

Un lion dans la jungle. Contre-transfert, traumatisme et relation objectale

vital vézina

Ce texte démontre, dans un premier temps, l'évolution historique du concept de contre-transfert. L'auteur fait ressortir, à travers l'articulation des notions d'inconscient et de traumatisme, la place de plus en plus grande accordée à l'objet-analyste, au fil des décennies. Il en arrive à une définition contemporaine du contre-transfert qui apparaît comme l'outil essentiel pour rejoindre les couches archaïques du psychisme. Cette conception est illustrée par une séquence clinique où l'on voit se jouer la dynamique du contre-transfert à travers les notions de traumatisme et d'identification adhésive. On voit comment le travail clinique, chez une patiente présentant une problématique autistique, permet d'ouvrir un espace de pensée et amorcer un véritable travail de réappropriation.

Dans *Perspectives d'avenir de la thérapie analytique*, Freud (1910) décrit le contre-transfert comme « l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin », ce qui constitue la définition première de ce concept. En 1915, il met en parallèle, mais sans les relier, la communication inconsciente entre individus et l'aspect insoumis de l'inconscient que nous connaissons bien :

« Il est très remarquable que l'ics d'un homme peut réagir à l'ics d'un autre homme en tournant le cs [...] l'investigation de cas pathologiques montre souvent que l'ics possède une indépendance et une indifférence à toute influence presque incroyables [...] Nous pouvons admettre que la modification de l'ics par le cs est un processus difficile qui se déroule lentement. » (Freud, 1915, 107)

Puis, en 1920, l'introduction de *Au-delà du principe de plaisir*, permet de franchir un pas de plus dans la compréhension des difficultés rencontrées dans l'élaboration du matériel inconscient. Freud réhabilite le traumatisme et la réalité historique, ce qui propulse l'objet à l'avant-plan. En 1939, dans *L'homme Moïse et le monothéisme*, il reprend cette « contrainte à la répétition » en la liant aux effets positifs du traumatisme :

« Les effets positifs du traumatisme sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer

l'expérience oubliée ou, mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition, même si ce ne fut qu'une relation affective antérieure, pour la faire revivre dans une relation analogue à une autre personne. » (Freud 1939, 163)

Encore là, l'objet, la relation à l'objet est mise de l'avant dans son rôle de réappropriation de l'expérience oubliée. Freud n'en a cependant pas tiré toutes les conséquences concernant le travail clinique (Roussillon, 2001) :

« Comme on le sait, il est douteux qu'une formation psychique quelconque puisse vraiment subir une destruction totale. C'est une simple question de technique analytique que de déterminer si on réussira à faire apparaître entièrement ce qui a été caché. » (Freud, 1937, 272)

Le traumatisme n'est pas détruit, il reste enfoui au fond de l'inconscient. Il s'agit de trouver une façon de le faire apparaître dans la relation analytique, puisqu'il est constamment remis en scène. L'inconscient de l'analyste est l'outil qui peut permettre de le capter et de le rendre à nouveau « réel ». Voilà ce que nous pouvons déduire des différents écrits de Freud, qui saisit de façon intuitive les éléments essentiels du travail clinique, ouvrant ainsi la voie à la recherche sur le contre-transfert. Avec le recul, on ne peut que constater que ces recherches ont été le fruit d'un travail de liaison, par la pensée freudienne, entre inconscient, traumatisme et relation à l'objet. Il faudra cependant attendre quelques décennies avant d'assister à l'utilisation de cette découverte. C'est encore un de ces paradoxes que la science ne cesse de nous servir.

Cette communication inconsciente, à la base du contre-transfert, était considérée, au début, comme un « affect dangereux », « parmi les problèmes les plus compliqués de la psychanalyse », « un affect qu'il faut apprendre à maîtriser, à surmonter ». Aujourd'hui, elle constitue un concept essentiel au travail clinique. Nous sommes quotidiennement confrontés à la problématique du négatif, de l'irreprésentable, là où l'inconscient se dérobe à nos efforts : à des patients qui n'ont pas de mots, pas de rêves, pas de pensées, à des patients dont le discours rationnel et bien construit favorise une redoutable résistance, à des patients qui apportent des rêves vivants et colorés et qui parlent pendant des années sans que rien ne change. On ne peut que ressentir impuissance, fatigue, désintérêt à un moment où l'autre. Qu'en est-il de tout le travail accompli? A quoi servent nos interprétations? Que devient le fameux « où était le Ça, le Moi doit advenir »? Bref, comment demeurer un psychanalyste vivant et non retranché dans un « bunker » aseptique, ainsi que le mentionne Michel de M'Uzan (1994)?

Ces patients, confrontés trop tôt à des pertes catastrophiques, n'ayant pu tisser de liens, sont restés seuls et incomplets. Ils ont besoin qu'on devienne un relais leur permettant de prendre contact avec leur inconscient, pour les aider à « rendre

réelle » l'expérience oubliée. À la tâche de lever les refoulements et d'amener une « prise de conscience » s'ajoute désormais le travail de « mise en représentation ». L'aventure analytique devient alors une expérience riche qui transforme, « le plus beau voyage de ma vie », comme le mentionne Louise, après un travail ardu de plusieurs années.

Un aperçu historique, retraçant l'évolution du concept de contre-transfert à travers les écrits les plus importants, nous permettra de retracer le lent travail de liaison qui s'est fait, à travers les décennies, entre inconscient, traumatisme et relation à l'objet; démarche qui nous mènera à une définition contemporaine du concept de contre-transfert. Ensuite, nous tenterons d'en saisir la dynamique sous-jacente par l'exposé clinique d'un moment important de la cure de Louise, qui a posé plus d'un défi au jeune analyste que nous étions alors.

Historique du contre-transfert

Depuis les dernières décennies, soit depuis la fin des années soixante-dix, le contre-transfert a été beaucoup exploré et a suscité plusieurs controverses dans le monde psychanalytique. On peut probablement repérer l'origine de ces débats dans une attitude, à la base, pour le moins ambivalente, chez Freud. Bien qu'il ait décrit les manifestations et les conséquences de ses réactions affectives avec ses premières patientes, où l'on voit déjà l'interdépendance entre transfert et contre-transfert, ce n'est qu'en 1910, lors du congrès de Nuremberg, que Freud fait entrer le terme « contre-transfert » dans le vocabulaire analytique. Les années suivantes (1912; 1913; 1914;) on voit apparaître dans ses écrits les métaphores du chirurgien qui « laisse de côté toute réaction affective », du « miroir » où le médecin demeurant impénétrable ne fait que refléter ce qu'on lui montre, et ce, à côté de la métaphore du « récepteur téléphonique » où l'inconscient du psychanalyste reconstitue celui du patient, tel le récepteur téléphonique qui transforme les vibrations en ondes sonores. Par la suite, les écrits techniques deviennent de plus en plus rares. Comme on a vu, il y a eu des révolutions importantes au niveau théorique dont l'impact n'a pas été élaboré au niveau de la technique. Il ne faut pas oublier que Freud était alors dans une période d'exploration, de tâtonnement. Il était très préoccupé par ses propres réactions affectives, entre autres, face à Dora dont il gardait un souvenir douloureux. Plusieurs de ses collègues, dont Ferenczi et Jung, s'étaient engagés dans des relations troubles avec des patientes. Il était donc conscient du danger et devait prendre position devant ces comportements inappropriés qui risquaient de menacer la science naissante. Et, ainsi que le mentionne Viderman (1970), Freud manifeste la nécessité de maintenir son autorité aux yeux du patient : il doit paraître infaillible. Il n'en reste pas moins que cette attitude a donné lieu à deux courants divergents qui ont marqué la pensée et la théorisation au sujet du contre-transfert, courants qui demeurent encore présents dans le monde psychanalytique contemporain.

Ces courants, issus de la pensée freudienne, sont, d'un côté, un courant « classique » plus relié au Freud « médecin » et qui a prévalu jusque dans les

années soixante-dix où le contre-transfert est à supprimer, à maîtriser. Un courant plus « moderne » issu d'un Freud plus « humain », plus « analyste » peut-on dire, où le contre-transfert, loin d'être un obstacle au traitement en est un puissant levier, un outil de communication essentiel.

Le courant classique se caractérise par un contre-transfert à supprimer : l'analyste doit être objectif et silencieux. L'objet doit alors s'effacer pour laisser place au sujet qui se retrouve seul (à faire son analyse?). Ces analystes redoutent la perte d'objectivité issue de la projection des conflits infantiles du psychanalyste sur le patient qui devient, alors pour l'analyste, un objet du passé. Ce qui risque, selon les tenants de ce courant, de conduire à la fusion, à la folie à deux. Ce courant a prévalu depuis la disparition de Freud, en particulier aux Etats-Unis. Sa principale représentante fut Annie Reich (1951). Elle prônait la nécessité, pour l'analyste, d'avoir un inconscient pur, transparent, un inconscient complètement analysé, où tout est désésexualisé, sublimé. Ce qui équivaut, pour le moins, à ne plus avoir d'inconscient, à la négation de l'inconscient! Donc, pas d'inconscient, pas d'objet, pas de relation, pas d'analyse! Ce courant fut aussi important en France où l'on prônait la loi du silence, le psychanalyste-miroir et la frustration à outrance. Cette position a eu le mérite de mettre en relief la nécessité, pour le futur analyste, de la cure personnelle et de l'auto-analyse. Mais voilà qui ne constitue qu'un volet de l'héritage freudien. On a omis l'autre volet : la communication entre deux inconscients, notion pourtant mise aussi de l'avant par Freud. Il faudra attendre Paula Heimann qui, dans un texte de quelques pages, rétablit en 1950 les faits quant à l'orientation freudienne sur le contre-transfert et donne l'essor à un courant résolument « moderne » où l'objet-analyste commence à exister dans sa réalité.

Paula Heimann écrit son texte en réaction à l'approche classique : elle observe que les candidats se sentent coupables lorsqu'ils ont des sentiments face à leurs patients. Ils tentent d'être complètement objectifs et détachés. Elle souligne qu'il s'agit d'une interprétation erronée de la position freudienne qu'elle comprend uniquement comme une mise en garde, de la part de Freud, de ne pas utiliser les patients pour ses propres besoins. Elle va donc rendre à la relation analytique toute la vivacité qu'elle possédait chez Freud :

« My thesis is that the analyst's emotional response to his patient within the analytic situation represents one of the most important tools for his work. The analyst's counter-transference is an instrument of research into the patient's unconscious. »
(Heimann, P. 1950, 81)

Ce texte avait été précédé d'un écrit important par Winnicott : « La haine dans le contre-transfert » (1947), qui faisait écho à la position de Ferenczi sur les réponses contre-transférentielles pouvant être des réponses objectives à des attitudes du patient. Ces « attitudes » peuvent avoir une origine inconsciente. Aussi

est-il essentiel, comme le mentionne Winnicott, de reconnaître ses émotions et de se laisser guider par elles pour arriver à une compréhension réelle du patient.

Heinrich Racker (1950) et Margaret Little (1951) publient, vers la même époque, des articles importants accordant encore plus de place à l'objet-analyste dans la relation analytique : non seulement l'analyste est-il le réceptacle des identifications du patient, mais il réagit aussi avec son propre inconscient. L'auto-analyse devient alors un outil essentiel à la compréhension de la dynamique relationnelle dans cet espace, où s'entremêlent les inconscients de l'analyste et du patient. Ces auteurs ont levé définitivement l'interdit qui pesait sur le contre-transfert. À la décennie suivante, des apports importants, venus d'Amérique du sud (W. et M. Baranger) et par la suite de France (Viderman 1970; Neyrault 1974), ont eu un impact majeur dans la communauté psychanalytique. Pour ces auteurs, le contre-transfert est spécifique à la relation analytique qui demeure unique et différente avec chaque patient. L'analyste accomplit son travail avec l'aide de son contre-transfert. Il est pleinement engagé dans l'espace analytique que lui et son patient créent. Ces écrits constituent une théorie résolument objectale et relationnelle du contre-transfert :

« Le contre-transfert n'est pas un phénomène névrotique, il est "normalement" produit par la situation analytique et n'est pas uniquement destiné à l'auto-analyse mais surtout à la compréhension de la situation analytique où, dans leurs rôles asymétriques, analyste et patient sont immergés. » (Urtubey, L. de, 1994, 1325)

Cette théorie est la plus complète et la plus moderne concernant le contre-transfert qui ait été élaborée en psychanalyse. Elle dynamise la position freudienne de la communication entre deux inconscients. Elle établit le lien entre les concepts d'inconscient, de traumatisme et de relation objectale. Le traumatisme étant ce qui n'est pas représenté, véritable blessure de la mémoire, ainsi que Freud le souligne, c'est grâce à la relation à l'autre et à l'intérieur de celle-ci qu'il va pouvoir être représenté et s'inscrire dans l'histoire du sujet. Le contre-transfert est donc indissociable du traumatisme. Il est l'outil indispensable de ce travail de reconstruction. Ce courant de pensée a bénéficié, les dernières années, des travaux importants de W.R. Bion sur la relation contenant — contenu, d'Esther Bick, de Martha Harris et de Perez-Sanchez sur l'observation des nourrissons. Ce qui a permis de mieux comprendre le rôle important joué par l'objet au tout début de la vie, non seulement dans l'exploration mais aussi dans la construction du psychisme. L'objet-analyste devient un agent actif au cœur de la relation analytique : un objet auquel s'adresse une demande de contenance, de transformation psychique et de subjectivation. Cela ouvre une série de nouvelles questions et de nouveaux espaces de travail intrapsychique : de quelle façon s'effectue ce travail? Quels en sont les mécanismes? Nous savons aujourd'hui, ainsi que Freud en avait eu l'intuition en

1915, que l'inconscient du psychanalyste s'avère l'outil de choix pour parvenir à une meilleure saisie de l'inconscient. Doublé de sa capacité de contenance, de pensée, peut-on dire.

Nous allons maintenant, à travers un moment-clé de l'analyse de Louise, illustrer la façon dont l'analyse de la réaction contre-transférentielle a permis la création d'une ouverture dans ce processus analytique qui s'orientait vers l'impasse d'une analyse interminable. La réaction contretransférentielle, sous forme d'images, a permis une saisie du monde interne de cette patiente et a guidé notre manière d'être présent. Ce qui a favorisé la mise en place d'un espace de pensée à partir duquel un véritable travail de réappropriation a pu s'installer au fil du temps.

Dynamique du contre-transfert au sein d'une situation clinique

Nous pouvons distinguer deux moments très distincts dans l'analyse de Louise : une première période qui s'échelonne sur 12 mois environ, une période que nous pouvons appeler « classique » où se fait l'analyse d'une névrose hystérique non moins classique : problématique œdipienne, désir pour le père exprimé à travers des rêves, rivalité avec la mère qui devient une rivale à éliminer et culpabilité évidente. Bref, il s'agit d'un « beau cas » qui ne peut qu'en mettre plein la vue à un analyste. Mais, encore aujourd'hui, je ne peux que m'émerveiller devant la puissance de l'inconscient et de la communication entre deux inconscients que cette analyse m'aura amené à comprendre. Le contre-transfert est venu à notre rescousse et nous a permis d'entrer dans une seconde période, plus « moderne ». Lentement, je me mets à écouter, plutôt je suis forcé d'écouter, de façon plus corporelle, au-delà du contenu manifeste, un tout autre discours qui m'amène, à travers des zones très primitives, vers une petite fille enfermée dans un état de terreur catastrophique.

Louise est une belle jeune femme de 25 ans, vêtue de façon un peu trop sage : souliers plats, bas aux genoux, chemisier blanc classique et jupe en lainage de style écossais. Très posée, s'exprimant avec facilité; elle semble venir tout droit du meilleur collège privé pour jeunes filles de bonne famille. C'est d'ailleurs dans ces termes qu'elle me présente sa famille : « Ma mère et moi sommes deux grandes amies, on va régulièrement magasiner ensemble, on va au théâtre, au cinéma », le père « est très bien, très cultivé et particulièrement intéressé par la psychanalyse » sans jamais avoir « franchi le pas ». Elle garde d'excellents souvenirs de la relation à son père quand elle était enfant. Puis deux frères et une sœur dans une « saine rivalité ». Bref, une image floue, plutôt narcissique des figures parentales.

Elle a terminé avec succès des études en génie, l'année précédente. Sa première année de travail a été « l'enfer » : elle se retrouve en charge d'un chantier de construction, dans une ville à l'extérieur, donc loin de la famille, et a plusieurs hommes sous ses ordres. Elle panique, pleure tous les soirs, souffre d'insomnies et se trouve incompétente, ce qui l'amène à passer tous ses moments libres à relire ses notes de cours dans un espèce de rituel obsessionnel. Malgré tout, elle remplit son contrat à la satisfaction de ses employeurs. Bref, on peut comprendre, avec ce tableau, la

pertinence de mon diagnostic d'alors. Toutefois, un état auquel je ne prête pas alors attention aurait pu, dès ce moment, m'orienter ailleurs : je me retrouve devant Louise, figé, paralysé, incapable d'associer, dans une stupeur que je ne comprend pas du tout, ce qui, sans nul doute, a fait que je me suis accroché à l'élément extérieur, un diagnostic connu et sécurisant. Je comprendrai, plus tard, que ces impressions furtives traduisaient exactement ce que Louise voulait me faire comprendre.

En quittant son travail, elle se retrouve dans sa famille, passe ses journées au lit : à pleurer et tente une première thérapie d'orientation comportementale qui l'aide peu car « on lui disait trop quoi faire », ce qu'elle supporte difficilement. Une amie de la famille lui conseille de venir nous rencontrer. Rapidement, elle se mobilise : elle trouve un travail dans une librairie et vient s'établir dans un appartement tout près de mon bureau, qu'elle occupe en co-location. Notre travail commence tout d'abord au rythme de deux rencontres/semaine puis assez rapidement à quatre rencontres/semaine.

Les premiers mois se passent bien, « tel que prévu » : rêves, associations d'idées, émotions, etc. À la fin de la première année, je remarque qu'elle répond bien à mes interprétations, mais qu'elles restent « lettres mortes ». Je suis seul à faire le travail. J'ai le sentiment que tout reste à l'extérieur, que mes interventions ne l'atteignent pas. Elle n'en fait rien, à part d'acquiescer. Je ressens un certain malaise. Je dois me rendre à l'évidence, je n'arrive pas à communiquer avec elle, elle ne communique pas avec moi, malgré qu'extérieurement tout semble bien se passer. D'ailleurs, l'extérieur est très important pour Louise. Sa conduite est toujours calculée en fonction de l'image qu'elle donne, elle veut « tellement faire ce qu'il faut, quand il faut ». Veut-elle bien « faire son analyse »? Elle a aussi l'habitude d'écrire dans un cahier tout ce que je lui dis, souvent elle s'oblige à le répéter et s'en allant chez elle, par crainte de l'oublier, ou le note rapidement sur un morceau de papier en sortant du bureau pour le retranscrire chez elle. Ces comportements m'interrogent, je n'arrive pas encore à bien saisir ce qui se passe.

Peu à peu, au fil des mois, l'atmosphère change complètement durant les entretiens. Il n'est pas facile de mettre en mots ce qui se passe. C'est une période qui correspond assez bien à ce que Michel de M'Uzan décrit, dans la succession des différentes phases de l'activité psychique de l'analyste : un temps de la « modification du moi, lorsque l'analyste accepte de se transformer en accueillant son analysé au plus profond de lui-même » (1994, 49). C'est le moment où l'analyste accepte de prêter au patient une partie de lui-même, afin de sentir et d'éprouver ce que l'analysé ne peut sentir en lui ou n'a jamais senti, ni vu, de lui. Aujourd'hui, je peux dire que le terme « chaos » correspond le mieux à mon vécu d'alors : elle se présente, s'allonge, demeure silencieuse; pendant ce temps je me sens lourd, je lutte contre le sommeil; à certains moments je perds même conscience et je sursaute, ayant l'impression de perdre pied, de tomber, et que le temps de la rencontre est dépassé, alors qu'il s'agit, le plus souvent, d'un endormissement de quelques secondes. Parfois, effectivement, je termin

l'entrevue plus tôt ou la prolonge de cinq à dix minutes : je regarde l'heure sur mon cadran et les chiffres ne signifient plus rien, je dois faire un effort pour me situer dans le temps. Elle commence à parler, sa voix semble venir de très loin, je sens un épais brouillard. Elle raconte un rêve, s'il m'arrive d'intervenir, c'est le silence complet et j'ai l'étrange sentiment « de m'être fait avoir »; je me retrouve « piteux ». Souvent, quand j'interviens, me vient le fantasme que je lui présente une bonne cuillerée de nourriture; elle la frappe et je la reçois en plein visage. Il lui arrive souvent, durant cette période, d'aller à la salle de toilette au milieu de la rencontre. Ces comportements se répètent pratiquement à chaque entrevue. Parfois elle reste silencieuse.

Une entrevue marque un tournant. Louise se présente avec trois sacs d'épicerie qu'elle dépose par terre, en plein centre de la pièce et va s'allonger. Je vois alors des fruits rouler vers moi, des cartons de lait, des céréales et des friandises. C'est un comportement qui me surprend beaucoup de sa part, elle, toujours si discrète, si effacée. Je me sens quelque peu agressé et me dis que je pourrais aller ramasser ces sacs et les ranger dans un coin du bureau. Alors que me viennent ces idées, je remarque que les sacs forment un triangle entre Louise et moi. Puis, je me dis qu'elle a apporté sa propre nourriture, pensant à mon fantasme de la cuiller qu'elle repousse. Peu à peu, se mettent en place dans ma pensée des images très précises, très vives et colorées et une scène se déroule, comme dans un film. Je vois une savane vaste, bordée par une forêt tropicale, un peu comme une jungle, et je me vois dans la peau d'un lion, caché dans cette forêt et qui cherche de la nourriture. J'imagine Louise apeurée, ne sachant pas où je suis et qui lance un morceau de viande dans la savane. Je bondis aussitôt. Elle me voit sortir de ma cachette et peut alors mieux se cacher à son tour. Je me dis alors : « Mais, elle est en panique, parle lui, dis-lui où tu es ». Je prends alors conscience que c'est exactement ce qui se passe entre nous depuis plusieurs mois : elle a déposé en moi, par identification projective, le nourrisson affamé qui risque d'attaquer et de détruire le sein. Ce nourrisson la terrorise. Mon silence ne fait qu'accroître davantage la peur : elle ne sait pas où je suis caché, prêt à bondir sur elle, alors, elle va parler, me raconter un rêve qui ne sert, en fait, que d'appât (d'où le sentiment de me faire avoir), afin de mieux me situer et pouvoir calmer son angoisse. J'apprendrai, beaucoup plus tard, qu'elle allait à la toilette durant cette période pour s'asperger le visage, afin de calmer son angoisse et sa rage. Elle est terrorisée et sans contenant. Je crois que c'est précisément, à travers ces comportements et ces fantasmes, ce que Louise voulait me faire comprendre, un peu comme le décrit Athanassiou :

« Je pense qu'au niveau des identifications projectives, le patient "étudie", de manière inconsciente, la manière dont il va pouvoir toucher l'analyste, de manière aussi inconsciente. Il produit une scène avec des "effets" dosés, susceptibles de provoquer les résultats voulus et, tout comme un acteur qui sent son public, il

perçoit en retour si le message a passé. Dans cette perspective, la projection emprunte les moyens de la provocation. » (C. Athanassiou, 1994, p. 1664)

Louise me demande donc de la ramasser et de survivre à travers chaos, confusion et violence. Je dois donc, en offrant un étayage indispensable, permettre l'élaboration d'un espace afin que Louise puisse, à son tour, symboliser elle-même. Il s'agit plus d'une manière d'être « présent » dont nous retrouvons les principaux paramètres, à travers l'œuvre de Roussillon, notamment dans le concept de *medium malléable*. J'ai moi-même illustré ce climat de « présence » dans un texte (Vézina, 1995) où j'analysais mon travail auprès d'une patiente qui présentait une problématique d'emprise. Winnicott traduit simplement ce climat en parlant d'« attente » :

« L'analyste est prêt à attendre longtemps que le patient soit capable de présenter les facteurs de l'environnement dans des termes qui permettent de les interpréter comme des projections... il n'attend pas toujours en vain. » (Winnicott, 1969)

Après plusieurs mois de travail où je me rends compte que Louise est de plus en plus capable de parler et d'interagir avec moi, elle me dit, lors d'une rencontre : « J'ai un gros problème quand je viens ici, faut que je vous parle et continue à vous parler, mais je me sens alors exposée et vous pouvez sauter sur moi comme un animal sauvage, m'en demander toujours plus et me vider, je me sens traquée et faut que je me cache, si je ne parle pas, je me sens seule, je déprime, le moyen que j'ai trouvé dans ma tête c'est que je me dis que vous allez parler avant moi, c'est vous qui allez commencer, comme si je marquais un point, c'est complètement enfantin, ça me dépasse ». J'apprends, par la suite, que Louise a été un bébé anorexique durant les six premiers mois de sa vie! Un bébé qu'il a fallu garder en vie en ayant recours au gavage.

Nous pouvons apprécier le chemin parcouru au cours de ces trois premières années de traitement : je ne suis plus le lion qui va l'attaquer et qu'il faut tenir à distance, mais je représente un lion dont on peut parler et qu'on peut, bien sûr, analyser. Il est maintenant possible, pour reprendre Winnicott, « d'interpréter les facteurs de l'environnement en terme de projections ». La partie était loin d'être gagnée mais les personnages avaient trouvé une auteure, la scène pouvait se jouer. Des années plus tard, lors d'une entrevue de « bilan » où Louise se plait à évaluer le chemin parcouru, elle parle ainsi de ces premières années :

« Au début, je ne pouvais concevoir que je pourrais vous faire confiance et que vous pouviez vouloir mon bien. C'était abstrait, je ne venais pas vous voir, vous; c'était mécanique, magique, vous n'existiez pas vraiment, il s'agissait de me soumettre à un

rituel que je devais deviner et si je tenais le coup, je serais guérie. Je ne voulais pas ou ne pouvais pas vous voir comme un être humain ordinaire. »

Élaboration théorique

La séquence de cure que je viens de relater illustre une des manières selon lesquelles le contre-transfert permet de « remémorer l'expérience oubliée [...] la rendre réelle ». Meltzer (1975) mentionne qu'il est nécessaire d'être très patient avec ces analysants et de mobiliser une qualité particulière du contre-transfert qui est une façon de se préoccuper du patient, de s'en soucier, une présence « contenant ». Nous sommes dans le modèle bionien où le psychisme de la mère fonctionne comme un réceptacle pour les sensations brutes, chaotiques et non-intégrées du nourrisson; par sa capacité de rêverie, la mère ou l'analyste transforme ces sensations en des « expériences imaginatives personnelles » (Bianchedi, 1995). Cette élaboration permet l'introjection progressive d'un objet limitant et contenant qui forme la base d'un appareil mental. On pouvait, dès le début du traitement, constater que Louise n'avait pas d'espace interne où recevoir mes interventions et les transformer. Elle était alors obligée de les recueillir dans un cahier qu'elle conservait à la maison. Elle ne pouvait alors les utiliser; l'important était de les conserver. Elle avouait relire son cahier souvent, surtout avant de s'endormir. Est-ce que ces écrits avaient valeur d'objet transitionnel? Probablement. Un début de pensée?

La pensée se met en place au moyen d'un processus d'imitation et d'emprise qui vise à prendre possession du « dedans de l'objet » (Gibello 1994). Il n'est pas dans notre propos d'élaborer davantage ces « concepts », disons simplement que le processus conduit à une identification introjective : souvent, Louise m'utilise comme appareil à penser, à lier; dans des moments, entre les entrevues, où elle se sent angoissée, déprimée, elle se dit : « Qu'est ce que monsieur Vézina dirait? ». Cela l'amène à un travail d'introspection et en « prenant » ma pensée, elle peut relier tel ou tel événement à son état intérieur. Je deviens sa pensée : « Je suis très insécure quand vous n'êtes plus là, c'est comme si je n'avais plus rien à l'intérieur », « Quand vous partez, faut que je retienne mon souffle ». Mon absence la prive d'une pensée et la rend alors très vulnérable : c'est la pensée qui donne forme à l'insupportable et qui l'empêche de s'effondrer dans un état de désarroi total.

Bien sûr, nous retrouvons cette problématique d'absence de contenant, à des degrés variables, chez nombre de nos analysants. L'absence ou l'inadéquacité de l'objet primaire marque l'effondrement du contenant et par le fait même l'effondrement de la capacité à symboliser. Pour faire face à ces situations de détresse et de vide, l'enfant et l'adulte, plus tard, vont tenter de trouver des solutions pour colmater les failles du contenant. Ces solutions sont multiples et on les regroupe sous le terme de conduites addictives auxquelles s'ajoutent la solution

psychosomatique et une dont on parle moins : la solution autistique, différente de la solution psychotique¹. Une réflexion approfondie à partir de ce que Louise pouvait vivre et me faire éprouver surtout, m'amena à comprendre que nous étions dans le territoire bidimensionnel de l'autisme : « Je ne suis pas devenue folle, je suis devenue robot ». Il ne s'agit pas d'une structure autistique, mais nous pouvons parler plutôt d'un état autistique ou d'un noyau autistique, en ce sens que nous retrouvons, chez Louise, des défenses primitives qui appartiennent à l'autisme.

La jeune femme évolue, en effet, dans un monde mécanique, magique, comme elle le mentionne, où la pensée n'a pas cours et où les émotions sont bannies. Un monde sous la domination d'une autorité suprême à l'aspect tyrannique qui exige non seulement une soumission totale, mais une exclusivité absolue : « Vous voulez me garder ici, faut que vous soyez ma seule nourriture », « Si je fais des choses seule, vous ne serez pas content ». Tel est le prix pour survivre dans cet univers. Un « tyran » qui manipule les ficelles de ces petits robots que sont les êtres humains. Un monde régit par des lois simples mais draconiennes : « Il y a des choses à faire et à ne pas faire, tout est blanc ou noir », nous sommes dans la concrétude il n'y a pas place pour le « gris », le réversible. Louise devient confuse et perdue lorsque, parfois, il m'arrive de donner deux sens différents mais apparentés d'une même conduite : « Oui mais hier vous m'avez dit ça et aujourd'hui vous me dites autre chose, je suis perdue ». Les schèmes de pensée sont d'une rigidité absolue sans réversibilité. C'est le genre de pensée que l'on retrouve chez les somatisants mais Louise ne présente aucun symptôme physique, elle a trouvé une autre solution; elle s'est fermée au monde extérieur. Dès lors, elle évolue dans un monde qui n'est qu'une surface, un monde bidimensionnel, l'équivalent d'un vaste écran de télévision. Mais comment une telle structure peut-elle se mettre en place ?

Louise s'est formée une carapace, une seconde peau pour lutter contre des affects archaïques et la réalité extérieure : « Je voudrais tellement être parfaite, sans reproches, toujours avoir le mot juste, dire exactement ce qu'il faut et qu'on me trouve éblouissante ». Être sans pulsions, sans émotions n'est-ce pas une façon de pallier à l'absence de contenant? Un intérieur vidé de son affectivité, une forteresse vide : « Je suis juste un cadre qui me soutient, un support à robe et rier dedans, y a pas de différence entre être comme ça et être morte, je n'ai pas d'idées je fonctionne dans ma routine, je me fais des listes, des programmes et faut que j'entre dedans, sans me demander si j'en ai envie ». Meltzer (1980) élabore, dans son étude sur l'autisme, l'échec de la fonction contenante de la mère qui empêche le self de se former en tant que contenant. De son côté, Golse (1999) reprend cette idée et parle d'un « traumatisme en creux » par défaut d'un contenant primitif laissant le nourrisson à vif, à nu devant l'environnement extérieur.

Non seulement la mère n'est pas un contenant pour les angoisses de bébé-Louise, mais fait elle-même intrusion, avec ses propres angoisses, en demandant au nourrisson de les contenir : « Ma mère me demandait quelque chose que je ne pouvais lui donner, la calmer, on dirait que je n'existais que pour lui enlever ses angoisses ». Un rêve traumatique récurrent au cours de notre cheminement.

analytique exprime ce trauma à la base de la dynamique de Louise : « Je suis sur le bord de la mer; les vagues sont gigantesques; elles envahissent le rivage et viennent happer une jeune femme et nous la retrouvons alors toute démembrée ». Meltzer parle d'une mère impossible à posséder, une mère qui échappe continuellement à l'enfant, une mère informe qui ne se protège pas elle-même contre l'invasion et ne peut protéger son enfant :

« Elle n'a pas d'espace intérieur défini par de solides frontières, [...] elle ne fournit aucune base solide pour fonder une structure de mémoire ou une continuité d'expérience, ni pour forger des liens. » (Meltzer, 1980,74)

Un exemple illustre de façon dramatique cette impossibilité, pour la mère de Louise, de contenir les angoisses. Lors d'un séjour chez ses parents, la jeune femme a une altercation avec son père et se réfugie dans sa chambre : « J'étais enragée, je pleurais, je me mordais; ma mère est venue dans ma chambre et elle m'a dit : "Quand tu es triste, ça me rappelle que je suis triste" et elle s'est mise à pleurer. Je me suis calmée et j'ai décidé de rentrer à Montréal. » Cet exemple nous permet de reconstituer assez fidèlement ce qu'a été la relation primitive de Louise avec sa mère. Bick, citée par Meltzer, exprime bien ce qui se passe lors de ce genre d'incidents :

« Esther Bick had observed, in her work of direct observation of mothers and infants, something that had to do with states of catastrophic anxiety in certain infants whose mothers seemed somehow unable to contain them. When these infants got anxious, their mothers got anxious too and then the infant got more anxious and a spiral of anxiety tended to develop which ended with the infant going into a state of some sort of quivering and a kind of disintegrated, disorganized state. » (Meltzer, 1975, 295)

Ce serait là, selon Golse (1999), le noyau d'organisation de la problématique autistique soit la crainte d'être pénétré sur un mode intrusif. Dans ce contexte, on voit que l'enfant n'a pas de choix, pour survivre, pour faire face à cet état d'intrusion, de désorganisation; il doit se construire des enveloppes substitutives, telle la carapace autistique.

N'ayant pu construire d'objets internes contenant, bébé-Louise a trouvé comme solution de se coller à sa mère pour se sentir protégée au prix d'en perdre son identité : « J'aime mieux me mouler que d'être complètement abandonnée », « si je me décolle, je ne suis plus rien ». L'identité c'est l'identité de l'autre un corps pour deux. L'indifférenciation mère-Louise occupe tous les espaces de la psyché et de la vie : « J'ai toujours fait tout ce que ma mère voulait, je m'habillais

en fonction de ce qui lui plaisait, elle a décidé de tout, c'est elle qui a dit que c'était ma place en génie, elle avait tracé tout le plan de ma vie », « ça lui donne un grand choc à ma mère, chaque fois qu'elle se rend compte que je suis différente d'elle, comme si ça la heurtait ». À ce sujet, Esther Bick (1967) a élaboré au cours de son travail avec les enfants autistes, le concept « d'identification adhésive », toute première forme de relation qu'a le bébé à un objet et qui agit comme protection contre la « fin mortelle ».

La présence d'un nouvel objet disponible a créé, chez Louise, des turbulences qui ont aussitôt été colmatées par le seul modèle de relation possible pour elle, soit celui d'un collage de surface à surface. Elle est devenue hystérique, peut-on dire, telle que je la désirais, plutôt telle que mon angoisse devant son chaos interne l'avait créée. Il était, bien sûr, plus rassurant de me retrouver devant une structure névrotique que devant une structure aussi primitive. Elle est complètement disparue dans mon désir comme elle l'avait toujours fait dans la relation à sa mère. La barrière autistique nous maintenait chacun dans un rôle qui nous protégeait et empêchait la mise en place d'un véritable processus de transformation.

Lorsque l'identification adhésive en vient à céder, on retrouve au niveau transférentiel un état de confusion et de chaos devant l'expérience émotionnelle suscitée par l'objet. Elle me fait éprouver cette confusion par « collage » bidimensionnel (plutôt que par véritable identification projective) : je suis perdu dans le temps et l'espace, j'ai le sentiment de tomber. Il est important de tenir le coup et de ne pas se laisser happer, comme le mentionne Cléopâtre Athanassiou (1991), dans le trou noir de la non-mentalisation, ce qu'elle appelle entrer en « collusion » avec la bidimensionnalité : défense visant à détruire la capacité de liaison de l'analyste, tant la rencontre avec l'objet peut ouvrir des blessures mal cicatrisées. Ce chaos n'était en somme que l'expression de la catastrophe interne qui n'avait laissé, chez Louise, que des zones dévastées, inhabitables et qui avaient atteint sa capacité à penser et à élaborer les affects.

C'est dans ce creuset que la pensée de l'analyste peut prendre le relais et faire de la blessure traumatique une blessure symbolique. On peut faire l'hypothèse qu'il n'est sûrement pas anodin que ce « moment » de la cure de Louise ait été provoqué par l'entrée en scène d'un objet extérieur, les sacs d'épicerie, objet tiers qui est venu trianguler la relation. Ces processus mentaux ont été nommés par Michel de M'Uzan (1994) « pensées paradoxales », pensées qui appartiennent à l'analysé et qui se façonnent chez l'analyste. Ce sont des « pensées » qui obéissent aux lois du processus primaire et qui s'apparentent aux rêves. C'est une véritable « communication primitive », ainsi que le mentionne Joyce Mc Dougall (1978), qui vise avant tout non à communiquer, mais à agir sur celui qui écoute. Ce sont des images floues, banales, bizarres, ou des images plus précises, comme ce fut le cas avec Louise, ou des affects comme Joyce Mc Dougall en a donné un très bel exemple. Toutes ces pensées ou ces affects traduisent des vécus qui ne peuvent être pris en charge par les liaisons psychiques et qui rejoignent les éléments les plus archaïques de l'inconscient.

L'incapacité de la mère à contenir les affects primitifs destructeurs (avidité, envie), devenus dès lors des objets persécuteurs, a empêché Louise-nourrisson d'installer un véritable processus de séparation-identification qui l'aurait confrontée à la destruction de l'objet-mère. Elle en est donc restée au mode primitif de l'identification adhésive. La relation transfert-contretransfert a permis de rejoindre ces affects primitifs à travers l'identification adhésive et un chaos de la pensée. Il a fallu, dans un premier temps, me décoller d'une attention fusionnelle pour installer un espace, afin que puisse s'effectuer un travail de figurabilité. Ma psyché est devenue un écran de projection sur lequel a pu émerger des images-pensées issues de cette zone entre inconscient et préconscient. Le contre-transfert a ouvert, alors, un accès à ce qui se passait dans le monde interne de Louise et qui paralysait la relation analytique, soit à l'aspect dévorant de nos échanges : « En me donnant la nourriture, elle (la mère) voulait encore plus m'englober, comme si elle voulait que je devienne elle ». Notre relation se situait entre désir d'indifférenciation, possession absolue et crainte d'une fusion mortifère : elle se soumet, pour ne pas être seule, au lion-tyran-analyste qui risque de la dépouiller de son identité. Il s'agissait, alors, de créer une façon d'être présent qui, non seulement, ne la menacerait pas, mais lui permettrait de nous utiliser dans un processus de croissance. Tel était l'enjeu de notre travail que le contre-transfert a permis de comprendre.

Conclusion

Ce travail a permis d'illustrer comment le contre-transfert est un guide précieux pour rejoindre les couches profondes du psychisme, là où se retrouve véritablement le self dans ses aspects les plus déstructurés. Quand les mots n'arrivent pas à se dire, quand la pensée se perd dans le vide, quand il n'y a que le corps pour traduire la douleur, la relation à l'autre devient essentielle pour « rendre réelle », ainsi que Freud l'avait écrit en 1939. À ce niveau de communication « d'inconscient à inconscient », le contre-transfert est probablement le seul type de contact authentiquement psychanalytique. Comme le souligne encore De M'Uzan (1994), les connaissances théoriques et la compréhension intellectuelle sont nécessaires, mais elles ont bien des limites. Il est nécessaire que la chimère psychologique créée par la rencontre entre l'analysant et l'analyste envahisse l'espace transitionnel pour que la cure devienne un véritable moteur de transformation.

vital vézina
5312, av. mountain sights
montréal
qc h3w 2y3
vitavezina@videotron.ca

Note

1. La solution autistique se différencie de la solution psychotique par un refus massif de la relation objectale et une intolérance à la séparation corporelle, ce qui donne à ces personnalités l'allure de petits robots bien dressés. Dans la psychose il y a domination des projections identificatoires pathologiques. On peut dire que l'objet est absent dans l'autisme et omniprésent dans la psychose, fut-ce sous forme de délires ou d'hallucinations. Est-ce que l'autisme ne serait qu'une défense contre la psychose? On peut le croire lorsqu'apparaît la turbulence que provoque la rencontre avec l'objet dans le processus de restauration. Tustin, d'ailleurs, parle de phase maniaque-dépressive, dans le traitement d'enfants autistes, au moment où l'objet apparaît.

Bibliographie

- Athanassiou, C., 1991, Identification projective et contre-transfert. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, tome 10, Identifications, Centurion, 126-139.
- Athanassiou, C., 1994, La fonction contenantante : l'effet d'une technique, *Revue française de psychanalyse*, tome 58, 1661-1667.
- Bianchedi, E.T., 1995, Creative writers and dream-work-alpha, in *On Freud's Creative Writers and Day Dreaming*, London, Yale university Press.
- Bick, E., 1967, L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces, in *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, Larmor-Plage, Ed. du Hublot.
- De M'Uzan, M., 1994, *La bouche de l'inconscient*, Gallimard, Paris.
- Freud, S., 1910, Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique, in *La technique psychanalytique*, 1997, PUF, 23-35.
- Freud, S., 1912, La dynamique du transfert, in *La technique psychanalytique*, 1997, PUF, 50-60.
- Freud, S., 1913, Le début du traitement, in *La technique psychanalytique*, 1997, PUF, 80-105.
- Freud, S., 1914, *Remémoration, répétition et perlaboration*, 1997, PUF, 105-116.
- Freud, S., 1915, L'Inconscient, in *Métopsychoanalyse*, 1968, Gallimard, 65-124.
- Freud, S., 1920, Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981, 7-82.
- Freud, S., 1937, Constructions dans l'analyse, in *Résultats, idées, problèmes, 11*, PUF, 269-281.
- Freud, S., 1939, *L'Homme Moïse et la religion monothéisme*, Paris, Gallimard, Folio Essais, 1986.
- Gibello, B., 1994, Les contenants de pensée et la psychopathologie, in *L'activité de la pensée. Émergences et troubles*, Paris, Dunod, 11-26.
- Golse, B., 1999, *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, Le fil rouge.
- Heimann, P., 1950, On counter-transference, *International Journal of Psychoanalysis*, 31 : 81-84.
- Little, M., 1951, Countertransference and the patient's response to it, *International Journal of Psychoanalysis*, 32.
- Mc Dougall, J., 1978, Le contre-transfert et la communication primitive, in *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 117-138.
- Meltzer, D., 1975, Adhesive identification, *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. 11. No. 3, 289-311.
- Meltzer, D., 1980, *Explorations dans le monde de l'autisme*, Paris, Payot, 1984
- Neyrault, M., 1974, *Le transfert*, Paris, PUF, Le fil rouge.
- Racker, H., 1950, *Études sur la technique psychanalytique. Transfert et contre-transfert*, Césura 1997, Meyzieu.
- Reich, A., 1951, On counter-transference. *International Journal of psychoanalysis*, 32, 25-31.
- Roussillon, R., 2001, *Le plaisir et la répétition*, Paris, Dunod.

Urtubey, L. de, 1994, Le travail de contre-transfert, *Revue française de psychanalyse*, tome 58, 1271-1372.

Vézina, V. 1995, Paradoxe, emprise et rupture, *Filigrane*, n° 4, 83-94.

Viderman, S., 1970, *La construction de l'espace analytique*, Paris, Denoël.

Winnicott, D.W., 1947, La haine dans le contre-transfert, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

Winnicott, D.W., 1969, L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications, in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.