

"La Haine dans le contre-transfert" (1947)
"Le Contre –transfert"(1960)

Commentaire des articles de D.W. WINNICOTT

Je voudrais commencer cette soirée en vous donnant une image vivante de Donald Wood Winnicott qui m'a frappée et accompagnée durant la préparation de ce travail :

Elle nous a été retransmise par des notes autobiographiques qu'il a écrites à la fin de sa vie. Ce passage est cité le plus souvent pour illustrer le thème de la 'réparation', me paraît – cependant - être tout autant en adéquation avec le sujet qui va nous occuper aujourd'hui : « lorsqu'il était très petit, une de ses sœurs avait une poupée nommée Rosie et son père le taquinait au sujet de cette Rosie, parodiant une chanson populaire 'Rosie a dit à Donald, je t'aime, Donald a dit à Rosie, je n'en crois rien'. Donald était exaspéré par la voix que prenait son père à ce moment là. Cette poupée lui devenait de plus en plus insupportable et il eut l'impression qu'il devait *l'abîmer*. Il prit un jour un maillet de croquet avec lequel il aplatit le nez de la poupée de cire. Probablement horrifié par son acte, il se sentit soulagé quand son père chauffa le nez avec des allumettes et le remodela ». Winnicott écrit ensuite « cet acte de réparation accompli par mon père m'avait peut-être rendu capable d'accepter le fait que moi-même – cher petit être innocent – était effectivement devenu violent directement avec la poupée, et indirectement avec ce père d'humeur égale qui venait tout juste d'entrer dans ma vie consciente ». Cette violence – cette haine ? – prend encore plus de relief quand on pense que Winnicott, souvent présenté comme l'homme de la pondération et de la médiation nous montre bien qu'il avait rencontré en lui-même très tôt l'agressivité, la haine, la dépression, le sentiment de n'être pas compris mais aussi l'aide que peut apporter l'objet que vous aimez et haïssez en même temps pour vous aider à surmonter ces sentiments destructeurs...

Le texte de Winnicott : 'La haine dans le contre-transfert' que nous allons étudier principalement ce soir fut d'abord le texte d'une conférence donnée en 1946 devant un public de travailleurs sociaux et ne fut publié qu'une année après, en 1947. Celle-ci marque un tournant radical dans la théorisation du contre-transfert. A partir de ce moment, dans l'effervescence née durant la période de guerre consécutive à l'arrivée de la diaspora viennoise et allemande qui suscita un effet vivifiant d'échanges et de renouvellement des idées, en particulier à cause des répercussions directes et indirectes de l'arrivée et des controverses suscitées par les idées de Mélanie Klein, de nombreux autres travaux furent publiés sur ce sujet qui n'avait fait, jusque là, l'objet que de peu d'attentions et de développements, d'abord par Freud lui-même, puis par ses premiers successeurs.

I / Tout d'abord un très bref résumé historique sur la notion de contre-transfert¹ :

Je ne vais pas m'étendre sur ce point que vous pouvez retrouver dans de nombreux articles. Je vous incite, en particulier, à lire ou relire celui de P.Denis dans le n° avril 2006 de la Revue Française de psychanalyse qui est très synthétique. Le terme de contre-transfert apparaît sous la plume de Freud pour la première fois en 1910 dans 'La technique analytique'. Mais, bien que ce concept fut une préoccupation qui apparaît en fil rouge dans toute son œuvre, vous savez qu'il le présente tantôt comme un obstacle au développement de la cure, tantôt comme un inconvénient par rapport auquel il faut constamment rester attentif et sur ses gardes. Vous pouvez revoir les textes de 1912 = 'Le maniement de l'interprétation des rêves' ; 1915 = 'L'observation sur l'amour de transfert' ; puis 1937 = 'Analyse avec fin et analyse sans fin'. Pour Freud, le contre-transfert ne fut jamais un 'outil' pouvant aider à comprendre ce qui se passait dans une cure mais, comme vous le savez, un obstacle à éliminer

1

autant que faire ce peut grâce à une auto-analyse constante et exigeante « il faut se constituer une peau épaisse » écrivit-il à Jung ! A plusieurs reprises, il parlera de sa propre gêne et inhibition à travailler avec certains éléments surgis dans le transfert provoquant des effets dans son contre-transfert. Il reconnaît, par exemple, ne pas être à l'aise s'il est pris dans un transfert de type maternel par un(e) de ses analysants : c'est le célèbre « Je n'aime pas être la mère dans le transfert »². Pourtant, dans une lettre à Ludwig Binswanger de 1925 il écrit « ma proposition d'appréhender l'inconscient de l'analysant avec son propre inconscient, lui tendre, pour ainsi dire, l'oreille inconsciente comme un récepteur, a été formulée dans un sens modeste et rationaliste ; mais je sais qu'elle dissimule d'autres problèmes importants. Je voulais simplement dire qu'on devait se libérer de l'intensification consciente de certaines attentes, donc créer le même état en soi que celui de l'analysant ». Nous voyons, là, la réponse aux questionnements qui commençaient à émerger, en particulier chez Ferenczi qui ébranla fortement la position commune dès 1918 et fut un pionnier dans cette matière. Ceci se poursuit ensuite chez Rank en 1924, Hélène Deutsch en 1926, Glover en 1927, W.Reich en 1933, les Balint en 1936. Mais leurs apports restent dans la ligne officielle du contre-transfert conçu comme une scorie, à éliminer, à travailler et à 'purifier'.

C'est ainsi que, dès 1910 (Les chances de l'avenir de la thérapie analytique) Freud écrit : « tout analyste ne peut mener à bien ses traitements qu'autant que ses propres complexes et ses résistances intérieures le lui permettent. C'est pourquoi nous exigeons qu'il commence par subir une analyse et qu'il ne cesse jamais... » (l'analyse didactique sera proposée dès le V^o Congrès de l'IPA en 1918. Mais cette motion rencontra des oppositions et ne fut réellement adoptée qu'en 1926. Ferenczi et Rank, dès 1924³, avaient précisé que cette analyse dite 'didactique' ne devait différer en rien d'une analyse classique).

Il nous est habituel, de nos jours, de penser le contre-transfert en englobant dans cette notion tout le fonctionnement mental de l'analyste, en lui donnant un rôle en tant 'qu'objet intégrateur' et en tant 'qu'environnement facilitateur', ce qui a été spécifiquement inauguré par l'apport de Winnicott. Nous le définissons maintenant comme l'ensemble des réactions conscientes et inconscientes de l'analyste à la personne et plus particulièrement au transfert de l'analysant et l'attention portée à la relation transféro-contre-transférentielle est devenue pour nous un outil incontournable dans notre travail au quotidien⁴.

II / Je vais maintenant revenir sur deux notions fondamentales de la théorie de Winnicott nécessaires à la compréhension de cet article. Bien qu'elles soient très connues maintenant et je ne doute pas que vous les connaissiez, leur divulgation a souvent été source de grandes simplifications, aboutissant ainsi à un point de vue trop réducteur de sa pensée :

- La notion **d'environnement** qui amènera ensuite ses conceptions sur l'importance du cadre dans l'analyse et la valence contre-transférentielle des défaillances du cadre.
- La conception de **l'agressivité** puis **de la haine** chez le bébé, qui conduira à celle de la haine du coté de la mère, puis à celle de l'analyste dans le contre-transfert.

a) La notion d'environnement :

Après sa première analyse avec James Strachey, Winnicott commence, sur son conseil, un contrôle avec Mélanie Klein (1935). Ce travail fut une étape décisive pour lui-même et pour ses recherches concernant la compréhension des débuts de la vie psychique. Mais ayant accepté dans un premier temps les théorisations kleiniennes, il va s'en démarquer de plus en plus à partir des années de guerre qui l'ont conduites à travailler avec des enfants évacués, séparés de leurs familles et transplantés. Il prend alors vraiment conscience du rôle fondamental **de l'environnement** de l'enfant mais, avant tout, du bébé pour la constitution de son psychisme. Nous avons tous en tête l'exclamation célèbre « un

² H.Doolittle, Visages de Freud, Denoël, 1977.

³S. Ferenczi, O.Rank, Perspective de la psychanalyse. 1924

⁴ Sur ce sujet voir le N^o spécial de La Revue Française de Psychanalyse, avril 2006, Tome LXX, PUF 2006.

bébé ça n'existe pas ! » qu'il proféra impulsivement dans une réunion en 1942. Dix ans plus tard, il pourra développer son intuition qui est devenue un des pivots central de sa théorie :

« ...si vous me montrez un bébé, vous me montrerez certainement aussi la personne qui prend soin de lui, ou du moins un berceau avec les yeux et les oreilles de quelqu'un qui se fixent sur lui. Nous avons là un couple nourricier... Avant que ne s'instaurent les relations d'objet, nous sommes en présence **d'une unité** qui n'est pas constituée seulement par un individu ; il s'agit d'une unité formée par la situation **environnement-individu**. Le centre de gravité de l'individu ne naît pas à partir de l'individu. Il se trouve dans **l'ensemble environnement- individu**⁵ »

Tout en ne niant pas la description de la relation d'objet primaire tel que l'a élaborée d'abord Freud puis les développements apportés par Mélanie Klein, il ajoute un autre point de vue : ce que fait ou ne fait pas l'environnement du bébé pour que ces relations à l'objet primaire se constituent (il introduit là les notions originales du 'Holding' et du 'Handling'). Dans la pensée de Winnicott et dans cette citation, on pourrait tout aussi bien remplacer, le terme *bébé* par celui de *patient* et le terme *environnement* par ce qui lui est apporté par le cadre, le 'site' analytique – que l'analyste met en place et dont il est le garant.

Cet insistance sur l'unité primaire, le rôle fondamental de la mère ou d'un substitut pour que cette 'bulle originaire' qui constitue le *noyau* du *Self* comprenant les expériences in- utero, celles de la naissance et celles des tous premiers jours de l'existence, est fondamentale pour toute la compréhension des théorisations winnicottiennes (on peut souligner à cette occasion que ce fut aussi un des points sur lequel il fut le plus attaqué, certains niant même, à cause de cette insistance sur cette notion d'environnement, qu'il fut vraiment un psychanalyste...). Pourtant vous savez que c'est une conception qui est à nouveau très importante pour certains psychanalystes aujourd'hui.

Winnicott étend progressivement ce nouveau point de vue à l'ensemble de la relation analytique en s'appuyant sur les traitements des cas limites, souvent réputés inanalysables à cette époque par la technique classique. Vous avez remarqué que l'article que nous travaillons aujourd'hui commence par parler de ce type de patient, puis que Winnicott élargit progressivement sa réflexion aux cas d'analyses plus classiques. A partir du parallèle entre *individu-environnement* et *patient-cadre-analyste* découle sa théorisation originale *du cadre* dans la séance.

Winnicott approfondira ce point de vue dans un article postérieur qui complète l'article sur 'La haine' sur bien des points : 'Les aspects métapsychologiques de la régression au sein de la situation analytique'⁶(1954). Il montre que cette notion du cadre se trouvait déjà chez Freud mais il va en faire une exploitation beaucoup plus systématique : « *Freud considérait que la situation de maternage précoce allait de soi et je soutiens qu'il s'en est servi afin de donner un cadre à son travail, presque sans savoir ce qu'il faisait*⁷ ».

Il est tout à fait intéressant de relire et de s'imprégner de la liste des douze éléments nécessaires à l'établissement d'un cadre dans la séance et dans l'analyse qui contienne le patient, comme l'environnement contient le bébé⁸. L'énumération de ces éléments qui constituent ce cadre répondent en miroir à l'autre liste qu'il donne dans l'article sur 'La haine dans le contre-transfert' sur les dix-sept éléments qui conduisent la mère à haïr son bébé ou, par extension, le psychanalyste à éprouver de la haine dans la séance et dans sa pratique. C'est par des défaillances ou des variations non réfléchies de ces éléments appartenant au cadre que peut s'infiltrer, parfois de manière insidieuse et déniée, l'agressivité et la haine refoulée de l'analyste. Je pense utile de vous en citer quelques –uns des points :

I/ A un moment donné dans la journée, cinq ou six fois par semaine, (l'analyste) se met au service de son patient. (Ce moment a été fixé de manière à convenir à la fois à l'analyste et au patient).

II/ On peut se fier à l'analyste : il est là, à l'heure. Il respire ; il est vivant.

⁵ D.W.Winnicott, L'angoisse liée à l'insécurité, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, PUF, 1969

⁶ **WW1** : D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.

⁷ D.W.Winnicott, Les aspects métapsychologiques de la régression au sein de la situation analytique in 'De la pédiatrie à la psychanalyse', opus cité.

⁸

III / Pendant une durée limitée et prévue d'avance (environ d'une heure) L'analyste est attentif et se préoccupe de son patient.

IV / L'analyste exprime de l'amour par l'intérêt positif qu'il porte à son patient, et de la haine à travers la rigueur qu'il met à commencer et finir la séance à l'heure, ainsi qu'en ce qui concerne ses honoraires. L'amour et la haine sont exprimés honnêtement et ne sont pas déniés par l'analyste.

VII. Ce travail doit s'effectuer dans une pièce et non dans un corridor ; une pièce qui soit tranquille et non susceptible d'être traversée soudainement par des bruits imprévisibles ; une pièce qui ne soit cependant pas plongée dans un silence de mort, non plus qu'isolée par rapport aux bruits qui habitent normalement une maison. Cette pièce devra être éclairée convenablement mais non par une lumière en plein visage, non plus que par un éclairage variable. La pièce ne devra certainement pas être sombre et elle devra être confortablement chauffée. Le patient devra être allongé sur un divan dans une position confortable, dans la mesure où il est capable d'apprécier ce genre de position ; une petite couverture et un peu d'eau doivent être mis à sa disposition.

IX. Dans la situation analytique, l'analyste est un être plus fiable que la plupart des gens dans la vie ordinaire ; il est ponctuel, dans l'ensemble, exempt de crises de colère, non soumis à la tendance compulsive à tomber amoureux, etc.

X. L'analyste effectue une distinction très claire entre la réalité et le fantasme, de telle sorte qu'il n'est pas blessé par un rêve agressif.

XI Le patient peut compter sur une absence de réaction de l'analyste suivant la loi du talion.

XII. L'analyste survit. (!)

Nous voyons bien, maintenant, que pour Winnicott on peut faire un parallèle strict entre l'environnement qui doit contenir le bébé pour sa bonne croissance psychique et l'environnement analytique institué en tant que cadre établi de façon stable, qui peut contenir le patient et laisser se développer dans sa régression ses sentiments agressifs et haineux, tout en contenant – de façon tout aussi nécessaire – ces mêmes sentiments chez l'analyste dans la séance.

b) Un mot, maintenant, sur la théorisation de Winnicott sur l'origine de l'agressivité et de la haine :

Winnicott est resté résolument freudien en ce qui concerne ses conceptions sur le développement de la haine dans le développement de la vie psychique et n'a pas suivi sur ce point les conceptions de Mélanie Klein qui s'appuie, elle, sur le développement systématique des conséquences de la deuxième Topique. Cependant, là aussi, ses conceptions sont originales. Il est surtout sensible à la pulsion de vie, force vitale qui pousse le petit humain vers la santé qui fait qu'il s'adapte, au prix de distorsions plus ou moins massives, à un environnement insuffisamment bon. L'agressivité primitive du bébé n'est qu'une manifestation de cette pulsion de vie, c'est la faim et l'avidité, avec ses qualités motrices, qui le poussent à être un 'ruthless baby'. Cet aspect *cruel et impitoyable* (ruthlessness) est ressenti ainsi par l'observateur quand le nourrisson en est au stade d'une absolue dépendance à sa mère. Cependant, le bébé ne peut en avoir – à ce moment là – ni conscience, ni intentionnalité :

« ...Il est important de noter, à propos de cette agressivité instinctive que, bien qu'elle ait été mobilisée pour être mise au service de la haine, elle fait partie à l'origine de l'appétit ou de quelque autre forme d'amour instinctif. Elle est quelque chose qui augmente au moment de l'excitation et dont l'exercice procure un très grand plaisir »

Cette conception rejoint de très près celle que Freud expose dans 'Pulsion et destin de pulsion'¹⁰, article qu'il cite dans 'La haine dans le contre-transfert' et sur lequel il appuie son argumentation. Pourtant il m'apparaît, là, un deuxième écart : l'objet ne naîtrait pas seulement dans la haine comme le propose Freud, mais primitivement tout aussi dans l'acmé de l'excitation. Cet aspect jubilatoire et orgasmique aura des développements tout à fait importants ensuite dans la théorisation de Winnicott sur l'objet trouvé-créé et a des conséquences dans les conceptions qu'il expose dans son article sur le contre-transfert .

Le deuxième temps implique – cependant – que l'agressivité primaire aura besoin de rencontrer une opposition, apportée par l'environnement, pour que se mette en marche le processus qui va permettre

⁹ D.W.Winnicott, L'agressivité et ses racines in *Déprivation et délinquance (= WII)*, Paris, Payot, 1994, p. 87-88

¹⁰ S.FREUD, Pulsions et destin des pulsions in *Métapsychologie*, Trad. J.Laplanche et J.B Pontalis, Paris, Gallimard, 2002, p.42, 43.

au bébé de constituer l'opposition moi/non-moi et ainsi construire un objet qui soit extérieur à lui. Chez Mélanie Klein, l'objet est immédiatement clivé en bon et mauvais objet. Pour Winnicott, si le bébé clive aussi le bon du mauvais, cela ne va être que le résultat secondaire consécutif de la frustration et de la rencontre avec l'environnement. Cet objet extérieur devient le support du travail d'intégration qu'il va devoir faire pour fusionner les aspects agressifs primitifs et les aspects libidinaux. Ainsi, le bébé a *deux mères* : une mère en tant qu'objet et une mère-environnement. Le travail de fusion-intégration va évoluer à travers le stade de la 'sollicitude' (concern) vers la réunification de ces deux aspects de la mère qui correspond, plus ou moins, à la position dépressive de M.Klein. Mais seule une mère qui 'survit' aux attaques de son bébé est une mère qui procure un environnement propice à ce travail de 'personnalisation'. C'est ici qu'intervient le concept de 'mère suffisamment bonne'. La traduction française ne rend pas exactement ce que Winnicott désignait par la 'good enough mother' qui est plutôt équivalent à la 'mère moyennement ordinaire' ou la mère 'juste assez bonne'. Il la qualifie aussi comme : « la bonne mère ordinaire avec son aptitude à s'adapter activement¹¹ ». Il demandera à l'analyste d'avoir la même capacité à s'adapter, à être 'malléable' et pense que l'analyste ne peut, lui aussi, être vraiment parfait et ne le doit pas, d'ailleurs. Mais il précise qu'un analyste 'suffisamment bon' doit pouvoir contenir en lui le temps nécessaire ses interprétations, les garder en soi disponibles pour des interprétations futures, dans un temps où le patient pourra le supporter. Comme la mère avec son bébé, il ne doit pas réagir dans la rétorsion et se garder de ce qu'il appelle des 'interprétations-représailles' par où sa haine déniée pourrait s'infiltrer et se révéler.

Si l'environnement n'est pas suffisamment bon, il peut y avoir plusieurs type de conséquences : soit il y aura une constitution d'un 'faux-self' en réponse aux empiétements, avec, dans l'analyse le renforcement des clivages du patient, soit un développement exagéré des motions agressives et haineuses, ceci étant tout aussi valable pour le développement de l'Infans que pour ce qui se passe dans la situation analytique.

Quand l'agressivité s'est transformée en haine, seul un environnement suffisamment bon peut aider l'enfant à dépasser ces affects en survivant à ses agressions. C'est par ce biais que Winnicott introduira le thème si important dans son œuvre de 'l'utilisation de l'objet', thème si prégnant dans tous ses derniers travaux. L'article sur 'La haine dans le contre-transfert' annonce aussi ce thème en montrant comment le contre-transfert peut être compris comme une 'utilisation' de l'analyste dans le processus de transformation qui se produit chez le patient.

C / La haine du côté de la mère :

Comme Winnicott le dit lui-même dans son deuxième article de 1960 sur 'Le contre-transfert', le premier article 'La haine dans le contre-transfert' est d'abord et surtout un article qui traite avant tout de la haine du côté de la mère et – partant – de celles l'analyste dans ses réactions contre-transférentielles. Ce thème avait été introduit dès 1939 dans une conférence qui a été publiée sous le titre 'L'agressivité et ses racines'¹². C'est à dessein que je vous cite ce passage car il n'est pas sans résonance avec la vignette clinique que je vous présenterai à la fin de mon exposé :

« Je connais une mère qui m'a dit : 'Lorsque mon bébé me fut apporté, il s'est jeté sauvagement sur mon sein, a tiré mes mamelons avec ses gencives, et en quelques instants je me suis mise à saigner abondamment. Je me suis sentie en morceaux et terrifiée. Cela m'a pris longtemps pour me remettre de la haine que j'ai ressentie contre cette petite bête, et je pense que c'est la raison pour laquelle mon bébé n'a jamais vraiment eu confiance dans une bonne nourriture »

On voit bien ici le passage du 'ruthless baby' (=impitoyable ; ruthlessness = implacable) qui est agit par son agressivité primitive qui le fait prendre le sein sans ménagement, vers la fantasmatisation de la mère qui vit son bébé comme agressif et haineux et qui éprouve alors de la haine pour ce bébé qui est pour elle – heureusement cependant en premier lieu - un objet d'amour libidinal. Pour la mère, le stade de l'ambivalence a été atteint et l'objet d'amour peut-être aussi objet de haine quand il est objet de

¹¹ (WI) p.69

¹² (WII) L'agressivité et ses racines.

frustration des pulsions libidinales (nous sommes toujours ici dans une conception de la haine référée à la première topique).

Dans l'article de 1947, huit ans plus tard, Winnicott va développer cette observation. Si l'on s'en tient à cette terminologie, c'est la mère qui hait le bébé *avant que celui-ci* n'éprouve de haine véritable pour elle ou pour tout autre objet d'amour¹³ :

« J'é mets l'hypothèse que la mère hait le petit enfant avant que le petit enfant ne puisse haïr la mère et avant qu'il ne puisse savoir que la mère le hait »

Il décline ensuite les 17 raisons pour lesquelles une mère peut haïr son bébé (dans une liste non exhaustive !). On entend, là, les traces des innombrables paroles des mères dans ses consultations pédiatriques, celles qui sont reprises aussi dans les 'nurseries rhymes' et les histoires d'enfants, celles que nous voyons aujourd'hui être mise en scène dans des publicités de la télévision, celle que le grand public commence à connaître à la suite de la révélation des derniers cas dramatiques de déni de grossesse qui ont fait la 'Une' des grands journaux. Nous, psychanalystes, sommes « habitués » maintenant à ce thème de la haine de la mère pour son bébé. Je me souviens – pourtant – à quel point cette liste m'avait choquée quand je l'ai lue pour la première fois. Freud, le premier, ne pouvait envisager chez une mère autre chose qu'un amour inconditionnel pour son enfant, lui qui disait que la relation de la mère à son bébé-garçon était la seule relation d'amour qui n'était pas ambivalente... Comme la notion de sexualité infantile, cette notion de la haine de la mère pour son bébé est refoulée par l'inconscient collectif et reste un 'tabou' majeur. Il a fallu aussi de nombreuses années avant que les analystes puissent penser que les risques du contre-transfert ne se situaient pas seulement du côté d'un excès pulsionnel libidinal **positif** du côté du patient et/ou de l'analyste. Winnicott est le premier à réfléchir sur la possibilité d'un excès pulsionnel **négatif** par l'émergence de sentiment agressifs et haineux du côté de l'analyste, ces sentiments préexistants à l'état latent à ceux qui peuvent émerger chez le patient, sentiments contre-transférentiels que le 'setting' analytique est destiné à canaliser, comme nous l'avons vu.

III / De la haine de la mère à la haine de l'analyste : le contre-transfert selon D.W.WINNICOTT :

Nous pouvons maintenant aborder avec les outils nécessaires ce qui fait le centre de notre étude : la conception du contre-transfert que Winnicott nous expose dans ses deux articles et l'aspect plus particulier de l'irruption de la haine dans le contre-transfert. Vous avez pu lire que, dans son premier article sur la Haine, Winnicott s'adresse non seulement à des analystes mais aussi à des psychiatres, infirmières psychiatriques, éducateurs, soulignant que les phénomènes de contre-transfert sont le lot de tous les soignants et méritent d'être pensés par tous ceux qui risquent d'y être exposés dans leur profession.

Dans ces deux articles (et encore de façon encore plus prégnante dans le second), Winnicott insiste pour dire qu'il est attaché à la notion du contre-transfert tel qu'il a été envisagé de façon classique par Freud et ses premiers successeurs : le contre-transfert est une 'scorie', il est issu de l'imperfection de l'analyste et du fait qu'il ne maintient pas une attitude 'professionnelle'¹⁴. Pourtant, il fait deux avancées capitales dans l'article de 1947 :

- la première est celle qui concerne le fait que la haine apparaît *d'abord* chez la mère avant d'apparaître chez le bébé (ce que nous avons développé plus haut) et *d'abord* du côté de l'analyste avant qu'elle ne soit revécue chez le patient en état de régression et que cette haine **véritable, réelle**, est nécessaire à la progression du bébé et à l'amélioration du patient.
- la seconde concerne la conception du contre-transfert qu'il élabore à la lumière de cette avancée, bien qu'il cherche à la limiter « aux cas de recherche », patients psychotiques ou borderline, d'après nos définitions actuelles. Winnicott nous dit que ces avancées furent la conséquence de rêves révélateurs

¹³ (WI) p. 55

¹⁴ (WI) Les aspects métapsychologiques de la régression au sein de la situation psychanalytique, 1952.

qu'il avait faits à la suite d'une période durant laquelle il trouvait « qu'il faisait du mauvais boulot ». Je reprend son texte :

« J'ai dû apprendre en particulier à examiner ma propre technique chaque fois que surgissait des difficultés, et dans les périodes de résistances – une douzaine environ – il est toujours apparu que la cause se trouvait dans un phénomène de contre-transfert qui nécessitait une analyse plus poussée de la part de l'analyste »

Nous sommes aujourd'hui un peu surpris de le voir tant insister sur le comportement 'professionnel' de l'analyste, en références aux conseils de Freud dans ses écrits sur 'La technique analytique'¹⁵. Nous qualifierions souvent aujourd'hui cette attitude 'professionnelle' de 'faux-self analytique' défensif, 'maladie infantile' de l'analyste. Non sans humour, il fait lui-même une liste des réactions défensives que peut avoir l'analyste quand il est envahi, sans s'en rendre compte, par des réactions de contre-transfert qui lui échappent, en particulier quand il ne supporte pas la régression à un état de dépendance absolue du patient :

« Maintenant asseyez-vous ! Remontez vos chaussettes ! Allons ! Parlez¹⁶ ! » et *« La dépendance n'est pas un pique-nique »*, soulignant les difficultés de l'analyste avec ce type de patient qui ne sont peut-être pas seulement dans un état de grande régression, comme Winnicott nous le dit, mais qui témoignent d'un état que nous nommerions sans doute aujourd'hui 'état limite' ou 'borderline' qui arrivent souvent, maintenant, sur nos divans.

Winnicott n'adopte pas les excès de l'utilisation de la notion d'identification projective appliquée au contre-transfert qui a conduit certains à penser que toute motion éprouvée par l'analyste ne serait **que** l'effet de ce que le patient a projeté en lui, comme si l'analyste n'était qu'un réceptacle vide et sans réaction propre. Ce point de vue commencera à émerger dans les années qui suivirent la parution de l'article de Winnicott avec les premiers travaux kleinniens sur ce sujet. En particulier, cette position sera développée par Paula Heimann en 1950 *« le contre-transfert n'est pas une partie de la relation analytique : il est la création du patient¹⁷ »*. Cette position sera encore plus systématisée par les auteurs classiquement kleinniens qui vont suivre. Winnicott insiste particulièrement sur son désaccord ce point dans l'article de 1960 (qui est une communication faite dans un colloque sur le contre-transfert où il répond à une intervention jungienne).

Ce ne fut pas non plus la position d'Heinrich Racker¹⁸, analyste d'origine polonaise, formé à Berlin puis à Vienne avant d'émigrer en Argentine en 1939, qui publia exactement au même moment un article sur le contre-transfert, sans avoir connaissance – semble-t-il - du travail de Winnicott. Dans cet article, toujours intéressant à lire aujourd'hui, Racker insiste, lui, surtout sur la part névrotique du contre-transfert qui perturbe le travail de l'analyste et décrit une 'névrose de contre-transfert', forme pathologique de réaction au transfert que peut développer un analyste.

Mais revenons à Winnicott : il décrit et distingue trois acceptions différentes pour les phénomènes de contre-transfert, comme il distingue aussi trois catégories différentes de patients qui conduisent chacun à une technique différente et - on peut le penser - à des phénomènes contre-transférentiels différents¹⁹ :

- le premier groupe est constitué par des patients ayant atteint la maturité considérée du point de vue des stades de dépendance. Ils sont – par conséquent - aptes à distinguer le moi du non-moi. Ce sont les névrosés classiques pour lesquels la technique psychanalytique a été créée.
- le second groupe a atteint ou dépassé un stade de développement en lien avec la dépendance relative. Ils ont encore besoin d'une aide importante de l'objet et – si la technique qu'il faut employer avec eux est plus ou moins la technique classique, ils vont avoir besoin de mettre beaucoup à l'épreuve les capacités de survie de l'analyste et les motions liées à la réparation.

¹⁵ S.Freud, La technique analytique, Paris, PUF, 1977, p.27.

¹⁶ D.Winnicott, Les aspects métapsychologiques de la dépendance, **WW1**

¹⁷ P.Heimann, A propos du contre-transfert, in ouvrage collectif, Paris, Navarin, 1987.

¹⁸ Racker H., Etudes sur la technique psychanalytique. Transfert et contre-transfert , CESURA, 1997

¹⁹ **(WI)** Les aspects métapsychologiques de la régression au sein de la situation analytique, p.132.

- Le troisième groupe concerne les patients décrits dans 'La Haine dans le contre-transfert'. Ce sont des patients qui ont souffert d'une défaillance précoce dans les apports de l'environnement, soit par ses carences, soit par excès d'empiétement. (rappelons qu'à l'époque où Winnicott écrit cet article, il postule que ce sont ces causes qui sont à l'origine des organisations psychotiques).

Pour ce troisième groupe de patients « l'analyste assume une tension bien différente en quantité et en qualité ²⁰ » qui va engendrer chez lui des affects spécifiques qu'il va falloir traiter en tant que manifestations contre-transférentielles de façon différente et réinterpréter dans le cours de l'analyse de façon aussi bien spécifique. Si le patient a fait l'expérience d'angoisses impensables et de vécus d'agonies primitives, il ne sera pas capable d'utiliser les interprétations classiques de la même façon qu'une personne qui n'aurait pas vécu des expériences d'une même intensité. L'analyste va devoir 's'adapter', il va *vivre à son issu* des expériences émotionnelles différentes et va devoir les comprendre et les analyser avant de pouvoir s'en servir comme *outil de travail* interprétatif. Dans son article, il montre que c'est souvent par le biais de son activité onirique et de son élaboration que l'analyste va pouvoir comprendre la qualité de ce qui est transféré et des affects contre-transférentiels qui sont mobilisés :

« Comme je m'éveillais, je me rendis compte que j'avais compris à un niveau très profond quelle était ma difficulté à ce moment là. La première partie du rêve représentait les angoisses ordinaires qui peuvent surgir devant les fantasmes inconscients de mes malades névrosés...La seconde partie du rêve se rapportait, toutefois, à ma relation avec la maladie psychotique²¹ »

Winnicott précise donc bien dans quel cadre le phénomène du surgissement de la haine du côté de l'analyste peut se produire et pourquoi il est important dans ce contexte de ne pas le considérer comme un 'résidu' non-analysé de l'analyste. Au contraire, il montre combien il peut être précieux pour la compréhension interne de l'analyste et, donc, pour le patient. Celui-ci va pouvoir éprouver pour la première fois de sa vie un sentiment 'réel' chez son analyste qui va lui permettre d'éprouver un même sentiment 'réel' en lui, ce qui n'a pu encore advenir.

Depuis le début de ma conférence, nous constatons à quel point Winnicott fait constamment un parallèle entre ce qui se passe entre une mère en état de préoccupation maternelle primaire avec son nourrisson et ce qui se passe entre un analyste et son patient quand celui-ci est dans un état de régression et de manque si profond qu'il provoque le même état de 'préoccupation psychanalytique primaire' chez son analyste. Margaret Little nous a relaté des moments de son analyse avec Winnicott qui continuent de nous étonner²². Ils montrent à quel point l'analyste Winnicott s'adapte et adapte le cadre et la technique jusqu'à des extrêmes qui ne sont pas sans nous rappeler 'l'élasticité de la technique' prônée par Ferenczi.

Cependant, Winnicott souligne qu'une trop grande souplesse du cadre, comme une trop grande sentimentalité envers l'enfant serait à comprendre comme un déni de cette haine et n'en permettrait pas l'élaboration : « il (l'enfant) lui faut haine pour haine ». Les dérives vers une trop grande élasticité du cadre qui s'adapterait au patient ne serviraient pas l'analyse.

On constate aussi que les aspects féminin et maternels du contre-transfert paraissent prendre toute la place :

« Je crois que dans l'analyse des psychotiques et dans les tous derniers stades de l'analyse, même d'une personne normale, l'analyste doit se trouver dans une position comparable à celle de la mère d'un nouveau-né » (WI ,page 56, souligné par nous)

²⁰ (WI) La haine dans le contre Transfert, p. 51.

²¹ (WI) La Haine dans le contre-transfert , p.52

²² M.Little, Un témoignage. En analyse avec Winnicott, in Nouvelle Revue de Psychanalyse n°33, 1986, p. 280-310.

Bion reprendra plus tard ces aspects avec sa théorisation de la capacité de rêverie de la mère, sa fonction contenance et de 'retraitement' appliquée au champ de l'analyse. Mais il insistera beaucoup plus, cependant, sur les vecteurs paternels et masculins du contre-transfert.

Malgré les restrictions qu'il annonce au début de l'article, on peut néanmoins constater que Winnicott étend – comme à son corps défendant – sa conception de la technique analytique appliquée aux cas limites et aux psychotiques et sa conception du contre-transfert à tous les cas d'analyse quand le patient, porté par le cadre, régresse aux tous premiers stades de son développement. Dans l'analyse du rêve qu'il fait à propos de sa patiente dans cet article, il nous montre de façon saisissante comment fonctionne le couple analytique. Nous voyons se déployer ainsi ce que dit Thierry Bokanowski²³ :

« dans le hic et nunc des séances, cet ensemble nouveau peut être considéré comme la dimension intersubjective de la cure analytique, reflet de l'activation pulsionnelle, affective et représentationnelle qui intéresse chacun des protagonistes du couple analytique, y compris leurs tiers absents (objets internalisés) ».

C'est à ce niveau que Winnicott élabore sa conception vraiment novatrice et originale du contre-transfert : le patient active chez l'analyste des motions pulsionnelles qui ne sont pas seulement **un résidu non analysé** qui viendrait gêner le travail analytique, qui ne sont **pas non plus seulement le dépôt des identifications projectives** déposées dans l'analyste par le patient. Béla Grunberger²⁴, reprenant cette question dans le cadre d'une théorisation classique de l'espace analytique, éclaire ce que Winnicott nous a apporté, en parlant de la relation de fusion narcissique nécessaire entre le patient régressé et son analyste. Cet état permettrait donc une fusion primitive archaïque avec l'inconscient lui-même dans la relation analytique, ce serait à ce moment là le travail spécifique dévolu à l'analyste de construire quelque chose à partir de ses mouvements contre-transférentiels. Il s'agit bien de l'élaboration d'un **travail commun** qui n'est – cependant – pas symétrique. Car, comme nous l'avons vu, l'analyste doit savoir attendre le moment où son patient aura atteint une maturation suffisante lui permettant d'intégrer ce qu'il n'a pas pu encore vivre pour son propre compte, ce dont il ne peut avoir conscience et qui ne viendra au jour que par ce **passage obligé du contre-transfert de son analyste**. C'est parce que celui-ci va pouvoir se laisser traverser par ce qu'induit en lui, d'abord de façon préconsciente et/ou inconsciente, non obligatoirement névrotique, restes des strates de son propre développement. C'est parce que l'analyste pourra les accueillir en lui, les reconnaître, les analyser pour son propre compte et les vivre authentiquement avant de les restituer au patient que le travail analytique aura des chances de pouvoir aboutir à un travail mutatif véritable :

« si le malade cherche la haine objective ou justifiée, il faut qu'il puisse l'atteindre, sinon il n'aura pas le sentiment que l'amour objectif peut-être à sa portée » (WI, p.53)

IV / Un exemple clinique :

En relisant cet article de Winnicott, le souvenir très vif d'un moment d'une de mes analyses, déjà ancienne, s'est imposé à moi. Il s'agit d'une patiente que je vais appeler 'Valérie' qui est venue en analyse dix années après avoir fait une première psychothérapie avec moi, qui avait été arrêtée rapidement dès l'obtention de la sédation du symptôme pour lequel ses parents me l'avaient amenée. Pour ses parents, Valérie était une petite fille de 10 ans, effacée et sans problème et ils ne comprenaient pourquoi, brutalement, au cours d'un repas banal où, comme toujours, ils mangeaient en regardant la télévision, leur fille s'était levée, avait couru brusquement dans le jardin et avait crié à plusieurs reprises « je n'existe pas...je n'existe pas... ». Diverses crises de ce type s'étaient manifestées ensuite. Un bilan médical pratiqué n'avait donné aucune explication de ce phénomène étrange. Valérie avait donc commencé sa psychothérapie, après m'avoir été adressée à un pédopsychiatre. Je garde de ce premier

²³ Bokanowski Thierry, 'Souffrance, destructivité, processus' Congrès des psychanalystes de langue française, 2004.

²⁴ B.Grunberger, Le Narcissisme, PAYOT, 1975

traitement le souvenir d'un ennui mortel, Valérie s'appliquant à être conforme en tout à ce qu'on attendait d'elle, n'exprimant que des propos d'une banalité insondable. Je n'avais – cependant - pas d'éléments suffisants pour comprendre ce symptôme dans le cadre d'une construction caractéristique d'une hystérie. Nos entretiens et du magnésium (donné par le médecin de famille) eurent un effet 'magique' et Valérie entra au collège sans plus de manifestations, fière de m'annoncer sa puberté : « je suis comme ma sœur ». La conformité, là aussi était l'élément le plus signifiant.

Lorsqu'elle est revenue d'elle-même demander à 25 ans d'entreprendre une analyse, elle souffrait de ne pouvoir arriver à avoir une vie 'normale', comme ses amies, de ne pas avoir de petit copain et de se sentir toujours en retrait parmi les autres. De plus, les 'crises' étaient revenues : elle les décrivait comme de brefs moments très proches de sentiments de dépersonnalisation qui s'infiltraient dans le cours de sa vie, qu'elle cachait aux autres et dont elle avait honte. Elle m'apprit tout de suite que ce qu'elle avait caché de toutes ses forces à moi et à tout le monde, était un long épisode d'attouchements sexuels par le mari de sa nourrice, où elle allait passer la journée durant le travail des parents, entre 3 et 6 ans environ. Toute petite, vers trois mois, au moment de son sevrage d'avec sa mère qui reprenait son travail, elle avait été placée brutalement chez ses grands-parents qui la gardaient la semaine entière, avant d'aller – plus grande – chez ces nourriciers.

Après cinq ans de travail analytique où nous avons surtout travaillé autour de toute cette construction en 'faux-self' qui lui avait permis de survivre et de circonscrire les séquelles traumatiques, Valérie allait réellement mieux. Elle avait pu avoir une relation amoureuse, s'était mariée et attendait un enfant. Il me semblait, néanmoins, que quelque chose de central n'avait pu encore être atteint, des aspects profondément clivés, sans doute, qui étaient recouverts par sa recherche forcenée de conformisme et une organisation où le masochisme moral primait. Ceci rendait ses séances souvent très ennuyeuses car elle déversait tous ses petits malheurs qu'elle avait, bien sur, organisés elle-même, de façon très répétitive.

Sa grossesse, curieusement, se déroulait sans problèmes et sans plaintes mais dans une absence des résonances fantasmatiques habituelles durant la gestation, qui m'inquiétait par moments, me faisant penser que ces aspects clivés se renforçaient mais ne me donnant aucune occasion pour interpréter dans ce sens. Une semaine avant le terme prévu, elle va à la maternité pour le dernier rendez-vous avec l'anesthésiste. On découvre là, brutalement, qu'elle est en train de commencer un début d'éclampsie (montée brutale et inattendue de tension, avec un risque vital très important pour la mère et/ou le bébé : une mère sur 50 et un bébé sur 14). La naissance est alors provoquée immédiatement, la petite fille naît assez facilement. Cependant, ma patiente reste durant quelques jours dans un état très sérieux avec un pronostic réservé. Juste après la naissance, elle est encore assez consciente quand on lui met, à sa demande, la petite au sein. Le bébé le prend tout de suite avec grande avidité. Puis Valérie sombre dans un état semi comateux, le bébé refuse toute autre alimentation que le sein de sa mère et doit être gavé. La mère entend les cris de sa petite fille, placée dans un boxe vitré contigu, « comme dans un rêve » dira-t-elle ensuite. Elle se laisse aller à une apathie totale avec une certaine délectation et s'abandonne aux soins qui lui sont prodigués. Elle sortira brutalement de cet état qu'après trois jours après l'injonction ferme d'une matrone : « maintenant vous allez assez bien, le bébé ce n'est pas vous, c'est votre fille ! » Elle se met alors à réagir, reprend avec succès l'allaitement interrompu (on lui tirait son lait, à sa demande durant toute cette période). Puis elle peut rentrer chez elle avec sa nourrissonne et revient très rapidement à ses séances d'analyse. Nous cherchons à comprendre cet épisode qu'elle relie progressivement à l'état d'abandon affectif et de déréliction dans lequel elle a passé sa petite enfance, en dépit de l'apparence d'une normalité 'trop normale' et d'une enfance protégée et choyée...

Après cet épisode dramatique, tout semblait aller à nouveau pas trop mal, quand elle se met à me raconter durant plusieurs séances de suite que sa fille - qui tétait très bien jusque là, à leur satisfaction à toutes les deux – commence à avoir un comportement violent et étrange qu'elle ne peut supporter. La petite fille de 3 semaines interrompt la tétée, bascule la tête en arrière, la replonge en avant, cherche le mamelon, le relâche, recommence, s'excite de plus en plus et finit par hurler, sa mère ne pouvant alors la calmer et n'arrivant plus à poursuivre la tétée. Valérie est alors à nouveau envahie par la culpabilité : « elle ne me donne pas le droit d'être mère, je suis méchante, elle est méchante... » Elle est envahie de haine pour ce bébé qui a presque failli la faire mourir, qui l'oblige à être 'grande', qui ne veut pas de son lait, elle est sûre qu'elle ne pourra jamais y arriver... Elle craint tant les tétées, maintenant,

que le bébé hurle et cogne le sein de sa mère de sa tête dès qu'elle la prend pour la nourrir. Le père essaye gentiment mais maladroitement de proposer un biberon, ce qui aggrave les scènes. Je souffre intensément durant ces récits qui s'aggravent séance après séance (elle vient 3 fois/semaine), le temps me paraît long, la petite (née déjà très menue) perd du poids rapidement. Je me sens à chaque récit de plus en plus envahie par la haine, moi aussi. Cette haine que je postule dans le bébé qui cherche désespérément le sein de sa mère, celle pour cette mère qui commence à haïr ce bébé de la faire tant souffrir et qui ne profite pas de ma 'bonne analyse', celle envers le père inefficace, malgré sa bonne volonté. La situation semble s'installer et me fait craindre des suites difficiles pour les trois protagonistes (sans parler de moi-même et de la poursuite de l'analyse). Après mûre réflexion, après avoir aussi revécu pour mon propre compte des éléments haineux envers ma mère qui étaient apparus durant ma propre analyse, je cherche comment intervenir sans blesser trop directement ma patiente et prends le parti de parler comme le bébé (sachant bien que c'est à Valérie que je m'adresse). Je dis, comme si je parlais à la place de la toute petite fille, ma nécessaire avidité après la faim de mes premiers jours, ma tonicité dans cette situation, mes jeux précoces avec le mamelon de ma mère, ma volonté et mes désirs pour combattre et pour vivre, quelques qu'aient été mes débuts difficiles et ceux que je sais que ma mère a vécus... Durant ce paroles, prononcées volontairement à voix douce et contrôlée, Valérie sanglote en silence et ne dira rien durant toute la fin de cette séance.

Cette intervention aura un effet immédiat : dans les quelques jours qui vont suivre, Valérie trouvera le moyen de calmer sa fille, de supporter les attaques envers ses seins, sans les vivre comme des mouvements haineux venant du bébé ou sans être envahie elle-même de haine pour ce 'Ruthless baby', comprenant à quel point ce qu'avait mis en scène sa fille l'avait replongée dans des sentiments innéfables qui rappelaient, probablement ce qu'elle avait pu vivre elle-même à chaque abandon.

Le travail avec Valérie a marqué un tournant à partir de ce moment là. Ce qui était resté profondément clivé, me rappelant ce que Micheline Enriquez²⁵ a qualifié de 'haine muette', cette haine inexprimée, primitive, qui atteint les sujets « qui ont été dans l'impossibilité d'échapper à un manque de respect pour leur présence au monde et à leur droit d'avoir un espace corporel propre », ce qui avait bien été, effectivement, la marque de son histoire derrière sa banalité affichée par ses parents. C'est à travers toute cette haine ressentie en elle-même, en son bébé et en moi-même qu'elle a pu enfin retoucher véritablement toute la haine qui avait marqué, sans que cela ne se voie, ses premières relations. Elle a réalisé – dans une émotion indicible que je partageais - l'étendue de son abandon précoce lors du premier sevrage et son placement brutal chez ses grands-parents, le second abandon chez les nourriciers, sa violence et sa vengeance envers sa mère et envers son père (décrit, lui aussi, comme un maladroit incapable), qui avait déterminé sans qu'elle ne le sache, son acceptation des avances de l'abuseur qui, lui – au moins – lui donnait une existence. C'est à partir de ce moment là, qu'elle a commencé à sortir véritablement de sa protection en faux-self et de sa couverture hyper-conformiste et qu'elle est devenue plus authentique. Une production onirique très importante est apparue qui avait pour thème des renaissances.

On pourrait interpréter toute cette séquence à la lumière de l'article de Winnicott, à la fois en ce qui concerne ce qui se rejoue pour cette mère à l'arrivée de son bébé, produit monstrueux et interdit de la fantasmatisation qui accompagnait l'abus qu'elle a vécu, mais aussi répétition du vécu de l'abandon au moment de la naissance, moment séparateur entre une mère et un bébé. De mon côté, les affects qu'elle m'a fait revivre de façon très intense dans mon contre-transfert ne m'étaient pas anodins. Ces sentiments contre-transférentiels violents sont bien, comme le dit Winnicott, la marque de la proximité et de l'entrée en contact avec les motions les plus archaïques de l'analysant.

Mais on peut se poser aussi une autrement la question : l'épisode dramatique de la naissance ne peut-il se comprendre d'une autre façon ? L'arrivée de ce bébé dans le contexte de l'éclampsie comportant le risque mortel pour sa mère n'a-t-il pas entraîné une désinhibition pulsionnelle brutale, renouvelant le trauma précoce de l'abandon, livrant la jeune mère à un combat interne dramatique entre ses forces de vie et sa pulsion de destruction ? A moins que ce ne soit l'éclampsie elle-même qui ait été le signe que

²⁵ M.Enriquez, Aux carrefours de la haine, Epi, 1984.

ce combat se menait, en silence, sur une autre scène clivée de sa vie psychique ? Dans ce cas, les affects de haine éprouvés par Valérie envers son bébé ne pourraient pas être compris seulement à l'aide de la théorisation qu'en fait Winnicott. Il faudrait se référer à une théorie sur la haine qui ne serait pas seulement celle issue de la première topique mais qui prendrait en compte la destructivité, la pulsion de mort avec ce qui l'accompagne et en est le signe : la répétition. Ce serait, alors, à ce moment crucial dans la vie de Valérie, la répétition de la désintringation pulsionnelle vécue lors du premier 'abandon' qui se serait répétée, abandon qui avait été suivi d'une certaine mort psychique et d'une construction défensive mettant en place des processus d'auto-clivages narcissiques.

Winnicott, dans cet article sur la haine dit que :

« dans l'analyse des psychotiques, l'analyste a plus de pression à supporter pour maintenir sa haine latente » (WI p. 53)

On pourrait aussi dire que cette pression est sûrement très intense quand les niveaux les plus archaïques référés à l'originnaire sont touchés dans le patient et dans l'analyste et que l'impact des processus primaires n'est pas le même que lorsque nous travaillons avec des affects qui sont passés par le filtre des processus secondaires. Dans un même matériel, cependant, et vous le savez bien, plusieurs niveaux peuvent être touchés simultanément et il est du travail de l'analyste de pouvoir supporter d'être 'malléable' à ces différentes strates psychiques, au même moment, et de pouvoir les repérer. Il n'y a pas – alors – que les affects de l'ordre de la haine qui sont sollicités dans le contre-transfert. Il peut y avoir, du côté de l'analyste, des affects contre-transférentiels si violents, du côté du mortifère, qu'ils conduisent à l'aveuglement, la sidération ou à des contre-défenses massives.

CONCLUSION :

L'article de Winnicott représente un moment important dans l'histoire des théories sur le contre-transfert. Moment charnière entre la toute première théorisation qui faisait du contre-transfert un objet de suspicion, gênant le travail analytique, et les conceptualisations issues de M.Klein et de la prise en compte de l'identification projective. Dans la théorisation freudienne, les éléments contre-transférentiels doivent être évacués par l'analyste, par la poursuite de sa propre analyse. Winnicott, lui aussi, en parle comme pouvant amener l'analyste à faire de l'interprétation un objet de représailles, traduire son envie ou ayant pour conséquence de priver le patient de l'émergence de ses propres mouvements psychiques et de sa propre créativité. A Mélanie Klein, qui avait dit un jour à Margaret Little lors d'une réunion de travail qu'elle devrait retourner sur un divan (le sien ?), Winnicott avait répondu, très en colère « nous avons tous besoin de plus d'analyse !²⁶ ».

Pourtant ses deux articles sur le contre-transfert inaugurent une autre conceptualisation : il y a une *aire de travail commune* entre le patient et son analyste. Les motions pulsionnelles apportées en séance ont un impact sur les deux protagonistes qui va permettre une *création à deux* qui pourra conduire le patient à vivre dans la cure, non seulement une répétition de ce qu'il a déjà vécu, mais aussi de pouvoir faire les expériences nouvelles dont il a besoin pour que le travail analytique soit réellement mutatif. Patrick Miller expose longuement ce point dans son ouvrage 'Le psychanalyste durant la séance'²⁷ que vous connaissez sans doute.

Mais le grand clinicien Winnicott, qui nous a laissé des descriptions si fines sur la crainte de l'effondrement, les états d'agonies primitives et les états de déréliction n'a pu mener à bout les conséquences de ses intuitions. Mais quand on met à jour des états psychiques si catastrophiques, on ne peut se contenter, à mon sens, de les comprendre uniquement à la lumière de sa théorisation de la faillite du tout premier environnement ou d'une mère qui n'aurait pas été 'suffisamment bonne' : c'est-à-dire essentiellement par des causalités extérieures à la psyché elle-même. Quand on est confronté dans un traitement à des états et des affects si extrêmes, seule une compréhension qui fait intervenir le jeu pulsionnel complexe entre l'intringation et la désintringation d'Éros et de Thanatos peut venir rendre

²⁶ Ph.Grosskurth, Mélanie Klein, son monde et son œuvre, Paris, PUF, 1990.

²⁷ P.Miller, le psychanalyste pendant la séance, Paris, PUF, 2001.

compte de la violence, de la haine et de la destructivité à l'œuvre contre soi-même ou contre autrui. L'analyste ne peut, alors, s'en tenir à son identification interne à une bonne mère réparatrice. Il va lui falloir aller plus loin dans son travail d'interprétation, dans sa compréhension du transfert ou des processus de déliasion à l'œuvre dans le traitement, ainsi que dans l'analyse de son propre contre-transfert, dans ces moments cruciaux où il est bien question de vie et de mort physique et /ou psychique²⁸.

Je vous remercie de votre attention,

Christine Voyenne

28

Abréviations : **WI** = D.W. Winnicott, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.

WII = D.W. Winnicott, Déprivation et délinquance, Paris, Payot, 1994.

Sur Winnicott voir aussi : Jan Abram, Le langage de Winnicott, Paris, Editions Popesco, 2001