l'analyste.

Et si l'analyste parle de ce qu'il voit, qu'il jette un regard furtif sur le divan, ou bien qu'il examine délibérément, à moins qu'il n'ait installé un dispositif spécial pour, qu'à travers des miroirs, rien ne lui échappe, il transgresse peu ou prou la règle analytique qui est, pour lui, l'écoute.

Et si je vous dis ce que je regarde, je me montre. Qu'un corps d'homme ou de femme vienne s'allonger sur mon divan ne peut m'être indifférent.

Que je vienne à surprendre une coïncidence, ou une discordance signifiante entre ce que j'entends, que le patient dit pour moi, et ce que je vois, à son insu, que je lui dérobe, par conséquent, c'est là où s'ébauche mon plaisir d'analyste. Que, de plus, ce que j'ai surpris rencontre mon propre fantasme, appelons-le contre-transférentiel, cela m'intrigue, m'intéresse, me plaît. " Le lieu de jouissance

n'est-il pas là où le vêtement baille ", je cite, à peu près, Barthes. " Le plaisir du texte n'est pas un élément du texte, il ne dépend pas d'une logique de l'entendement ; c'est une dérive, quelque chose qui est révolutionnaire ". Ainsi, l'attitude corporelle de l'analysé est-elle une dérive par rapport au langage verbal, dérive signifiante qui engage analyste et analysé dans leur travail, leur angoisse et leur plaisir.

Si, pour comble, je vous imagine spectateurs de mon plaisir, il ne me reste plus qu'à espérer que vous y preniez vous-même quelque plaisir.

Il est frappant, qu'à propos de la conversion dans la cure, on parle, le plus souvent, de phénomènes de conversion vécus en dehors des séances et rapportés par le malade. L'exposé de Widlöcher* fut à cet égard une exception. Masud Khan le signale : aucun article ne mentionne le fait que notre compréhension et notre expérience vécue concernant un patient puissent être enrichies en regardant le sujet en tant que corps. A entendre ou lire certains analystes, on a parfois l'impression qu'ils parlent d'esprits flottants au-dessus du divan.

Pourtant, Freud appliqua d'abord la méthode analytique à des malades atteints d'hystérie de conversion : l'analyse naquit des paroles du corps.

Divan d'examen, lit chaud et douillet, nacelle emprisonnante, gril aux charbons ardents, grabat dur, lit à barreaux d'enfant, bras de la mère, corps de la mère, corps ou bras du père, tapis volant des contes pour enfants, le divan qu'offre l'analyste à son malade n'est jamais seulement qu'un divan analytique. Le patient s'y allonge, c'est la règle, lui dit-on, alors il fantasme sur cette règle, cette position, et ce divan. Je veux dire que d'emblée, l'aménagement matériel de la cure suscite des fantasmes que l'on retrouve couramment chez tous les patients. Ces fantasmes me paraissent concourir à l'instauration du transfert.

Je supposerai admise l'existence de plusieurs niveaux de transfert concomittants, et je parlerai de trois types de relations fantasmatiques qui me paraissent prévaloir.

Puis, j'essaierai de définir la fonction du vécu corporel par rapport au transfert, au moyen de trois cas cliniques.

" L'homme ne s'appartient qu'à demi, dit Musil dans " l'Homme sans qualités ", l'autre moitié est expression ". Le patient le sait et se sent toujours observé. " Je me demande bien quelle tête vous faites ", me dit une patiente, " je me sens en infériorité : vous me voyez et moi, je ne vous vois pas vous avez quelque chose de plus que moi. Je me sens comme si je n'avais pas d'habits, à être ainsi allongée sous vos yeux. Je ne vous vois pas, vous pourriez vous moquer de moi ". L'analyste a quelque chose de plus que le patient, étalé nu dans sa castration. Et s'il se garde toujours d'utiliser ce qu'il voit dans son interprétation à moins que le patient, en verbalisant, ne l'y invite — n'est-ce pas parce qu'il craint d'abuser d'un pouvoir qui risquerait d'avoir des résonances persécutives. L'analyste est ressenti comme le parent qui **surveille**.

La plupart des gestes du patient sur le divan peuvent avoir une fonction de substitution aux gestes masturbatoires : une satisfaction y est impliquée, qu'il

* Journée commune de la SPP et l'APF, novembre 1972.

s'efforce de nier ; ainsi, une patiente enfilait inlassablement au cours des séances, les minuscules perles de son collier. Les exemples ne manquent pas. Lagache évoquait souvent ce rôle sur-moïque de l'analyste, conseillant de ne jamais risquer d'interrompre ou de donner au patient l'impression d'être surpris. Si d'ailleurs, les patients imaginent si souvent leur analyste se masturbant derrière eux, n'est-ce pas là une projection de leur propre désir ?

Par rapport à cette dimension persécutive, **la parole est une défense** : le malade parle pour captiver l'analyste, il parle pour ne pas être regardé.

Le réciproque me semble vraie : le corps de l'analysé agresse l'analyste dans sa personne corporelle, et l'analyste écoute pour se défendre contre cette intrusion. Le corps de mon patient parle, ça parle, le ça de mon patient me parle ou plutôt, le ça de mon patient parle à mon ça.

Le transfert se vit à plusieurs niveaux en même temps et le niveau de la parole n'est pas celui du vécu corporel. Celui-ci implique une relation d'objet plus précoce et une position plus régressive. La parole s'adresse à l'analyste, image fantasmatique de l'un des parents ou d'une autre personne, le corps s'adresse à la mère de la toute première enfance. L'expression corporelle est primaire par rapport à la parole et nous reporte à la période que Winnicott a appelé le " holding " : c'est à la mère de comprendre les signaux émis par le corps et d'y répondre de façon adéquate. Cette époque est celle où l'enfant ne parlait pas encore. Je pense que cette demande existe chez tous les patients qu'ils soient psychotiques ou névrotiques. Ainsi une malade, en début d'analyse, me dit un jour : " Cela me plait bien qu'on m'écoute me taire ". Une autre malade, étudiante en médecine, me parlant de ses ambitions et de sa rivalité avec sa soeur, avait répondu, à plusieurs reprises à mes interventions au niveau oedipien, non sans quelque humour, quelque chose comme : " chapeau "... En même temps, cette jeune fille s'étalait voluptueusement sur mon divan, s'y enfonçait, tripotait de ses doigts le coin de l'oreiller, et évoquait en même temps ses vacances d'enfant avec sa mère, évocations apparemment suscitées par tous les bruits perçus pendant les séances. L'analyste, à ce niveau, est la mère qui **veille**.

La régression me semble ici avoir une double fonction : défensive par rapport à la problématique oedipienne et à l'angoisse de castration, mais apportant une satisfaction par rapport à la frustration qu'impose le silence de l'analyste. Et une fonction dynamique : elle ouvre la voie à une relation transférentielle d'un autre niveau que le niveau oedipien. La prise de possession du divan par le corps de l'analysé est un appel à la présence silencieuse de la mère lorsqu'elle veillait son enfant. C'est pourquoi la présence vigilante de l'analyste me paraît encore plus importante avec les malades silencieux.

La tentation de la régression est souvent ressentie comme dangereuse et angoissante. Cela est évident sans doute chez les psychotiques ; cela est habituel chez la plupart des malades : la nécessité de mobiliser des défenses contre le désir homosexuel passif est plus ou moins impérieuse selon la force de la tendance à la passivité. Cette défense se traduit, le plus souvent, par l'usage qui est fait de la parole : parler c'est se montrer actif et indépendant, voire, capable de maîtriser seul son propre cas.

L'abandon du corps sur le divan, s'il correspond à la position la plus régressive, à savoir le désir de fusion, évoque souvent **la mort** pour les patients. Une

malade qui avait vécu son enfance comme morte, à côté d'une mère glacée, avait l'habitude de s'allonger sur le divan dans la position dite " posture du cadavre " dans les exercices de yoga. Afin d'éviter d'attaquer cette mère et de lui ressembler, elle s'était identifiée à la Vierge Marie. Après deux ans d'analyse, elle put me dire : " j'avais un haut du corps sans poitrine, et un bas du corps en guimauve ". Etre comme une morte sur le divan était une façon de ne pas m'agresser. Se livrer à moi comme, victime masochiste, une défense contre son désir homosexuel. Enfin, être morte pouvait lui éviter le danger de la castration.

Par rapport au fantasme de la mort, et au cours de la phase dépressive, lorsqu'elle est revécue dans l'analyse, la parole correspond à une défense maniaque : remplir la séance, remplir l'analyste, " faire fonctionner " l'analyste, aide le patient à lutter contre la solitude, la mort et la dépression.

Fonction du vécu corporel

Pour Ferenczi, les réactions corporelles sont toujours l'expression de la résistance : ces mouvements ou ces sensations sont des " symptômes " : " expression des mouvements affectifs et intellectuels inconscients ", qui apparaissent " si les idées ou affects que l'analyste rapproche de la conscience sont trop pénibles ; la quantité d'excitation qui les accompagne et qui ne peut plus être refoulée se manifeste sous forme de " symptômes ". Ces réactions sont des conversions, elles expriment à la fois le désir et la défense.

Une de mes malades, Bernadette, ressentait régulièrement au cours des séances, un besoin d'uriner et me demandait, seulement à la fin des séances d'aller aux toilettes : ce " symptôme " exprimait à la fois l'aspect défensif : ne pas interrompre la séance, comme ne pas interrompre les parents lorsqu'elle couchait dans leur chambre, et la pulsion destructrice dirigée contre le couple parental et surtout la mère. Le divan pouvait être là considéré comme substitut du corps de la mère.

Ferenczi, s'il souligne le rapport entre l'excès d'excitation lié à l'action de l'analyste et à sa présence, et le symptôme corporel transitoire, n'insiste pas sur ce rôle économique du vécu corporel. Les réactions corporelles spectaculaires que nous avons l'habitude de voir chez certains malades hystériques ont un rôle de décharge qui me paraît important : je pense à une malade dont les revendications à l'égard de l'analyste frustrante et de la mère hostile de son enfance explosaient en grandes scènes de pleurs, de cris et de gesticulations, par ailleurs sortes de célébrations en l'honneur de la mère attaquée.

C'est surtout lorsque le transfert est très ambivalent que les patients ont, me semble-t-il, le plus recours à l'expression régressive par le corps. J'en donnerai plus loin des exemples, mais j'évoquerai tout de suite le cas d'une jeune fille qui présentait des crises fréquentes de spasmophilie, en dehors des séances : elle parvint à me dire plus tard : " je vous aime à la furie ". Je suppose que c'est ma propre peur de la voir faire ces crises chez moi qui l'avait contrainte à les agir à l'extérieur.

J'envisagerai maintenant les trois aspects du transfert qui sont pour moi les plus importants :

La **répétition** qu'elle soit répétition du besoin ou besoin de répétition, comme Lagache l'a distingué.

La **réparation** au sens kleinien, mais j'envisagerai surtout la réparation du corps du sujet. Le vécu corporel dans l'analyse, douleur ressentie, ou bien-être éprouvé, correspond à une reprise de possession du corps : le corps est en vie, il n'a pas été endommagé. Si la prise de conscience, comme nous le disaient récemment Béjarano et E. Couty a pour fonction de " redonner un sens " aux premières expériences vécues elle passe par le vécu corporel qui est accessible le plus immédiatement aux affects : la vie du corps s'ordonne, prend un sens, devient harmonieuse. Certaines réactions ou sensations corporelles localisées ont pour fonction de réparer la partie du corps fantasmatiquement détruite selon la loi du Talion. J'en donnerai plus loin un exemple.

Je dois à Smirnoff la formulation claire de la **reconnaissance** : " introduction d'un registre symbolique qui permette au sujet de se reconnaître comme lui-même, face à un autre et grâce à l'autre, porteur du pouvoir à conférer au sujet son statut ". Ce besoin du sujet d'être reconnu dans son identité se retrouve dans chaque analyse : identité en tant que sujet, identité sexuée. Ainsi le but de la cure pourrait être de pouvoir habiter un corps et de pouvoir assumer le désir de ce corps en tant que sujet.

Je donnerai maintenant un premier exemple du **transfert vécu comme répétition**, c'est-à-dire d'une résistance à l'analyse, chez un patient dont les réactions corporelles furent pour moi étonnantes. C'est A . ce patient que je dois l'origine de mon intérêt pour cette question.

Il s'agit d'un homme de trente huit ans, hystérique, délinquant, et probablement pervers. Une année de psychothérapie en face à face avait permis certaines améliorations cliniques ; puis nous avions décidé l'analyse.

Je rapporterai le matériel brut d'une vingtaine de séances de cette analyse :

Première séance : il arrive très angoissé, avec des battements de coeur, peur de parler. Puis : " Je me sens bien. Seul, je ne peux jamais me détendre complètement, ici, je peux. J'ai l'impression que je descends en arrière une colline, très vite, que je m'enfonce dans le divan c'est très agréable (angoissant ?). J'entends mes bruits d'intestin ; aux w c , il faut toujours que je me vide entièrement. C'est pareil pour l'argent, il faut que je dépense tout ce que j'ai, tout lâché... et ici aussi, on dirait. Je me sens bien, même si vous ne parlez pas, il y a plus d'intimité, vous êtes plus proche, je n'aurais jamais pu vous dire cela en face à face ".

Deuxième séance : " J'ai du mal à faire surface après... On pèse lourd sur le divan ; je me sens de nouveau bien... Une femme m'avait dit que je n'avais pas les deux côtés de la figure pareils, que je n'avais pas de chance, j'étais anormal. Parce que je viens de sentir une asymétrie dans mon corps ".

Au cours de la quatrième séance, il me parle surtout d'une scène qu'il a eu avec son père pour la première fois : il a toujours réprimé son agressivité à son égard. Puis, en fin de séance : " de nouveau, je me sens descendre vers vous ".

Le jour suivant, il garde constamment une attitude interprétative et parle essentiellement de ses machines électroniques et des nouvelles connexions qu'il essaie d'imaginer.

Septième séance : Il se dit très satisfait de ses réussites professionnelles, se montre à moi un homme actif, capable de prendre des décisions. Puis, il se sent " détendu, se sent descendre à gauche, puis à droite et se sent tourner sur un axe ".

Il est très en retard le lendemain, très angoissé il a envie de vomir pendant toute la séance, puis il me dit qu'il n'a pas apporté d'argent.

Quelques jours plus tard, il exprime de nouveau son agressivité contre son père : il donnait beaucoup d'argent à ses maîtresses, sa mère en manquait ; il se souvient de son angoisse devant le placard vide, à la place où le tas d'argent se trouvait habituellement.

Dixième séance : il est en retard et en rit : il m'a joué un bon tour. Il me parle de ses affaires qu'il mène rondement. Puis il se sent l'estomac lourd, un poids sur les côtes, ou, plutôt, comme s'il était attaché. Il a envie de dormir, il ne " voit pas ses pensées ", ne peut parler, il est " comme quand il est mort ". Puis, de nouveau, il parle de ses affaires.

Le jour suivant, il se sent " dans un état proche du sommeil, il se sent aller en arrière... dormir chez vous "... me dit-il.

Douzième séance : A propos d'un conflit réel avec sa mère le matin, il avait toutes les veines de la main éclatées ; il a eu envie de cogner. Il se plaint d'avoir été angoissé hier, il y a quatre jours d'interruption dans l'analyse en fin de semaine. Je lui propose en fin de séance, de venir quatre fois : un silence, puis : " ça me fait un drôle d'effet ".

Le jour suivant, il me dit : " quand vous avez parlé d'une quatrième séance, j'ai été très angoissé, j'ai eu l'impression de perdre conscience, j'ai pensé à ce que ça me coûterait... toujours mon père et ses maîtresses. Puis, il me rapporte un rêve : " Mes deux maisons, ma maison et mon bureau n'en faisaient qu'une il y avait un grand trou dans le jardin, là où on a retrouvé la fosse d'aisance le petit Pierre, mon fils, âgé de trois ans, était dedans, et moi, j'enfonçais dans la saleté ". Je lui dis que l'analyse représente pour lui cette saleté dans laquelle il a peur d'enfoncer. Il me dit " oui ".

Quatorzième séance : Ses affaires vont bien. Puis il manque trois séances consécutives.

Quinzième séance : Il paie toutes les séances manquées. Il me parle de l'Algérie où il a vécu sa petite enfance : sa mère lui avait donné une nourrice arabe, mais subitement, elle est partie, rappelée par son mari sans doute. Ils ont dû, plus tard, quitter l'Algérie, il y avait la guerre, les blessés, les morts, ce fut la fin d'une époque heureuse. Il pleure tout le reste de la séance.

Il a encore manqué deux séances. Il avait peur de venir et peur d'arrêter l'analyse. Il rapporte un souvenir déjà raconté au cours de sa psychothérapie : dans la cour de l'école des garçons avaient déculotté un camarade et l'avaient battu ; il avait eu terriblement peur et il avait pleuré en rapportant cet incident, la première fois. " Ce qui me faisait peur, ajoute-t-il, c'est que les maîtresses faisaient pareil, elles déculottaient les petits garçons ". Je lui dis qu'il voit en moi une maîtresse qui lui prend son argent, il a peur que je lui prenne bien autre chose encore. " Je crois que ce sera plus facile maintenant ", me dit-il.

Dix-septième séance : Il est venu sans angoisse cette fois. Mais il se sent obligé d'aller chez des prostituées avant ou après chaque séance et de leur donner autant d'argent qu'à moi il n'y trouve aucun plaisir. Puis, un silence assez long. " J'ai presque dormi, et j'ai eu deux images : cet après-midi j'ai fait un cours sur les

appareils électroniques, il fallait parler tout le temps... tiens, comme ici. L'autre image : une vitre cassée. Je vous sens très loin, je me sens abandonné ". La première image est évidemment une défense contre la deuxième, la vitre cassée, que l'on peut assimiler à une attaque contre le sein frustrant (départ de la nourrice, impression que l'analyste est loin). Il y a, en tout cas, un désir d'entrer par effraction dans le corps de la mère. Je ne dis rien.

Dix-huitième séance : embêter sa mère, faire des bêtises, ne pas payer ses dettes, sont associés à ne pas venir à ses séances et ne pas payer. En fin de séance, il verbalise un fantasme de fellation : " c'était une manière de vous rabaisser... quand j'étais jeune, j'ai toujours eu peur des femmes ".

Il manque ensuite deux séances et passe la suivante à s'analyser. En partant, il oublie une clé sur le divan.

Vingtième séance : il est maintenant en retard de vingt à trente minutes à chaque fois. " Je me sens partir, devenir tout petit, loin de vous ".

Il manque la séance suivante et arrive le lendemain très angoissé : sa femme a fait une fausse couche, le matin, elle lui a montré le fœtus, puis l'a jeté dans les lavabos. Sa mère avait fait cinq fausses couches provoquées. Elle avait tenté de se débarrasser de lui aussi, mais cela avait échoué : c'est à cet échec qu'il doit la vie. Il pense à un rêve ancien où il vomissait du sang. " Le fœtus pourrira, c'est ça qui me fait le plus mal ". Au cours de la séance, il ressent une envie de vomir, puis il repense au rêve où le petit Pierre, son fils, est dans la fosse. " C'est toute cette pourriture qui m'angoisse, la mort ".

Vingt-troisième séance : il est trente cinq minutes en retard. Les souvenirs de son enfance lui reviennent aussitôt : sa mère avait fait une fausse couche, le médecin était venu, on l'avait envoyé dans le couloir ; il avait alors trois ans. Il avait entendu des bruits et avait vu une cuvette pleine de sang. Pendant ce temps il avait tripoté des médicaments ou des lessives et en avait avalé : on avait dû lui faire un lavage d'estomac. " Ma mère avait dû me dire : " tu verras si je mourais ".

Il manque ensuite quatre séances.

Il travaille " comme un dingue ". Il reprend son récit : " quand ma mère a eu cette fausse couche, je ne voyais rien, c'est alors que j'ai avalé les produits. Je ne savais pas ce qu'on faisait à ma mère". Il a rêvé : "Des hommes voulaient me tuer, tirer sur moi, c'était les associés qui travaillent avec moi ". J'ai alors tenté une reconstruction il avait dû souhaiter que le bébé que sa mère portait se transforme en caca, il avait eu l'impression qu'il était responsable de ce qui arrivait à sa mère, et maintenant à sa femme. " Que ce bébé se transforme en caca, oui, c'était ce qui m'angoissait le plus, qu'il parte dans les waters ".

Il manqua ensuite deux séances.

Puis : " J'ai des impressions très bizarres, comme un serpent qui se tortille à l'intérieur de moi, dans le ventre... j'ai de nouveau ces impressions, je me sens transporté en haut, vous êtes derrière, plus bas, et cet avion qui passe, c'est comme si j'étais dans l'avion et vous en bas, je me sens séparé de vous... séparé... pas d'argent... je ne sais pas pourquoi je dis ça ".

Il n'a pas apporté d'argent et n'est pas revenu.

Le passage de la situation en face à face avait d'autant plus facilement induit la régression que l'analyse, bien que vécue auparavant en face à face, était plus engagée que je ne l'avais d'abord pensé.

Au niveau de la parole je représentais une mère castratrice — les maîtresses du père, les maîtresses d'école — qui voulait lui arracher son argent, équivalent du pénis.

Ce patient essaya de lutter contre la tendance à la régression vers une passivité très primitive par ses initiatives au dehors, ses affaires, et par l'attitude interprétative qu'il adopta, à plusieurs reprises, dans l'analyse.

Cependant, avec son corps, il me parlait à un niveau plus profond : l'analyse était pour lui la tentative d'un nouveau séjour intra-utérin ; toutes les sensations vécues dans son corps, jusqu'à la dernière séance représentaient un désir répétitif de rentrer en moi, tentative de maîtriser le traumatisme du souhait d'avortement de la mère et aussi du sevrage brutal. Il arrivait très en retard, se faisant désirer et je l'avais compris à un niveau préconscient, car j'avais toujours soin de me trouver là lorsqu'il arrivait. Mais ce désir ne fut pas interprété et je me demande si cette interprétation n'eût pas empêché la répétition, c'est-à-dire l'avortement de l'analyse.

" Je suis anormal, je n'ai pas les deux côtés de la figure pareils ", m'avait-il dit. Par sa vie active, et par sa parole dans l'analyse il était homme. Par le vécu corporel, il était passif et identifié à la mère enceinte et avorteuse : " je ressens un serpent à l'intérieur de mon ventre, j'ai envie de vomir ". Le rêve des deux maisons en une, son bureau et sa maison, me paraît à cet égard une tentative d'intégration de cette double image de lui-même. " Si ta mère mourait ", avait dit la mère, et il avait avalé des produits pour mourir. Les sensations corporelles d'angoisse dans l'analyse s'associaient à cette menace dont l'histoire du patient était riche : séparation brutale avec la nourrice, départ traumatique du pays natal, avortements nombreux de la mère. On pourrait enfin se demander quelle part le besoin de répétition avait joué dans la grossesse de sa femme et la fausse couche qui coïncidèrent avec le début et l'interruption de l'analyse.

Deuxième cas ou la réparation dans le transfert

Je relaterai surtout la dernière période de l'analyse de Martin, un homme âgé de vingt cinq ans lorsqu'il vint me voir, avec un diagnostic de " névrose obsessionnelle ", porté par le confrère qui me l'adressa. Cette analyse dura six ans et comprit un peu plus de sept cent séances.

La première partie peut se résumer ainsi : désir d'une soumission entière à l'analyste ; coopération rare et sincérité absolue, qui répétait la soumission à une mère qui avait dominé le couple des parents.

Il avait tenté de résoudre le conflit oedipien utilisant la dévalorisation du père pour s'affirmer comme vainqueur.

La période la plus longue fut celle qui permit l'explosion transférentielle d'une agressivité sadique anale d'une force rare. Il s'attaquait à moi, en tant qu'image du père, dans ma fonction d'analyste, et en tant qu'image de la mère dans mon apparence corporelle surtout ; à l'analyse où il ne recevait, disait-il, que frustrations, il préférait la lecture de " Bonélie Klein " qui lui expliquait tout. Dans l'analyse, la

parole était une diarrhée, et ses fantasmes, exprimés en langage parfois grossier. Cette possibilité d'exprimer verbalement son sadisme avait succédé à une période où il était vécu au niveau du corps sur un mode défensif, typiquement obsessionnel : peur de me donner un coup de pied en entrant, peur d'émettre des gaz intestinaux pendant la séance. Il l'exprimait encore autrement en disant : " l'analyse, c'est du vent ". Ses rêves, toujours nombreux et consistants, exprimaient le désir de m'inonder d'urine au moyen d'immenses tuyaux, et de me remplir de ses matières fécales. Un de ses symptômes les plus gênants était un doute au sujet de la fermeture des robinets, entraînant angoisse, vérifications répétitives, rites et insomnies. Il avait eu une mère obsédée de propreté.

Au cours de cette période, il lui arriva, à plusieurs reprises, de dormir pendant la séance entière. " Ainsi, me disait-il, je vous possède, c'est moi qui impose mon bon vouloir, vous, vous attendez, je vous ai à ma merci ". Il me signifiait ainsi que je ne l'intéressais pas. Mais je ne pris pas la signification du sommeil qu'il me tendait, à la lettre ; et je m'abstins d'intervenir. Instinctivement, je prenais soin de ne pas le réveiller, j'éprouvais combien le sommeil dans la cure, lui était précieux, et je le veillais silencieusement, reportant mon interprétation à plus tard. Je pensais, en effet, qu'après tout, pour dormir en présence de quelqu'un, il faut avoir sérieusement confiance en lui.

Il vécut, un peu plus tard, une période dépressive intense, souffrant d'angoisses insupportables, et surtout, d'un sentiment d'abandon et de destruction corporelle intense : il ne mangeait plus, dormait très difficilement, maigrissait, disait perdre ses cheveux et se sentir vieillir de jour en jour. Aucune femme ne voudrait désormais plus de lui. Dans une mise en acte significative, il s'arrangea pour que l'amie avec laquelle il s'était lié au début de l'analyse l'abandonnât réellement. " J'ai peur que vous me quittiez ", fut le fantasme qui relia cette expérience vécue au dehors avec la relation transférentielle.

Cette dépression fit suite à un investissement essentiellement oral de l'analyse. Il avait, depuis longtemps, verbalisé cette sensation corporelle vécue pendant les séances ou bien rêvée d'avoir du mucus ou du chewing gum plein la bouche, qu'il ne parvenait pas à recracher ou à expulser. Le fantasme de vomir chez moi et de me voir ensuite nettoyer, survint à plusieurs reprises. Il ressentait mon silence comme une frustration intolérable. Cependant, si j'intervenais, il recrachait aussitôt mes interprétations, ou les déchirait de ses critiques mordantes. Ce fut une période assez pénible pour nous deux.

Il eut bientôt ce fantasme : " quand vous parlez, cela m'inonde de joie, c'est comme du lait qui coulerait à flots et que je boirais à longs traits ". Il eut un jour l'image d'un sein gonflé et ressentit, comme cela était arrivé souvent, sans que l'on put relier cette sensation à l'ensemble du matériel, une crispation dans les mâchoires ; il l'associa à l'envie de mordre le sein en buvant, une envie ressentie dans la bouche et la mâchoire de façon très intense. Puis il se rappela un film qu'il avait vu dans son enfance : un soldat coupait le sein d'une femme. "Boire dans ce sein, comme dans une coupe renversée, c'est ça dont j'ai envie". Enfin, il verbalisa ce désir : " vous mordre le sein et pénétrer en vous tout entier par cette morsure ".

A cette époque, de nouveau, il dormit des séances entières. J'associais maintenant ce sommeil à l'endormissement de l'enfant rassasié. Je ressentais ce sommeil " réparateur " comme une réalisation du désir d'union avec la mère, les

frontières corporelles étant abolies, satisfaction identique à celle qu'il recherchait en fumant occasionnellement du *hachisch*. Comme l'a décrit Bertram Lewin, le corps de la mère était ressenti ici comme pénétré oralement : " on mord la voie qu'on emprunte ". A la fin de l'analyse, et bien qu'il fut devenu très à l'aise et qu'il soit parvenu à organiser sa vie de façon satisfaisante, il évoqua l'éventualité de la drogue ou du suicide comme une possibilité rassurante. Ce fut, sans doute, ce qui lui permit de se séparer de moi et je l'acceptais comme tel.

Du point de vue de la réparation dans le transfert, ressentir la crispation des mâchoires, vivre le plaisir de boire les paroles de l'analyste, sentir fonctionner la bouche, constituait une réparation par rapport à la partie du corps fantasmatiquement endommagée, sans doute à cause de l'importance des tendances destructrices orales particulières chez ce malade : il avait été obsédé depuis l'âge de dix-huit ans, par la peur, confirmée par une impression visuelle qu'il vérifiait dans la glace d'avoir un goitre. Le transfert vécu au niveau corporel permettait de ressentir la zone de la déglutition comme fonctionnant normalement, alors que, pendant la période dépressive, autopunitive, il ne pouvait rien avaler.

Je pense que le vécu corporel, ici au niveau oral, boire et mordre, au niveau anal détruire et posséder l'analyste dans le sommeil, joue un rôle dans l'intrication des pulsions et l'économie libidinale. Et cela me paraît, comme l'a montré Widlöcher, peu satisfaisant, de réduire le corps à sa seule fonction expressive.

Cette question me semble devoir se rattacher à celle du rôle thérapeutique de la régression dans la cure, qui a été élaborée par Balint et Winnicott. Le transfert se vit au niveau fantasmatique et au niveau corporel, en même temps, ceci à l'encontre de toute perspective dualiste, qui voudrait voir un cas particulier dans la conversion psychosomatique.

J'évoquerai maintenant la fin de l'analyse de Martin. " J'ai vécu une expérience unique, nous avons travaillé ensemble, communiqué ensemble, vous savez tout de moi ". Cela signifie au niveau oral qu'il se sent entièrement absorbé par moi comme il m'a absorbée et c'est cette relation transférentielle qu'il a du mal à quitter. Au niveau génital, cela signifie l'alliance possible. Daniel Lagache disait : " Dans l'analyse, on est ensemble ".

Après des années de dénégation, Martin communiqua ce fantasme : " je sens mon pénis érigé comme un arbre, très haut, avec de grandes branches et des racines profondes ". Il put ajouter : " c'est une manière de vous dire que lorsque je suis ici avec vous ma plus grande peur est d'avoir une érection ".

Si je pense l'analyse comme une relation corporelle entre un analyste et un analysé, j'interprète ce fantasme ainsi : " je suis un homme, j'ai un pénis bien enraciné, je ressens un désir d'homme, et il peut porter ses fruits ".

Troisième cas ou la reconnaissance

Je rapporterai quelques séquences de l'analyse de François, un homme âgé de quarante ans, venu en analyse pour une phobie d'impuissance.

Nous avons passé au moins la première année d'analyse dans la chambre des parents : le papier à fleurs des murs, la cloison vitrée du cabinet de toilette, le trou qu'il y avait fait, le lit des parents aux grosses boules de cuivre, les poignets brodés

des chemises de nuit de la mère, une statue " mi-femme mi-poisson " qui surmontait la pendule. Cette reconstitution à la Proust m'avait procuré un certain plaisir cinématographique, mais l'analyse n'avait pas pris vie.

Deux souvenirs survinrent :

Il appelait, le soir, la petite bonne : " Isabelle, viens voir mes petits pieds " les faisant sortir adroitement de la couverture.

Le deuxième souvenir : il a environ deux ans : il voit dans la glace son image et celle de sa mère ; elle vient de lui ôter le bandage qu'il portait autour du ventre depuis une opération pour une sténose du pyllore, à l'âge de six semaines ; il se dit " il n'y a rien, j'ai tout ". Souvenir évidemment élaboré, reconstitué, dans son ambiguïté même.

Pendant cette période, il garde constamment les yeux fermés pendant les séances et les mains sur les yeux. Ses pieds ne reposent pas sur le divan, il les laisse toujours en suspens, à l'extérieur du divan, comme ne faisant pas partie de lui, ou plutôt, comme devant rester au dehors du transfert (équivalent d'une dénégarion du désir, si l'on suit l'équivalence pied-pénis).

Dans sa vie réelle, François ne rapporte qu'un éventail varié de ses expériences sexuelles, toujours avec sa femme, avec laquelle il n'est jamais impuissant. Il ne me laisse rien ignorer de ses habitudes, de ses masturbations devant des photos de sa femme nue et me parle assez facilement de son intérêt pour les pieds : il est fasciné par un pied " parfait " de femme, surtout s'il a la chance d'apercevoir la plante du pied si fragile, qui pourrait se blesser, se couper ou se piquer. L'interprétation de son plaisir à me faire constamment spectatrice de ses ébats, comme il avait été spectateur de ceux de ses parents n'apporte rien.

Dans le transfert, je suis la mère idéalisée : il se soumet à moi avec délice, il a toujours été fasciné par les femmes supérieures ; l'analyse est " délicieusement torturante ". Il se met au pinacle, ou sur un piédestal, ce qui revient au même, m'attribuant un pied inamovible.

Tous les rêves rapportés sont des rêves de castration ou de morcellement j'en raconterai deux qui concernent plus directement l'image fantasmatique de la mère : " Il se voit sur le divan avec moi, quelque chose de merveilleux se prépare mais, tout à coup, le téléphone retentit et je me lève ; il découvre alors avec horreur qu'il me manque trois doigts de pied, la plaie est saignante ". Au récit de ce rêve, il vit une angoisse très vive et se demande s'il ne va pas partir avant la fin de la séance.

Deuxième rêve : " Il a enfreint l'interdiction, et s'est retourné : il me voit nue, mais à travers un voile, ou recouverte de poils, il ne sait pas très bien ; il s'assied alors sur le divan, et prend sur une table un objet cylindrique qui m'appartient, quelque chose comme une bobine, et le porte à sa bouche ".

Avant l'analyse, il s'est fait opérer trois fois pour une sinusite persistante mutilation défigurante qu'il associe maintenant à une castration par un père, le chirurgien ayant une grande ressemblance physique avec son propre père. La sinusite persiste et il éprouve souvent le besoin de toucher avec ses doigts pour, au cours de la séance, " localiser la douleur ". Ou bien il est préoccupé par ses dents : il pourrait venir au dentiste l'envie de les lui arracher inutilement, alors il en consulte un autre. Il a, un jour, sur le divan, la sensation que trois dents ne tiennent plus, il doit toucher pour vérifier qu'elles sont bien en place.

C'est la dissociation entre le vécu fantasmatique relationnel et le ressenti corporel qui me paraît en cause ici ; et les verbalisations de ce malade m'apparaissent être une tentative d'intégration vis-à-vis de son corps.

Constamment il se plaint : " J'ai mes organes génitaux, mais c'est comme si je ne les avais pas ". Ou en d'autres termes, il lui arrive de se plaindre à moi que je ne le reconnaisse pas comme un homme. Comme sa mère qui voulait avoir cinq filles. Elle avait eu quatre garçons : le père avait élevé les aînés " à la cravache ", mais, de lui qui était né six ans après les autres, sa mère avait dit : " celui-là sera pour moi ".

Quelques mois après le début de l'analyse, il avait apporté un petit carnet retrouvé, sur lequel, à six ans, il avait écrit : " Histoire de Maria " : " Sa mère est morte, son père, comme un imbécile, l'emmène dans la forêt et la perd : les loups la mangèrent. Le père vient, la retrouve et la ressuscite. Elle chasse son père de la maison et vit seule, se nourrissait seule, et elle était heureuse. Elle devient grande tout à coup et se marie avec René ". (J'ai écrit textuellement après la séance).

En réalité, la mère fut orpheline à l'âge de six ans, et mise en pension par son grand-père, puis elle vécut seule à l'âge de dix-huit ans. Cette histoire de la mère est toujours associée à la nécessité de ne pas lui faire de peine, de ne pas la quitter, comme les frères aînés. Et François chercha désespérément à s'identifier à l'aîné de ses frères, " viril, casse-cou, et, finalement, mort à la guerre ".

Mais, à cette histoire, c'est lui-même qu'il identifie : Maria, c'est lui. Il a souvent douté de son sexe ; un garçon avait dit un jour en classe : " François, mais c'est un nom de fille ".

Peu à peu, dans la chambre, il s'est approché de l'image des parents : le père " sur un nuage, comme Dieu le père ", la mère, le père vu à travers ce souvenir-écran : le frère aîné avait ouvert le placard aux vêtements du père, et, écartant les vestons, il avait tiré une balle de pistolet dans le mur. Au cours d'une séance dramatique, il pense qu'il a dû " voir des choses horribles " se passer entre ses parents. Peu de temps après cette séance, il fait un rêve d'angoisse de morcellement : " il devait jouer avec une poupée, il découvre qu'elle n'a pas de bras ni de jambes ; les jambes sont amputées jusqu'aux cuisses, elle n'a pas de tête non plus ". L'intensité de son angoisse au cours de la séance l'oblige à s'asseoir, il se courbe en avant, comme pour se protéger, en se tenant les bras.

Il cherche à me ressentir comme moins " lointaine et inaccessible " et me dit un jour : " je pense que vous êtes là et que vous avez un sexe de femme ". Et il ressent aussitôt une douleur au pied.

Pendant plus de deux ans, malgré la richesse du matériel apporté, j'ai le sentiment constant d'inauthenticité et de non-présence de ce patient. (" Tu te vois toujours de l'extérieur, comme un objet " dit Agathe à Ulrich. Musil). Je ne peux pratiquement pas intervenir. Il se plaint constamment que je ne " le reconnais pas ". Aussi prend-il une maîtresse qui porte le nom composé de Marie-Antoinette, ce qui fait Maris-A, Maria. Avec elle il est impuissant et heureux puisque torturé. Il se retrouve en elle, comme le frère et la sœur de l'" Homme sans qualités " : elle a de longues cuisses comme lui, elle est frigide comme il est impuissant. Là encore, on peut se demander si le fantasme d'avoir une jumelle n'est pas une tentative du moi d'intégration par rapport à deux parties scindées : masculine et féminine identifiées à la mère.

Il y a dans le transfert quelque changement : il parvient à exprimer son ambivalence : " je vous hais, vous me tenez prisonnier ". Et, peu à peu, il parvient à me communiquer des fantasmes sadiques qui lui sont habituels. Par exemple, à propos d'un article, il imagine un prisonnier : son bourreau l'oblige à se tenir debout dans sa cellule étroite, alors il se retourne tout à coup et lui enfonce les doigts dans les yeux. Debout signifie en érection, les doigts dans les yeux le châtiment craint et recherché dans les opérations pour les sinusites, châtiment qu'il voudrait me faire subir en se retournant et en le détournant de lui. C'était donc pour cela qu'il tenait constamment ses mains devant ses yeux. Et pour s'endormir, il garde toujours la couverture sur sa tête.

Ces fantasmes agressifs s'accompagnent à chaque fois de douleurs dans les bras. " J'ai envie de violenter quelqu'un ", me dit-il, et il me fait part, quelques instants plus tard d'une douleur dans le bras ; la douleur monte et descend et il la commente sans cesse.

Le fantasme suivant me paraît riche de sens : " C'est la Sibérie, le train avance, il faut briser la glace ". La si berry est mon nom. Mais il est trop tôt pour " briser la glace " et mon intervention : " briser la glace ? " n'apporte rien. Il a pourtant ajouté : " vous voulez dire le miroir ? ... je veux savoir qui vous êtes ? " (et par conséquent qui il est ; comme dans la glace du souvenir-écran qui lui renvoyait la double image, celle de sa mère et la sienne.) Il ajoute : " cela me plaît que vous nourrissiez des oiseaux (j'avais eu des tourterelles, à une époque, que l'on pouvait entendre roucouler de mon bureau), ma mère et moi nous étions deux tourterelles qui nous aimions d'amour tendre " (St François — son nom — nourrissait des oiseaux ; ainsi dans ce fantasme il se voit comme moi, comme avec une sœur jumelle ; cette identité imaginaire jouant un rôle de moi auxiliaire).

Les tentatives d'investissement de la relation sur un mode sadique anal sont encore peu articulées, et les fantasmes verbalisés peu ressentis.

Mais bientôt François a une parole vraie, qui me fait mieux comprendre mon malaise et ma difficulté à l'aider : " Je suis un corps étranger pour vous ", me dit-il, " comme un gros animal encombrant ". Corps étranger pour moi, corps étranger pour lui-même, parce que corps inhabité. Je comprends maintenant l'importance de la reconstitution minutieuse de la chambre des parents, image du corps vide de la mère, image de son propre corps vide, et la répétition d'images dans les rêves tels que : de grandes maisons dont il parcourt d'immenses pièces vides, des cales de bateaux vides, avec, parfois, une ouverture béante sur une mer bleue.

Le désir de pénétration orale exprimé dans le rêve de la bobine, comme le besoin d'être pénétré par mon interprétation constituaient un mode d'être corporel féminin et correspondaient à un désir d'être rempli. Cela a pu maintenant être formulé. Son activité sexuelle intense habituelle, était une tentative pour se sentir exister. Son indifférence et sa quête passionnée d'un objet pour combler un vide intérieur constituait le vécu essentiel de l'analyse à cette époque. Comme le montrait le souvenir de la double image dans la glace, la sienne et celle de sa mère, la toute première relation à la mère n'avait pas dû être intériorisée. Pour éviter la séparation angoissante (briser la glace), la seule possibilité était une identification à la mère au pénis manquant. D'où nécessité de nier l'évidence de la castration féminine et le clivage du moi.

Ce qui était évident dans le transfert, c'était la dissociation entre l'image

virile qu'il tentait de nous donner de lui par son activité sexuelle et le récit qu'il en faisait, et le vécu corporel transférentiel féminin, désir d'être pénétré par moi sur un mode oral. Le besoin de ce patient est d'être reconnu dans sa double identité, masculine et féminine et dans l'ambiguïté de son désir.

La communication inconsciente entre l'analyste et l'analysé passe par le corps. L'interprétation non verbalisée, " interprétation mutative implicite " de Klauber, passe par le vécu corporel de l'analyste et de l'analysé (l'analyste peut être capable de rester immobile et attentif ou ne pouvoir réprimer des mouvements qui seront entendus, à juste titre, comme des mouvements d'impatience ou d'hostilité).

Mais il y a plus : le corps n'a pas seulement une mission expressive et ce que j'ai voulu essayer de montrer c'est combien le patient fait réellement l'expérience du transfert dans son corps. Pour l'analysé, la fin de l'analyse me paraît devoir répondre à une certaine harmonie entre le vécu corporel et la parole.

Enfin, en ce qui concerne l'analyse elle-même, c'est elle qui me paraît représenter le corps maternel : on y cherche des trésors, avec crainte et curiosité, on décide de se jeter à l'eau, où l'on se baigne avec bien-être. Ce corps qu'est l'analyse appelle la pénétration de l'analyste.

Et le désir de l'analyste n'est-il pas de faire naître : faire naître une émotion, une prise de conscience, une parole vraie, un changement, faire naître une personne.

REFERENCES

- Barthes. R. " Le plaisir du texte ". Le Seuil.
- Béjarano. A. et Couty. L. " Sur la problématique de la prise de conscience ".
Documents et débats. N° 7, 1972.
- Ferenczi. S. " Symptômes transitoires au cours d'une psychanalyse ". *Œuvres complètes*.
I. Payot. Trad. J. Dupont.
- Freud. S. " Le Fétichisme ", in *La vie sexuelle. P.U.F.*. Trad. D. Berger.
- Freud. S. " Le clivage du moi dans le processus de défense ". Trad. Pontalis.
1938..nouvelle revue de Psychanalyse. N° 2. 1970.
- Groddeck. G. " Au fond de l'homme cela ". Gallimard.
- Khan. M. " L'œil entend ". *Nouvelle revue de Psychanalyse*. N° 3. Lieux du corps.
Gallimard. Lagache. D. " Le problème du transfert ". 1951. *Revue Française de
Psychanalyse*. XVI. N° 2. Lagache. D. " Communication personnelle ".
- Pontalis. J. B. " La pénétration du rêve ". *Nouvelle revue de psychanalyse*. N° 5.
L'espace du rêve. 1972. Gallimard.
- Lewin. B. " Le sommeil, la bouche, et l'écran du rêve ". *Nouvelle revue de
psychanalyse*. N° 5. L'espace du rêve. Gallimard.
- Musil. R. " L'homme sans qualités ". Le Seuil.
- Smirnoff. V. " Communication personnelle ".
- Widlöcher. D. " L'économie du Plaisir ". *Nouvelle revue de psychanalyse*. Lieux du
corps. N°3. 1971. Gallimard.
- Winnicott. D. W. " Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au
sein de la situation analytique ". 1954. In *De la pédiatrie & la psychanalyse*. Payot.

L'INTERPRETATION DU TRANSFERT EST-ELLE LA SEULE EFFICACE ?**La doctrine écrite, la doctrine orale et la pratique**

MICHELINE GUITTON

- I. La doctrine.
- II Les interprétations et les interventions.
- III. Les différentes phases de la technique analytique.
- IV. La doctrine orale d'après les interviews.
- V. Interprétation transférentielle et névrose de transfert.
- VI. L'analyse de groupe.
- VII. La négation du souvenir.
- VIII. Deux séances de malades.
- IX. L'amour-propre de l'analyste.
- X. Conclusion.

1. La doctrine

L'idée que seules les interprétations du transfert sont efficaces semble s'être répandue parmi nous, et faire figure de doctrine mais sans faire l'objet d'énoncés clairs et d'examens sérieux. Cette doctrine est surtout orale et n'est guère écrite. Une autre façon de dire que seules les paroles importantes de l'analyste sont celles qui se rapportent aussi à lui, est formulée ainsi : " L'interprétation doit être faite Hic et Nunc ".

Cette doctrine a été introduite oralement vers les années 1940. Ce n'est que récemment (1967) que nous l'avons trouvée explicitement formulée dans deux textes : En 1958, E. Glover déclare, à la suite de son enquête, qu'un seul analyste dont il ne donne pas le nom, soutient que les interprétations du transfert sont les seules efficaces (p. 359).

Si cette doctrine n'a guère été énoncée explicitement, elle a été abondamment suggérée. Cette doctrine de l'interprétation ne correspond pas tout à fait à ce que nous avons appris, par notre propre analyse. Elle ne correspond pas non plus à notre pratique.

II. Les interprétations et les interventions :

Avant d'étudier les différentes phases par lesquelles la technique analytique est passée, j'aimerais vous résumer ce que j'entends par interprétations et par interventions.

A. Les interprétations

On distingue l'interprétation transférentielle et l'interprétation extra-transférentielle.

- **l'interprétation transférentielle** : deux possibilités :

l'interprétation transférentielle, **sens faible** ; c'est une interprétation qui analyse une réaction du patient par rapport à l'analyste (Ici et maintenant - Hic et Nunc). Le but de l'interprétation transférentielle Hic et Nunc, (sens faible), c'est de libérer les sentiments de l'analysé envers l'analyste, sans faire référence au passé.

- l'interprétation transférentielle, **sens fort** (de Freud) ; c'est une interprétation qui permet au patient de comprendre que ce qui se passe entre lui et l'analyste (Hic et Nunc) est lié à ce qui est arrivé dans son passé, dans son enfance. L'interprétation transférentielle, sens fort, ramène le patient de l'analyste à son enfance. Par exemple, le but du traitement c'est de libérer mes sentiments à l'égard de ma mère (interprétation transférentielle sens fort) et non pas uniquement à l'égard de l'analyste (Interprétation transférentielle sens faible — Hic et Nunc).

Actuellement, parmi les interprétations transférentielles sens faible et sens fort, ce sont les interprétations transférentielles sens faible, qui semblent être " l'idéal " que l'analyste désire atteindre, comme me le disait un collègue.

- **l'interprétation extra-transférentielle** : ce sont toutes les paroles que dit l'analyste et qui permettent au patient de prendre conscience de matériel inconscient. Mais cette interprétation n'est pas faite en fonction de l'analyste. Elle peut aussi dans certains cas, préparer à une interprétation transférentielle.

B. Les interventions

Je citerai la définition de Nacht (1956) : " Poser une question à brûle-pourpoint, interrompre le fil des associations, en soulignant un mot ou une expression employée par le sujet, lui rappeler une version différente de celle qu'il a déjà donnée d'un même récit ou d'un même évènement, lui répéter une phrase qu'il a dite, autant d'interventions qui sont souvent susceptibles de saisir, d'étonner le patient, de provoquer en lui certains " déclics " nouveaux. Il peut être ainsi amené à faire des rapprochements, des confrontations aboutissant à des prises de conscience plus rapides que celles provoquées par une interprétation classiquement formulée " (P. 153).

III. La conception de la technique analytique est passée par différentes phases :

1ère phase. C'est vers 1899, après avoir renoncé à l'hypnotisme et à la

suggestion, que Freud commence à utiliser la libre association d'idées du malade. Il interprète le matériel spontané du malade, hors du transfert, pas encore découvert.

2^{ème} phase. A partir de 1905, Freud découvre le transfert. Il écrit " la technique psychanalytique a subi une transformation fondamentale " (p. 5). " Le transfert, destiné à être le plus grand obstacle à la psychanalyse, devient son plus puissant auxiliaire, si l'on réussit à le deviner chaque fois et à en traduire le sens au malade " (p. 88). En 1912, Freud, dans : " la dynamique du transfert " énonce les rapports entre la résistance et le transfert, " le fait que le plus efficace des facteurs de la réussite, le transfert, puisse devenir le plus puissant. agent de la résistance " (p. 53). Plus loin, il distingue le transfert positif du transfert négatif et l'ambivalence. Freud complète sa technique antérieure par ses nouvelles découvertes concernant le transfert ; ainsi, en plus des interventions diverses et des interprétations extra-transférentielles (c'est-à-dire sur un matériel produit par la libre association d'idées et dont le contenu ne se rapporte point à la personne de l'analyste), il utilise aussi les interprétations transférentielles.

C'est dans cette deuxième phase qu'on peut inclure nos maîtres, comme Strachey, Otto Fenickel, Marc Schlumberger, et plus près de nous, Laplanche et Pontalis.

Strachey (1934), dans un article qui a été publié à nouveau dans *l'International Journal of Psychoanalysis* en 1969, affirmait que, " il ne faut pas croire que parce que j'attribue des qualités spéciales aux interprétations transférentielles, je soutiens qu'aucune autre ne doit être faite " (p. 290), et plus loin, il ajoutait : " une oscillation entre des interprétations transférentielles et extra-transférentielles représente la course normale des événements d'une analyse " (p. 290).

Otto Fenickel, en 1939, écrit que " l'interprétation de réactions transférentielles, il me semble, ne présente aucun problème particulier " (p. 183), ce qui paraît même sous-entendre que l'interprétation normale est extra-transférentielle.

M. Schlumberger (1952) parle d'une de ses malades... et conclut : " cet exemple qui me paraissait simple montre une fois de plus les difficultés qu'on rencontre à communiquer les fondements de l'interprétation d'un moment quelconque de l'analyse, sans donner quantité de détails (p. 129). Il cite les règles habituelles de l'interprétation " selon Fenickel " : " scinder le moi de l'analysé en une partie qui observe et une autre qui éprouve se qui se passe en elle ; montrer que ce qui est éprouvé a un sens actif ; commencer par ce qui est le plus proche de la conscience ; interpréter les défenses avant les pulsions ; et enfin interpréter au bon moment... " (p. 146). Il n'y a aucune allusion à la doctrine. Au contraire, ces règles sous-entendent que les interprétations extra-transférentielles interviennent aussi bien que les transférentielles.

J. Laplanche et Pontalis (1968) définissent ainsi l'interprétation : " dégagement par l'investissement analytique, du sens latent dans le dire et les conduites d'un sujet " (p. 206) et ajoutent " c'est la prise en considération de ces " règles techniques " qui doit commander le niveau (plus ou moins profond), le type d'interprétation des résistances, du transfert, etc " (p. 207). Et plus loin : " Indiquons seulement que l'interprétation ne recouvre pas l'ensemble des interventions de l'analyste dans la cure (comme par exemple l'encouragement à

parler, la réassurance, l'explication d'un mécanisme ou d'un symbole, les injonctions, les constructions. etc... " (p. 208).

Il y a donc différents types d'interventions et d'interprétations et les interprétations transférentielles sont une catégorie parmi d'autres.

En 1936, Anna Freud nous met en garde dans son livre : "*Le moi et les Mécanismes de défenses*" (1949) contre la doctrine et écrit : " il en serait de même d'une technique qui n'utiliserait que le transfert " (p 23).

3^{ème} phase. C'est celle où nous commençons à subir la doctrine qui est introduite oralement et clandestinement. Dans les écrits, le mot interprétation n'est plus précisé, on ne sait pas de quoi il s'agit exactement, et il peut s'agir d'interprétations soit transférentielles, soit extra-transférentielles, soit les deux à la fois.

C'est à peu près à cette époque, que je commençais mes contrôles et un de mes contrôleurs avait insisté pour que je fasse mes interprétations " Hic et Nunc ". Ce contrôleur ne me parlait jamais d'interprétations extra-transférentielles, ni d'interventions, aussi en avais-je déduit qu'il ne fallait faire que des interprétations transférentielles au sens faible, et du reste, ce contrôleur semblait être heureux que je les fisse, et peut-être désirais-je lui faire plaisir. Je me souviens aussi d'une de ses réflexions à propos d'une de mes interprétations extra-transférentielles " cela n'apporte rien au malade ".

Le Pr. Lagache (1952), dans son travail sur le transfert, ne parle que de l'interprétation transférentielle, ce qui est normal puisque c'est le sujet de son article. Mais là aussi, ne parler que d'un type d'interprétation est peut-être une façon d'introduire la doctrine.

Les écrits de Nacht (1956), de Loewenstein (1958), à propos de technique, parlent des " interprétations " sans préciser de quelles sortes il s'agit, et ils énumèrent aussi un certain nombre d'interventions utilisées par l'analyste. Nacht met aussi en garde contre l'abus d'interprétations en fonction de l'analyste, étant peut-être conscient de l'apparition de la doctrine.

A cette époque, Loewenstein cite les travaux de Rosenfeld (1958) ; " j'aimerais dit-il, parler brièvement de la technique... dans laquelle l'analyste essaie de ne s'appuyer que sur des interprétations, même dans les cas très difficiles " (p. 238). Je pense que Rosenfeld veut parler d'interprétations transférentielles (ce qu'il ne précise pas) ; cependant, cette phrase peut aussi s'appliquer à des interprétations extra-transférentielles.

4^{ème} phase . La doctrine est écrite : nous allons donc l'énoncer telle que nous l'avons relevée dans deux ouvrages :

- J. Clavreul (1967) : " Puisque c'est même devenu une sorte de lieu commun de dire que toute interprétation ne peut se faire que dans son contexte de transfert " (p. 9).

- S. Viderman (1970) : " Les règles techniques qui veulent que toute interprétation efficace ne soit donnée que par rapport au transfert " (p. 295).

5^{ème} phase . Les Kleinien, mais je n'en parle pas, puisque je ne les connais pas.

Je me bornerai à citer une phrase de R. Greenson (1967) : " Les Kleinien soutiennent que seules les interprétations du transfert sont efficaces. Aucune autre interprétation n'est considérée importante " (p. 169).

IV. Les interviews.

L'énonciation de la doctrine orale et l'écart entre cette doctrine et la pratique ressortent d'interviews de collègues, membres et élèves des différentes sociétés.

J'ai posé les questions suivantes :

- Que pensez-vous de l'idée que seule l'interprétation du transfert est efficace ?
- Que faites-vous dans vos analyses ?

Voici les réponses : " L'interprétation doit être faite dans le transfert ", dit au début d'un contrôle le collègue A à un élève B. Cet élève B. comprend que l'interprétation doit être **seulement faite** dans le transfert. C'est une façon de s'approcher de la doctrine que de mettre l'accent sur les interprétations transférentielles sans parler des extra-transférentielles. L'élève C. se souvient de la phrase du début de son contrôle : " Attendez le transfert pour interpréter " (c'est clairement sous-entendre la doctrine, sans l'énoncer). " Si vous interprétez dans le transfert, c'est l'analyse, sinon c'est n'importe quoi ", dit un autre contrôleur à un élève D. L'élève D. a conclu : " Si vous interprétez **seulement** dans le transfert, c'est l'analyse ". Un autre collègue me dit : " Autrefois, j'avais tellement peur de ne pas interpréter dans le transfert, mais à présent, j'agis différemment ". Un autre collègue F. déclare qu'il se méfie en début d'analyse de faire les interprétations dans le transfert, recommandées par son contrôleur. " Par contre, à la fin du traitement, j'y vais carrément ". Le collègue G. confirme que " c'était une banalité de dire qu'il faut interpréter ici et maintenant, c'était un précepte ". Cependant, ajoute-t-il, " un autre contrôleur ne me l'a pas dit ". Le collègue H. me dit : " Je ne limite pas à interpréter ici et maintenant, quoique mon contrôleur m'ait dit de le faire ". Un autre collègue I. nous fait remarquer que, dans son analyse personnelle, son analyste parlait beaucoup, faisant bien sûr intervenir des interprétations transférentielles mais aussi des interprétations extra-transférentielles et des interventions. Me parlant de sa propre analyse, un autre collègue J. me dit : " Mon analyste parlait très peu, il ne faisait que quelques interprétations par rapport à soi, ce que je supportais très mal ". J'ai demandé au collègue K. qui a été analysé seulement avec des interprétations transférentielles, quel souvenir il a gardé de son analyste : " j'en ai gardé un très mauvais souvenir, je croyais sentir un contre-transfert dans certaines interprétations ".

Dans toutes ces réponses, on trouve une équivoque, entre le fait que l'interprétation transférentielle est très importante et l'idée que seule l'interprétation transférentielle doit être utilisée. Il est évident que ce qui caractérise la psychanalyse et la différencie des autres psychothérapies, c'est l'analyse du transfert, mais il y a aussi les autres interprétations extra-transférentielles et les interventions de toutes sortes.

En dehors des résultats d'interviews tels que ceux qui sont rapportés ci-dessus, nous pourrions aussi tirer des renseignements de ce que disent les patients

qui viennent à nous, à la suite d'une analyse antérieure. Je suis souvent frappée par tout ce qui a pu me dire mon prédécesseur. J'ai tendance à mettre en doute dans ce cas la parole du patient alors que je mets peu en doute ce qu'il nous dit en toute autre occasion. On pourrait interpréter ceci de deux façons :

- ou je nie ce qu'a dit mon prédécesseur parce que je veux me protéger à l'avance contre tout ce que mon patient pourrait répéter de ce qui se passe dans son analyse avec moi.

- ou je mets en doute ce que mon patient dit sur mon prédécesseur car, tributaire à ce moment-là de la doctrine, je pense qu'il n'est pas possible que mon prédécesseur ait pratiqué autre chose que des interprétations transférentielles.

Cette insistance sur les interprétations transférentielles est certes louable de la part de l'enseignant. Cela permet à l'élève de mieux comprendre, de suivre l'évolution de la cure, et comme l'ont dit deux élèves : " nous sommes reconnaissants à notre contrôleur d'avoir tant insisté sur les interprétations transférentielles, cela nous permet d'être vigilants ". Par contre, leur analyse personnelle a comporté beaucoup d'interventions de toutes sortes, des interprétations transférentielles faibles et fortes, des extra-transférentielles et ceci n'était nullement conforme à l'enseignement et aux conseils qu'ils ont reçus ensuite de leurs contrôleurs durant les contrôles.

V. Interprétations transférentielles et névrose de transfert :

Pour souscrire à la doctrine, il faudrait, me semble-t-il admettre que tout patient soit constamment en état de névrose de transfert. Or ce n'est pas ce qui se passe dans notre pratique. Freud (1914) dans " Remémoration, répétition et élaboration " décrit la névrose de transfert : " ... nous réussissons sûrement à conférer à tous les symptômes morbides une signification de transfert nouvelle et à remplacer sa névrose ordinaire par une névrose de transfert dont le travail thérapeutique va le guérir " (p. 113). " L'état nouvellement instauré a pris tous les aspects d'une maladie artificielle... " (p. 114). Le Professeur Lagache (1952) a raison d'écrire que " parmi les problèmes du transfert la question de son évolution est une de celles qui restent les plus vagues et les plus difficiles " (p. 108), et il parle du type idéal du développement de la cure dont " la période d'état est caractérisé par l'établissement du transfert et de la névrose de transfert... ". Greenson (1967) décrit le développement classique de la névrose de transfert (p. 35 et pp. 184-190).

Je pense qu'il peut y avoir, dans certains cas, absence de névrose de transfert et que d'autre part, il y a différents types de névrose de transfert. Mais avant de les écrire, je vais résumer ce qu'il est classique de lire :

Il y a une situation transférentielle dans la situation analytique. Le transfert est un phénomène universel qu'on trouve dans les rapports humains, qui s'intensifie dans la situation analytique.

Les réactions transférentielles se précisent au fur et à mesure des séances et je rappelle la définition de Freud (Dora) " Quels sont ces transferts ? Ce sont des nouvelles éditions, des copies, des tendances et des fantasmes qui doivent être rendus conscients par le progrès de l'analyse et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin ".

3. La névrose de transfert s'installe : dans ce cas, tout est centré sur l'analyste. " On peut dire qu'on a alors non plus affaire à la maladie antérieure du patient mais à une névrose nouvellement formée et transformée qui remplace la première "... " Pourvu que le patient veuille bien respecter les conditions d'existence du traitement, nous parvenons régulièrement à donner à tous les symptômes de la maladie une nouvelle signification transférentielle, à remplacer sa névrose commune par une névrose de transfert dont il peut être guéri par le travail thérapeutique " (Freud 1914).

Dans la pratique cela ne se passe pas toujours ainsi, même sans erreur technique de l'analyste. Les deux possibilités les plus fréquentes sont :

I. Les réactions transférentielles, après une certaine intensité, s'estompent pour s'accroître et s'estomper à nouveau, ceci à plusieurs reprises. Dans ce cas, il n'y a pas, à proprement parler de névrose de transfert.

II. Les réactions transférentielles deviennent une névrose de transfert avec toute l'intensité que cela comporte, c'est-à-dire que consciemment l'analysé s'intéresse surtout à l'analyste, pendant les séances et en dehors des séances, pendant une période variable, **brève** ou plus **longue**.

Nacht (1958) estime que la " névrose de transfert ne doit marquer qu'un état de crise aiguë, que cet état dépend de l'attitude de l'analyste et qu'une réaction de transfert tenace est imputable à une réaction inconsciente (contre-transfert) entre analyste et analysé " (p. 684).

Il est évident qu'à ce moment de l'analyse, toutes les interprétations de l'analyste seront transférentielles.

Une phrase de Greenson (1967) confirme ce que nous pensons sur le rapport entre l'affirmation du monopole de l'interprétation transférentielle et la croyance en l'omniprésence de la névrose de transfert : " les Kleiniciens, observe-t-il, ne font pas de différence entre les réactions transférentielles et la névrose de transfert " (p. 189). Dans ce cas, l'interprétation doit, toujours être transférentielle ; pour les Kleiniciens, si j'ai bien compris, le patient a dès la première séance une névrose de transfert.

VI. L'analyse de groupe

Il est bien évident que pour ce qui est de l'analyse de groupe, l'interprétation se fait Hic et Nunc.

C'est Esriel (1950) qui, le premier, parle de l'interprétation " ici et maintenant " : " Deux traits caractéristiques du genre d'interprétation que j'applique moi-même maintenant dans toutes les séances de groupe et avec quelques uns de mes patients individuels et que j'appelle " ici et maintenant " (p. 29) dit Esriel. " Seules de telles interprétations (ici et maintenant) je pense, peuvent refléter correctement les facteurs dynamiques inconscients significatifs, sous-jacents au comportement de chaque individu dans le groupe et peuvent de ce fait, être efficaces pour cet individu " (p. 34). Mais c'est D. Anzieu (1972) qui, dans son dernier livre, nous a éclairé sur le " Hic et Nunc dans les groupes thérapeutiques : " L'interprétation dans la cure individuelle est, comme il l'a dénommée (Strachey, 1934), mutative en ce qu'elle ramène les conflits passés et qu'elle dénoue les uns et

les autres, en reconstituant pas à pas le chemin de leurs origines, en démontrant leurs mécanismes en même temps que leur genèse... ".

" Dans le groupe, l'interprétation a à se centrer selon une expression d'Esriel (1950) qui a fait fortune suri" ici et maintenant " (p. 148). " L'interprétation aura à pointer là, ni trop tôt ni trop tard, non seulement la rivalité du leader avec le moniteur pour le pouvoir (ce qui resterait une intervention psychosociologique) mais la complémentarité de son défi à l'égard du moniteur et de sa séduction à l'égard du reste du groupe... " (p. 150). " L'interprétation dans les groupes de formation montre aux intéressés que ce qui est important à comprendre pour eux, est ce qui est vécu concrètement ici et maintenant, en rapport avec ce groupe et avec ce moniteur... " (p. 151). " Interpréter l'ici et maintenant oblige les moniteurs et les participants à saisir l'inconscient dans la dimension spécifique de ses manifestations groupales " (p. 151).

Nous voyons que les dates d'apparition de cette idée, que seule l'interprétation du transfert est efficace, correspondent à peu près aux travaux d'Esriel. Dans la technique de ce groupe, il y a des raisons majeures pour que la doctrine soit appliquée. En effet, seules les interprétations transférentielles faibles sont appropriées au groupe. D'autre part, faire des interventions autres que des interprétations transférentielles faibles, c'est-à-dire des transférentielles fortes et des interprétations extra-transférentielles, pourrait être une indiscretion difficile à supporter en groupe. Cela confirme ce que nous avons dit à propos de la doctrine, à savoir que les interprétations transférentielles peuvent avoir un sens faible : elles ne tendent pas à rappeler l'enfance du patient en partant de l'analyste, mais expriment uniquement des sentiments qui interviennent entre les membres du groupe et le moniteur analyste.

VII. La négation du souvenir :

Si seule l'interprétation transférentielle est vive, actuelle, cela présuppose que le passé même ressuscité dans l'heure par les associations, n'est pas vif, n'est pas actuel. Ainsi pendant l'heure avec l'analyste, la vie du patient est actuelle ; en dehors de l'heure, elle cesse de l'être. Cette idée n'est pas de moi. Elle m'a été communiquée par le Professeur Leites : " La situation analytique ne rend pas au patient son enfance, actuelle, immédiate, à la différence de l'époque Proustienne-Freudienne. Autrement dit, le temps de la Madeleine est passé ". Je le remercie vivement pour toutes ses suggestions au cours de ce travail.

Freud (1920), en parlant de la névrose de transfert, parle de la vie oubliée, du souvenir : " Le médecin... est forcé de laisser revivre (à l'analysé) un certain fragment de sa vie oubliée mais il doit veiller à ce que le malade garde une certaine capacité de surplomber la situation qui lui permette malgré tout de reconnaître dans ce qui apparaît comme réalité, le reflet renouvelé d'un passé oublié " (cité par Laplanche et Pontalis (1968) page 281).

VIII. Cas clinique

Deux exemples de cas très récents, choisis au hasard, dans une après-midi de travail, illustrent ce que je viens de vous dire.

1^{ère} malade :

Cette femme de 35 ans a d'abord parlé de son amour puis de son agressivité contre sa mère et finalement retrouve de l'affection pour cette mère. Elle n'arrive pas à parler de ses désirs amoureux envers les femmes. Je n'ai jamais trouvé l'occasion de faire une interprétation transférentielle faible ou forte, depuis pas mal de séances. Cependant, dans cette dernière séance, elle me parle d'une amie Catherine qui avait une tête de Madone, qu'elle a rencontrée dans la rue, et cela lui rappelle toute une série de situations et d'amies jeunes filles qu'elle a eues vers 15 ans avec les scouts. En dehors de Catherine, il y avait une Jeanne, qui semblait beaucoup aimer Catherine. Elle me raconte tout cela sur un ton monocorde, en décrivant les situations, les amitiés, finalement je dis : " oui, c'est une histoire de femmes ". A ces mots, elle éclate, elle ne comprend pas ce que j'insinue. " Est-ce que je veux dire qu'elle avait des amours particulières ! Je répète, me dit-elle, que Catherine, avait une figure de Madone et que c'était normal que Jeanne la trouve belle. Peut-être que j'insinue aussi que Catherine et Jeanne avaient des amours particulières ? ". Comme c'est l'heure, elle s'en va, mais elle est furieuse, contrairement à son aspect habituel, calme et bien élevée, contrôlée. Le lendemain, elle arrive toujours aussi excitée et me dit : " Votre histoire de femmes m'a secouée. Je me suis alors souvenue qu'à 17 ans, j'ai sûrement aimé une femme de 21 ans, très brillante, très mondaine etc, etc... J'ai beaucoup aimé cette personne " et elle revit dans cette séance tout le passé oublié.

Dans ce cas, je n'arrivais pas à formuler des interprétations transférentielles et c'est par une interprétation extra-transférentielle que j'ai pu faire bouger quelque chose, qui permette au malade de prendre conscience d'un passé oublié.

2^{ème} malade :

Un homme de 35 ans ; il parle de sa vie terne avec sa femme. Il a eu une sœur décédée. Il m'explique dans une séance que " tout va enfin bien avec sa femme, " mais qu'il n'y a pas de vie " (je dis : c'est un peu comme si vous retrouviez votre sœur morte. Réponse : je n'aime pas que vous me disiez cela mais c'est vrai et de là, il prend conscience de ses rapports particuliers qu'il a avec sa femme. Ensuite, il me dit qu'il a fait une scène au petit déjeuner à sa femme, car elle reste au lit. Pause. Je dis : " Et vous êtes malheureux de prendre votre petit déjeuner seul ? " " Oui, je suis très malheureux ". Pause. Je fais l'intervention suivante : " Et c'est seulement au petit déjeuner que vous avez ce genre de scène, est-ce que cela vous rappelle quelque chose ? " " Je me souviens qu'enfant, ma mère restait au lit et je prenais mon petit déjeuner seul ; j'essayais de la faire se lever sans aucun succès. Longue pause. Comme je connais sa biographie avec différentes langues, je lui demande en quelle langue se passent les disputes le matin : " en norvégien ", me dit-il. Du reste j'ai honte quand ma femme me parle norvégien dans un grand magasin. Quand j'étais enfant, en France, je suis passé du norvégien au français, mais ensuite quand je suis rentré en Norvège, je suis passé du français au norvégien et à l'école j'avais honte. Je ne sais plus si je parlais bien ou mal, mais mon père me faisait faire des dictées en français pour que je n'oublie pas le français et j'avais honte des fautes devant mon père. Il me grondait.

Dans ce cas, c'est une situation transférentielle, ce n'est pas une interprétation transférentielle. Ce que j'ai dit, ce sont des interventions et des interprétations extra-transférentielles qui peuvent aider le malade à faire des associations et à progresser.

Cela semble un peu bizarre de relever des procédés aussi élémentaires et importants de notre pratique quotidienne et je m'en excuse. Je pense du reste que nous sommes nombreux à travailler ainsi, même ceux qui sont en désaccord avec moi.

IX. L'amour-propre de l'analyste

Mais il existe aussi une motivation peu louable à suivre la doctrine : la glorification et la haute puissance de l'analyste. Si l'on s'en tient uniquement aux interprétations transférentielles, l'analyste rapporte tout à lui. Il a le rôle principal. Viderman proclame la toute-puissance de l'analyste : " à toutes demandes venues du divan, il est ou non répondu au seul vouloir de l'analyste ". Et plus loin : " la toute-puissance de l'analyste et de sa parole " (p. 308).

En plus de la glorification de l'analyste, ces interviews révèlent la mauvaise conscience de l'analyste. Comme le résumait un collègue : " je ne me limite pas à interpréter ici et maintenant, quoique mon contrôleur m'ait dit de le faire ", et cette mauvaise conscience a évidemment des résultats fâcheux exprimés par un autre ami : " il me semble que je réussis moins bien qu'autrefois mes analyses et pourtant je m'applique mieux à faire des interprétations transférentielles ".

Cette interprétation transférentielle est pour l'analyste une exigence minimale. Mais il n'en est pas moins vrai que la guérison se fait aussi par les interprétations du malade, Freud nous le rappelle. Or, l'analyste accepte difficilement que l'analysé puisse imaginer quelque chose à quoi, lui, l'analyste, n'a pas pensé. Et si le malade réalise des interprétations transférentielles devenant lui-même ainsi un analyste, l'amour-propre de son analyste en souffre. Mais pourquoi les interprétations du patient ne seraient-elles pas aussi bénéfiques ? D'une façon générale, on fait très attention aux interprétations de l'analyste et aux réactions du patient mais on n'accorde pas assez d'attention aux interprétations du patient.

Finalement, il apparaît que toutes les analyses se déroulent en effet avec des interprétations transférentielles au sens fort ou faible aussi bien qu'avec des interprétations extra-transférentielles et des interventions. Mais nous n'osons pas le dire, nous n'osons pas l'écrire.

X. Conclusion

En conclusion, mon propos est de mettre en question l'idée que seule l'analyse du transfert est efficace. Cette idée tend à devenir une doctrine qui est rarement énoncée par écrit. Transmise oralement, elle exclut les autres interprétations. Or, nous constatons que la doctrine est violée massivement par le plus grand nombre d'entre nous dans la pratique quotidienne de l'analyse, alors qu'elle tend à être un élément fondamental de l'enseignement oral. Il est certes tentant d'accepter une telle doctrine car elle ramène tout à l'analyste dont elle illustre et consacre le pouvoir, la toute-puissance.

Le moment n'est-il pas venu de l'examiner, voire de la contester, afin de clarifier la situation confuse et ambiguë dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

REFERENCES

- Anzieu, D. (1972). " Le travail psychanalytique dans les groupes ". Paris, Dunod, 1972.
- Brian, Bird. (1972). " J. Amer. psycho-analytic Ass. ", 1972 pp. 267 - 301 ; trad. fr. parue dans le *Bulletin du Coq Héron*, février 1973.
- Clavreul, J. (1967). " Considérations actuelles sur le transfert in l'Inconscient ", *Revue de Psychanalyse*, Paris. P.U.F. 3.
- Ezriel, H. (1950). " Pratique de la psychothérapie de groupe, Tome II. Les techniques. Le rôle du transfert dans le traitement psychanalytique de groupe ". Traduction P. Herman (1950). Paris, P.U.F..
- Fenichel, O. (1939). " Problems of psychoanalytic technic ". *Psychoanal. Quart.*, vol. 8.
- Fenichel, O. (1945). " The psychoanalytic theory of neurosis ". New York, *Norton*.
- Fenichel, O. (1953). " La théorie psychanalytique des névroses ". Paris, P.U.F.. Freud.
- A. (1936). " Le moi et les mécanismes de défense ". P.U.F. 1949.
- Freud, S. (1905). " Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora ", in *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F. 1954 pp. 1 - 91.
- Freud, S. (1912). " La dynamique du transfert ", in *De la technique psychanalytique*, Paris P.U.F. 1953, pp. 50 - 60.
- Freud, S. (1914). " De la technique psychanalytique ", Paris, P.U.F. 1953, pp. 105 - 115.
- Freud, S. (1920). " Au-delà du principe de plaisir " in *Essais de psychanalyse* Paris, Payot, 1951. pp.5-75.
- Glover, E. (1955). " Technique de la psychanalyse ". Traduit de l'anglais par C. Laurin (1958). Paris, P.U.F..
- Greenson, R. R. (1967). " The technic and practice of psychoanalysis " Vol. 1. New York, *Int. Univ. Press*. 3ème édition 1972.
- Greenson, R. R. and Wexler, M. (1969). " The non-transference relationship in the psychoanalytic situation ". *Int. J. Psycho-anal.* 50, 27.
- Lagache, D. (1952). " Le problème du transfert ". *Revue franc. Psycho-anal.* 16.
- Laplanche, J. et Pontalis, J. B. (1968). " Vocabulaire de la psychanalyse ". Paris, P.U.F..
- Loewenstein, R. M. (1958). " Remarks on some variations in psychoanalytic technic ". *Int. J. Psycho-anal.* 39.
- Nacht, S. (1956). " La psychanalyse d'aujourd'hui ". Paris, P.U.F.
- Nacht, S. (1958). " Variation in technic ". *Int. J. Psycho-anal.* 39.
- Nacht, S. (1963). " La présence du psychanalyste ". Paris, P.U.F.
- Rosenfeld, H. (1958). " Contribution to the discussion on variations in classical technic ". *Int. J. Psycho-anal.* 39.
- Schlumberger, M. (1952). " Introduction à l'étude du transfert en clinique psychanalytique ". *Rev. franç. Psychanal.* 16.
- Strachey, J. (1934). " The nature of the therapeutic action of psychoanalysis ". *Int. J. Psycho-anal.* (1969), 50, 275 - 291. (Reprinted from) *Int. J. Psycho-anal.* (1934), 15, 127 - 158.
- Viderman, S. (1970). " La construction de l'espace analytique ". Paris, Denoël.

**REFLEXIONS SUR "LA DYNAMIQUE DU TRANSFERT " (FREUD)
OU INCIDENCES CONTRE-TRANSFERENTIELLES
DANS L'ELABORATION THEORIQUE**

ANGELO BEJARANO

Parler d'un texte, de théorie, risque d'être moins concret, moins vivant que les communications cliniques que nous avons entendues hier. Toutefois nos " entretiens " devant être, avant tout, un lieu d'échanges c'est au moins mon opinion —, j'ai tenté de mettre l'accent non pas tellement sur la théorie en soi, mais sur son histoire et sur notre vécu par rapport à elle, ce qui pourrait faciliter la discussion. Il semble d'ailleurs qu'il soit important, pour nous, d'intégrer la théorie dans son historicité même, et d'y mêler la nôtre, au cours de notre évolution analytique, pour autant qu'elle s'y constitue et que, le plus souvent, notre propre élaboration théorique (ontogénétique) repasse par ses phases phylogénétiques.

Mon intention n'est donc pas de commenter devant vous l'article de Freud sur " La dynamique du transfert ", puisqu'il est connu de tous, mais d'essayer de le situer dans le mouvement de la pensée freudienne et, plus largement, de la pensée psychanalytique. Et ceci, à propos du transfert, concept central en psychanalyse.

Une première remarque s'impose : la part des textes de Freud consacrée directement et systématiquement au transfert est relativement réduite par rapport à l'ensemble de ses écrits, et date essentiellement d'avant 1917. Il faut cependant noter que le complexe d'Œdipe, autre concept central, a une place plus limitée encore dans les écrits freudiens. Même remarque quant au contre-transfert, qui suscite aujourd'hui un regain d'intérêt et sur lequel je reviendrai.

Il peut être utile, pour cadrer mon propos, de rappeler les grandes étapes du concept de transfert :

— Il s'agit d'abord dans les " Etudes sur l'hystérie " " des " transferts, phénomènes localisés, survenant au cours de la cure, et qu'il faut traiter un par un, comme de nouveaux symptômes qui se produisent sur le modèle des anciens.

— Dans " La dynamique du transfert " (1912), la généralité et l'importance du transfert sont pleinement reconnues, ainsi que sa valeur centrale comme instrument et structuration de la cure.

L'introduction à la psychanalyse (1917), ne montre aucun changement quant au concept de transfert.

En 1920, " Au-delà du principe de plaisir ", est élaborée la notion de compulsion de répétition, déjà entrevue dès 1914 (" Remémoration, répétition et perlaboration ").

En 1921, " Psychologie collective et analyse du moi ", en 1923, " Le moi et le ça ", précisent la seconde topique. Dans le premier texte, Freud rapproche la relation hypnotique (dépendance), la relation amoureuse (fascination), et la relation au leader (soumission), où l'objet est mis à la place de l'idéal du moi — mécanisme comparable à celui qui se produit dans le transfert.

Une seconde remarque, importante à mon sens, doit ici être faite. Dans " Psychologie collective ", en particulier, **Freud n'utilise que l'explication libidinale**, et nullement **la pulsion de mort**, qu'il vient pourtant de découvrir (1-2). Et l'on sait combien ce dernier concept restera longtemps délaissé par la plupart des praticiens, à l'exception des kleinien, qui l'intégreront dans leur théorie et leur pratique.

Concernant ces apports freudiens et les derniers textes de Freud, je me range à l'opinion de Daniel Lagache, dans son rapport de 1951 sur le " Le problème du transfert " (3). Je donne le sens général, faute d'avoir le texte sous les yeux : il est difficile, dit Lagache, en substance, de sous-estimer les apports des derniers écrits freudiens, à partir de 1921, quant au transfert ; néanmoins, Freud n'entreprend pas le remaniement du concept comme il aurait pu le faire et, à cet égard, se réfère toujours à son texte de 1912.

On peut, très brièvement, résumer ainsi ces grandes étapes :

1893-1900 : deux idées générales : celle de la **découverte de la résistance** (car c'est bien l'une des découvertes essentielle, basale, que Freud a déjà faite dans l'hypnose, puis dans la méthode cathartique ; là, la résistance est résistance à la suggestion et, aussi, au retour du souvenir pathogène ; dans la " psychanalyse " tout va changer), puis de la **découverte du transfert comme meilleure arme de la résistance**.

1912 : élaboration systématique de ces deux découvertes.

1921 : autre intuition géniale : découverte de la pulsion de mort, de la compulsion de répétition.

Par la suite : absence de réélaboration du concept de transfert, alors que des facteurs essentiels, et les découvertes de 1920 l'auraient permise.

C'est là que je vous propose d'en chercher avec moi la cause dans le fait que **quelque chose, dans la première élaboration s'y opposait, résistait**. Et ce facteur résistanciel ne serait-il pas la théorie de la spontanéité du transfert (affirmée dans " La dynamique du transfert ") ? Nous allons suivre cette théorie dans son historicité, pour nous en assurer et, consécutivement, celle du contre-transfert.

On sait que, dans " La dynamique du transfert ", Freud se pose deux questions :

1) Pourquoi et comment le transfert se produit-il, inévitablement, dans la cure ?

(1-2) Voir les notes et suivantes, à la fin de ce texte.

2) De quelle façon y joue-t-il son rôle?

C'est à propos de la première question — à laquelle je me limiterai maintenant qu'il conclut par la théorie de la **spontanéité du transfert**.

Nous allons voir que, comme toute théorie, celle-ci amène un certain éclairage, à l'époque, sur le problème du surgissement du transfert, mais éclairage qui, nécessairement, suscite sa zone d'ombre.

— Ce qui est éclairé c'est notamment, les notions de " disposition au transfert ", phénomène général, et de " libido introvertie ", lesquelles, dans la situation analytique, dit Freud, vont s'investir sur l'analyste.

— Ce qui reste dans l'ombre, ou y est mis, c'est **l'influence de la situation** analytique sur la survenue du transfert et **la spécificité du transfert en analyse**.

C'est même en s'interrogeant sur ces deux facteurs et en les niant, que Freud conclut à la spontanéité du transfert. Il dit en effet (p. 53) :

" Il est faux que le transfert soit, dans une analyse, plus intense, plus excessif qu'en dehors d'elle ". Et : " Ces particularités du transfert ne sont pas imputables à l'analyse, mais bien à la névrose elle-même ".

P. 58 : " La résistance de transfert se manifeste autant et aussi intensément en clinique psychiatrique (sous forme de transfert négatif ou érotique)... ceci exprimé sous diverses formes, y compris dans d'autres textes.

Néanmoins, cette négation n'est que partielle. C'est que, comme tout chercheur qui vise à théoriser, Freud ne peut manquer d'avoir en tête les phénomènes cliniques qu'il tente d'expliquer. Si ces efforts d'explication le poussent, pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons, à privilégier certains aspects, pour en laisser d'autres dans l'ombre, ces derniers ressortent en partie — on peut parler là de signes ou de retour du refoulé, ou plutôt du réprimé. Et l'on sait, par ailleurs, combien Freud répugne à enfermer la psychanalyse dans un système clos.

Effectivement, dans le même texte, Freud dit nettement (p. 57) que les résultats de la psychanalyse se fondent sur la suggestion, définie comme " l'influence exercée par un sujet au moyen des phénomènes de transfert qu'il est capable de produire ".

Il y a donc une influence, mais de suite atténuée, car il ajoute : " Nous sauvegardons l'indépendance finale du patient en n'utilisant la suggestion que pour lui faire accomplir le travail psychique qui l'amènera nécessairement à améliorer durablement sa condition psychique... " ceci apparaissant comme une justification, de l'ordre de " nous avons une influence, mais elle est bonne "... Tout psychothérapeute en dirait autant.

Un peu plus loin (p. 60), Freud parle (autre retour du réprimé) " de la situation psychologique où l'analyse a placé le patient " — ce qui est encore reconnaître l'influence de l'analyse... Et ceci, à un moment essentiel, puisqu'il s'agit, dans ce passage, de la résistance du patient qui, dit Freud, " s'arrogé le droit d'enfreindre la règle ". Peut-être reviendrai-je sur ce point, dans la mesure où il annonce ce qui est maintenant acquis, à savoir que c'est la spécificité même de la règle fondamentale qui " fonde " (c'est bien le mot juste) la spécificité du transfert en psychanalyse.

Poursuivant notre recherche, nous retrouvons ce retour du réprimé dans un texte proche, et qui va à l'encontre du concept de spontanéité du transfert. En 1915 en effet, (dans Observation sur l'amour de transfert), Freud affirme explicitement que " l'amour de transfert est déterminé (provoqué, induit) par la situation analytique " (p. 118-127) et ceci — je le souligne —, après avoir incité le médecin " d'avoir à se méfier d'un contre-transfert peut-être possible " (devant le transfert amoureux), contre-transfert qu'il faut " tenir de court ", dit-il plus loin (p. 122).

C'est là également que Freud s'exprime le plus clairement sur le contre-transfert. Et c'est dans ce même article qu'est spécifiée, à ce propos, la règle d'abstinence, ainsi reliée à la règle fondamentale, puisque la patiente va enfreindre celle-ci du fait même de l'amour de transfert.

Mon but est d'essayer de comprendre les raisons (ou la nature des raisons) qui amènent le chercheur, dans ses efforts de théorisation, à écarter certains faits qu'il connaît pourtant plus ou moins, et qui sont de sa pratique courante.

Or, sur ce point, Ida Macalpine (en 1950) (4) et Daniel Lagache (en 1951, dans son rapport) (5), sont en parfait accord. La première signale qu'il y eut " au cours du développement de la psychanalyse, un effort naturel pour la différencier de l'hypnose, qui l'avait précédée ; et que les similitudes entre les deux tendirent à être négligées ". D. Lagache est plus précis. Cette théorie de la spontanéité du transfert tient au fait, dit-il, que (p. 17) : " de longue date, les psychanalystes ont eu la préoccupation de **s'absoudre de la responsabilité du** transfert, " ceci du fait même, ajoute-t-il (p. 98), " **de la nature libidinale** du transfert. Si le transfert était de nature sexuelle et constituait même la meilleure preuve de l'étiologie sexuelle des névroses, les exigences de la morale comme celles de la science étaient que les psychanalystes fussent **innocentés du transfert**. D'où la tendance à souligner la passivité du psychanalyste "...

Voici donc mis en relief, rapidement, un moment de la conceptualisation psychanalytique où l'on voit à l'œuvre des facteurs irrationnels, étrangers aux objets traités, et qui tendent ainsi, non pas à l'explication scientifique, mais à l'idéologie — avec ses aspects obturants et défensifs, ici, défensifs par rapport au risque d'accusation de provoquer le transfert, phénomène libidinal.

Bien entendu, d'autres facteurs interviennent encore pour expliquer comment cette théorie a pu naître. Mais je ne veux ici qu'indiquer combien le processus d'intellectualisation reste sans cesse à la merci des influences irrationnelles.

Quoi de surprenant, d'ailleurs, à constater l'incidence de ces influences et par conséquent, aussi, de **nos résistances** vis-à-vis de nos objets d'intérêt : d'une part **nos patients**, à propos desquels nous ne considérons notre contre-transfert, jusqu'alors, que comme négatif, résistantiel ; d'autre part **nos concepts** nos théories, à propos desquels nos attitudes fonctionnent sous des formes qui, de plus en plus, gagneront à être considérées comme étant de nature contre-transférentielle, qu'il s'agisse de leur élaboration ou de l'usage que nous en faisons.

Et faut-il s'étonner également de ce que ces deux objets (notre pratique, notre théorie), soient tellement liés pour nous ? Puisque, non seulement l'une éclaire ou obscurcit l'autre, permet ou empêche l'autre ; que ce sont littéralement nos patients qui nous enseignent la pratique et la théorie (et certains nous l'ont assez dit) ; qu'aussi nous sommes d'anciens patients, qui avons eu maille à partir avec la pratique et la théorie (que notre analyse représentait) ; qu'enfin nous sommes et

restons, nécessairement, en état de transfert (6), (au mieux, positif voire ambivalent) vis-à-vis de notre ancêtre commun, comme vis-à-vis de nos maîtres et, en tous cas, vis-à-vis de notre métier (sa pratique et sa théorie).

Mais revenons aux avatars (à la clinique) de cette spontanéité du transfert, et à la critique qu'en fait Ida Macalpine.

Sa démonstration consiste, entre autre, à mettre en parallèle l'évolution du concept d'hypnose et celle du concept de transfert.

A l'origine, dit-elle, l'hypnose a été considérée comme facteur spécifique de l'hystérie — puis comme applicable à d'autres névroses — et, finalement, applicable aux normaux.

Or, il en fut de même quant au concept de transfert. Et elle conclut : " La liaison du transfert à la névrose (qui serait seule responsable du transfert), est la réplique exacte de la liaison première de l'hypnose à l'hystérie ".

Rejetant dès lors le concept de spontanéité du transfert, elle accède au nouveau concept **d'interaction entre le patient** (compte tenu de sa disposition au transfert) **et la situation analytique**. C'est à l'époque, un réel progrès.

Mais aussitôt et pour tenter de différencier à nouveau hypnose et psychanalyse, elle les compare de la façon suivante :

Dans l'hypnose :

Le transfert est une **relation réciproque** entre hypnotiseur et hypnotisé. L'hypnotisé transfère, mais est aussi objet de transfert (comme dans toute psychothérapie : d'aide, de conseil).

Cette interaction est décrite, par Freud, comme " groupe de deux ", où le patient est soumis à une suggestion directe contre le symptôme.

Dans l'analyse :

Le transfert n'est **pas réciproque**. Seul l'analyste est objet de transfert et nullement l'analysé. Le psychanalyste reste neutre, jamais o-acteur: Il ne s'agit plus d'une relation **entre analysé et analyste**, mais, uniquement, **de l'analysé à son analyste**.

Ce n'est plus un groupe de deux. Le psychanalyste reste en dehors du mouvement régressif ; c'est son devoir de prouver sa résistance au contre-transfert (grâce à sa propre analyse). Donc, " la suggestion ne peut, par nature, jouer aucun rôle dans la cure "...

...Ainsi cette nouvelle théorisation vient-elle **innocenter** non plus l'analyse, mais **l'analyste**, d'une influence quelconque... et de la production du transfert. Le psychanalyste n'a aucune demande, aucun désir ni plaisir (7) ; c'est le fameux " miroir ", la surface qui " réfléchit " en parfaite objectivité. Et l'on se demande comment la situation analytique peut avoir elle-même une influence si l'on en exclut l'analyste.

Aussi est-il facile, paraphrasant Ida Macalpine, de dire :

— La négation de l'influence de l'analyste (ou de son contre-transfert au sens

large) est une réplique exacte de la négation de l'influence de la situation analytique. Ou, sous forme affirmative :

L'affirmation que seul l'analysé " transfère " est une réplique exacte du concept de la spontanéité du transfert.

Voici donc un nouveau moment du mouvement de la pensée analytique, à partir d'un concept donné. Mouvement par lequel les chercheurs découvrent puis éclairent un nouveau phénomène ou facteur, qu'ils nomment et conceptualisent — mais en laissant de côté ou méconnaissant d'autres facteurs qui, par cette exclusion, suscitent des contradictions, ces dernières obligeant à une remise en cause qui, à son tour, etc...

Ici :

La théorie de la spontanéité du transfert est forgée d'abord, par Freud, en antithèse par rapport à l'hypnose, et pour s'en démarquer.

Ida Macalpine, sensible aux contradictions qui en résultent, tente une **synthèse** par retour à la thèse (hypnose) associée à l'antithèse (spontanéité) et parvient à sa formulation de l'interaction : **le patient est prêt au transfert** (disposition au transfert), dit-elle, mais **c'est la situation analytique qui induit le transfert analytique** — compte tenu de certains facteurs, au nombre de quinze, dont elle fait l'inventaire.

Par cette nouvelle thèse, elle laisse subsister (et provoque) des contradictions qui proviennent d'un inventaire insatisfaisant des facteurs en cause dans la situation analytique et de la négation de certains d'entre eux : essentiellement le contre-transfert, au sens large (et le désir de l'analyste), également les effets de suggestion — et même la règle fondamentale, qui n'est pas mentionnée comme telle (ni, bien sûr, le fait du paiement des séances !).

Le plus curieux est que, aussitôt après sa formulation différentiative entre hypnose et psychanalyse, formulation qui innocente l'analyste du transfert et du contre-transfert, Ida Macalpine " associe ", littéralement, en notant que, chez les analystes, **le thème même du contre-transfert** a toujours été ressenti, historiquement, comme **le point le plus vulnérable** en psychanalyse (471-72).

Il semble qu'il y ait quelque intérêt à réfléchir encore sur ce mouvement dialectique. Les raisons en sont, certes, liées à la nature même de notre esprit, à la nature (aussi) de nos objets d'étude (nos patients, nos concepts) et, par conséquent, à la façon dont nous abordons ces objets.

Mais ne sont-elles pas également historiques ? Sans prétendre à une recherche approfondie, il paraît possible de faire dans ce sens quelques hypothèses.

Remarquons d'abord que le contre-transfert (comme terme, notion) n'apparaît qu'en 1910 (dans " Perspectives d'avenir de la thérapeutique psychanalytique ") où Freud le nomme pour la première fois, comme obstacle à la compréhension du malade, résistance de la part du psychanalyste — et où il insiste sur la nécessité d'une analyse personnelle.

1910 encore : dans " A propos de la psychanalyse dite sauvage ", il insiste sur le tact que doit montrer l'analyste, particulièrement à propos des dires du patient, de leurs contenus sexuels, et des projections qui en sont faites sur l'analyste. Il souligne la nécessité d'attendre, pour intervenir, que l'attachement au médecin

(transfert) soit assez fort, et ajoute : (41) " c'est une erreur technique de jeter brusquement à la tête du patient, au cours de la première consultation, les secrets que le médecin a devinés ".

Cette phrase est en même temps une autocritique puisque, on s'en souvient, dans " Etudes sur l'hystérie ", Freud disait (277) " Il s'agit surtout pour moi de deviner le secret du patient et de le lui lancer au visage. Il est généralement obligé de renoncer à nier ".

En 1912, après " La dynamique du transfert ", les " Conseils au médecin " reviennent sur les **écueils du contre-transfert** et précisent la **règle d'abstinence**.

Mais c'est surtout dans " Observations sur l'amour de transfert " (1915) que cette règle est soulignée et que le contre-transfert est nettement situé comme réponse (possible) au transfert amoureux et par conséquent, comme résistance, symétrique de la résistance de transfert amoureux, donc à effets négatifs.

Le contre-transfert est considéré à partir de là :

- d'une part au **sens étroit** et localisé du terme, au même titre que le transfert dans ses débuts, quand Freud parlait " **des** transferts ", d' "**un**" transfert.

- d'autre part au sens négatif (résistanciel) du terme, de même que, à l'inverse, Freud a découvert d'abord le transfert positif, et, plus tardivement, le transfert négatif.

- par là, il est limité dans sa compréhension, comme dans ses dimensions, son surgissement, sa nature et ses effets.

Il est - il ne serait - que réponses au transfert (essentiellement amoureux). C'est un " mauvais objet " (comme le transfert négatif) et désigné comme tel. Il faut " le tenir court ", dit Freud. L'analyste a pour " devoir de prouver sa résistance au contre- transfert " affirme Ida Macalpine. Fenichel, et le monde psychanalytique à sa suite, définit le contre-transfert, ainsi conçu, comme signe d'une analyse personnelle (didactique) imparfaite.

Notons que tout ceci apparaît bien comme étant de l'ordre de la répression et de la dénégation. Et, en passant, que la dénégation du contre-transfert à laquelle arrivait Ida Macalpine, avec l'attitude (générale et technique) qui pouvait en résulter, était elle-même d'ordre contre-transférentiel.

C'est là que peut se préciser quelque peu, pour la soumettre à la discussion, l'hypothèse que j'annonçais précédemment, et qui peut se formuler comme suit :

Comme **toute découverte**, celle de la psychanalyse **est de l'ordre de la transgression** (par rapport aux idées régnantes de l'époque et à ceux qui en sont porteurs). Et peut-être celle de la psychanalyse plus encore qu'aucune autre, puisqu'elle porte d'abord sur la sexualité (à propos de l'hystérie), dans un climat à cet égard répressif (Freud lui-même manifestant quelque puritanisme). C'est aussi le moment où Freud " décroche " de Breuer, s'attache à Fliess et va entamer son auto-analyse (et l'on sait le rôle que Fliess a joué) au cours de laquelle, Didier Anzieu l'a parfaitement montré (8), chaque avancée, chaque découverte auto-analytique lui permettra une nouvelle découverte psychanalytique.

Ce qui s'oppose au progrès d'une découverte (d'une science, d'un concept) **est d'ordre résistanciel, contre-transférentiel**, comme nous venons de le voir à partir

de la théorie de la spontanéité du transfert, qui vise à nier toute influence de l'analyse sur le surgissement du transfert. On peut dire que ce qui fit obstacle, après 1912, à une réélaboration de la théorie du transfert, fut le contre-transfert (au sens large). C'est lui qui fut " **le refoulé** " c'est-à-dire, au moins en partie, le désir de l'analyste. Bien que dénié, celui-ci participait bel et bien au surgissement du transfert analytique, phénomène reconnu comme sexuel (et comme preuve même de l'étiologie sexuelle des névroses, ainsi que la sexualité infantile). Or c'était bien le désir de Freud de prouver cette découverte — mais, en même temps, de démarquer la psychanalyse de l'hypnose (9).

De même, le transfert négatif sera difficilement intégré dans la théorie du transfert, comme l'a souligné D. Lagache à propos d'un des derniers écrits de Freud (Analyse terminable et analyse interminable, 1937), ainsi que la pulsion de mort, nous l'avons noté plus haut. Là encore, une attitude contre-transférentielle semble en cause — et pas seulement chez Freud. Ceci d'autant moins que, je l'ai rappelé, il a pu en parler bien plus librement dans ses écrits de psychanalyse appliquée dont certains des plus significatifs semblent liés aux événements mondiaux, auxquels Freud ne pouvait rester indifférent.

C'est en effet en 1915 que paraissent les " Considérations actuelles sur la guerre et la mort " (et en 1917, " Deuil et mélancolie ") (10) qui semblent, dans l'élaboration de la pensée freudienne, annoncer " Au-delà du principe de plaisir ", où sont notamment prises en compte névroses traumatiques et névroses de guerre — ceci lié aux activités et recherches de Ferenczi sur ces problèmes, certainement aussi aux inquiétudes de Freud concernant ses fils et, plus largement, à son horreur évidente de la violence, du massacre, du triomphe de Thanatos. 1920 apparaît ainsi comme une année de renouveau de sa pensée. " Malaise dans la civilisation " et, plus tard, la lettre à Einstein, reprennent les préoccupations de Freud devant la guerre toujours présente et menaçante.

Comparativement, mais à un moindre degré, il semble que, après la seconde guerre mondiale, les années 50 apportent quelque renouveau à la pensée psychanalytique, comme en témoigneraient l'article d'Ida Macalpine et le rapport de Daniel Lagache sur le transfert (11) — au moins dans la perspective qui nous intéresse.

IL apparaît ainsi que, comme le montre le mouvement actuel de la pensée psychanalytique, le contre-transfert doit suivre une promotion comparable à celle du transfert. Si ce dernier structure la cure, la situation analytique (donc l'analyste et le contre-transfert) y contribue largement. Et de même que, dans " La dynamique du transfert ", Freud explicite les notions de transfert positif, négatif (et ambivalent), ce qui rend mieux compte du surgissement du transfert et de sa fonction dans la cure (résistanciel certes, mais aussi motrice) de même le contre-transfert mérite d'être envisagé non plus seulement sous ses formes (et effets) négatifs, mais aussi positifs (et ambivalents) pour que, mieux comprise sa fonction soit, par là, mieux intégrée, maîtrisée et, à son tour reconnue et utilisée comme " moteur de la cure ".

Sur le plan théorique, nous pourrions, grâce à cette réélaboration élargie de la théorie du transfert tenant mieux compte de celle du contre-transfert, dépasser bien des contradictions qui subsistent encore dans les approches qui en sont faites. Dans quoi ranger par exemple, pour le moment, des notions telles que " neutralité

bienveillante", " attitude permissive ", " lune de miel psychanalytique ", " attachement du patient au traitement ", " importance de la personnalité du médecin ", " confiance envers l'analyste ", etc, toutes expressions qui restent pré-scientifiques, en dehors ou à côté d'un concept " contre-transfert " qui permettrait de les élaborer et intégrer dans une théorie du transfert à la fois plus dialectique et plus rigoureuse.

" C'est à cause du contre-transfert, dit Serge Viderman (12), que les choses nous échappent ; c'est grâce au contre-transfert que nous percevons toutes les autres ".

Du reste, des faits cliniques et techniques d'importance majeure ont déjà suscité ce mouvement de révision, ne serait-ce que l'application de l'analyse au traitement des enfants et des psychotiques. Ida Macalpine qui les cite déjà dans cette perspective, reconnaît que le transfert prend là un autre sens, ainsi que le contre-transfert — qui, dans ces domaines, peut être directement utilisé (13). Ces applications se développant, — et notre collègue Geissmann en a excellemment parlé hier — il faut cependant noter que leur place reste relativement congrue, et que les théories acquises peinent à les intégrer. Et ceci, alors que, en dehors même de ces " territoires spéciaux nous notons souvent entre nous combien les " border line" sont de plus en plus nombreux dans notre pratique.

Je ne résiste pas à mon désir d'envisager quelques autres hypothèses historiques pouvant contribuer à rendre compte de la position de parent pauvre du contre-transfert.

En premier lieu, ne peut-on considérer que la psychanalyse elle-même est née par antithèse non seulement devant l'hypnose mais devant un contre-transfert négatif — et même un agir contre-transférentiel, à savoir celui de Breuer devant le transfert amoureux d'Anna O. ? Ce serait, en somme, aux sources mêmes de la psychanalyse, le **péché originel**, contre lequel il faudrait toujours se défendre. Ceci posait d'emblée le contre-transfert dans une perspective négative.

D'autre part, l'incitation à la " purification psychanalytique " (14) ne fut certainement formulée qu'après nombre de mécomptes dus à des contre-transferts négatifs (ou par trop positifs), faute d'analyse personnelle. Dans cet article, il est bien question des " imperfections personnelles " qui " disqualifient un analyste " ; de " tout refoulement non liquidé " qui constitue un " point aveugle ". Là encore, historiquement, le contre-transfert est situé comme négatif et dû, en fait, à l'absence d'analyse personnelle préalable.

Enfin, l'histoire du mouvement psychanalytique lui-même montre, surabondamment, que la " **purification psychanalytique** ", même une fois admise et pratiquée (y compris par Freud), a laissé ou suscité bien des points aveugles chez chacun : mais, aussi, beaucoup de points lumineux, autrefois aveuglés, avec les possibilités créatrices qui en résultaient. Toutefois, là encore, ce sont surtout les points aveugles qui nous apparaissent, avec leurs aspects négatifs, tels que les scissions (Adler, Jung... et les autres — pour n'en rappeler que quelques exemples) ou les tensions comme celle qui s'établit entre Ferenczi et Freud (ce dernier reprenant, ce fait, de façon anonyme, et à propos du transfert négatif dans " Analyse terminable... "), sans compter les exemples plus dramatiques d'analystes évoluant vers la psychose, voire le suicide.

- L'hypothèse paraîtrait là valable que l'histoire du mouvement psychanalytique — de par ses luttes, ses contradictions, ses avatars de toutes sortes, de par sa position dans le mouvement général des idées (position plus ou moins confortable aux différentes époques), et de par tout le non-dit qui a pu en résulter — que cette histoire, donc, a pesé de quelque poids dans l'élaboration (et les obstacles à l'élaboration) de la théorie.

Le cas, peut-être bien facile, de la théorie de la spontanéité du transfert paraît l'illustrer. Mais la même recherche pourrait s'entreprendre sur le transfert négatif, sur la pulsion de mort, sur le contre-transfert (où j'ai tenté de l'esquisser).

Il semble aussi que cette histoire du mouvement psychanalytique et de la théorie, jointe aux attitudes de ceux qui sont amenés à les porter, à les représenter et les transmettre, influence le comportement des analystes à la fois dans leur pratique (et vis-à-vis des aspects théoriques qu'elle implique) et dans leurs interrelations, comme enfin dans leur créativité individuelle et collective.

Sans prétendre qu'il soit possible d'analyser " finement " cette historicité qui est la nôtre, il paraît plausible d'imaginer que le fait d'en parler, entre nous, d'oser en parler — et, comme on l'a si bien dit hier, sans craindre d'y voir nos limites ni celle des autres — permettrait à l'homo psychanalyticus de voir s'élargir son champ de conscience, s'améliorer ses capacités perceptives et créatrices vis-à-vis de ses objets (pratique et théorie), en même temps que ses possibilités de communication avec lui-même, avec ses pairs et, sans doute, avec les autres espèces humaines.

NOTES

(1) Exposé fait aux " Entretiens de Vaucresson ".

(2) Et qui, par ailleurs, apparaît si clairement (sans être ainsi nommée) dès " Totem et tabou ", 1913 et à propos de l'Œdipe, (*Cinq leçons sur la psychanalyse*, 1904, p. 56 -- sur le meurtre du père). On peut là souligner la prudence de Freud, voire sa répulsion, à spéculer dans ses écrits techniques et théoriques, alors qu'il se le permet très largement dans ses écrits de psychanalyse appliquée : " Totem et tabou ", " L'Avenir d'une illusion ", " Malaise dans la civilisation ", Moe et le monothéisme ", pour ne citer que les plus connus.

(3) *Rev. Fr. de Psychanalyse*. 1952. XVI. p. 30.

(4) Macalpine. I. " L'évolution du transfert ". 1950. *R.F.P.* 3 XXXVF Mai 72. p. 445-472.

(5) " Le problème du transfert ". Op. cité.

(6) Au moins dans le sens de " disposition au transfert ".

(7) C'est pour avoir évoqué le plaisir de l'analyste à analyser — et ceci à propos du " vécu corporel dans la cure " que Nicole Berry, dans sa communication sur ce thème, a suscité des " réactions ". J. B. Pontalis, au cours de la discussion, a pu ainsi souligner combien paraît encore scandaleux, provocateur, chez les analystes, tout ce qui se réfère au corps et au plaisir (de l'analyste).

(8) Anzieu. D. " L'auto-analyse. P.U.F 1959.

Au cours de la discussion, D. Anzieu a excellemment réfuté que le lien de Freud à Fliess ait été, à l'époque, d'ordre transférentiel (voir le texte de son intervention). Je me range à son avis, puisqu'il n'y avait pas là de " situation analytique " créée par une " règle ". Néanmoins, quelque chose de cet ordre pouvait y exister — et il ne paraît pas exclu qu'Ida Bondy, connue par Fliess chez Breuer, ait joué là aussi quelque rôle dans l'attachement de Freud à Fliess, comme a pu le suggérer la communication de Mme Rosenblum. Freud note lui-même, dans " Ma vie et la psychanalyse " combien il a toujours eu besoin d'un ami auquel il s'attache sous forme passionnelle, et dont il se détache ensuite. B semble qu'il s'agisse là de quelque chose de plus que la simple " disposition au transfert " — qu'on retrouve encore à l'œuvre vis à vis de Jung, Adler, Ferenczi — sans parler de Charcot et Bernheim.

(9) On sait que c'est déjà, en partie du moins, devant des manifestations sexuelles trop violentes que Freud renonça à l'hypnose (la patiente qui, lors de son réveil, lui jette les bras autour du cou). Ce " recul " peut-il aussi expliquer (également en partie et en dehors des raisons personnelles qu'il en donne) la position derrière le divan, telle que Freud l'adopte, et avec exclusion du regard — qui, dans l'hypnose était au contraire au premier plan. En tout cas, les mêmes manifestations de la libido se retrouvent dans le transfert analytique.

(10) Ainsi que, en 1919, " Einleitung zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen " G.W., XII, 321, sqq ; S.E., XVII, 207 sqq (non traduit).

(11) Sans compter les activités et travaux anglais concernant les névroses traumatiques infantiles provoquées par la guerre.

(12) Viderman. S. " La construction de l'espace analytique ". Denoel 1970, p. 49.

(13) Des observations comparables ont été faites à propos des applications de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la dynamique des groupes.

(14) Freud. S. " Conseils aux médecins ". 1912.

