

La formation du psychanalyste et le contre-transfert

françois duparc

La plupart des analyses ne commence qu'un temps psychothérapique, grâce au travail de l'analyste pour aider la représentation de l'histoire du sujet, de ses conflits et traumatismes. L'enjeu consiste à sortir l'analysant de la compulsion de répétition par déplacement du symptôme au transfert, puis au contre-transfert. L'élaboration du contre-transfert sert, au début, à évaluer les buts du patient sans trop de complicité ou d'opposition de l'analyse avec ces idéaux (thérapie, connaissance de soi, libération du désir, capacité de deuil, créativité); pendant la cure, à amener les noyaux traumatiques et à les modifier par l'engagement interprétatif; à la terminaison et au deuil du contre-transfert. Sont nécessaires : une bonne qualité de formation, la diversité des références théoriques, l'accueil de tous les types sociaux et psychologiques de patients, et un équilibre de l'institution analytique entre enseignement, communications libres, recherche, respect de la vie privée et convivialité.

Dans toute démarche analytique, il y a un temps pour comprendre, et un temps pour la remise en question de tout savoir. Ainsi, la capacité de gestion et d'analyse de son contre-transfert constitue un des buts essentiels de la formation psychanalytique, au moins autant que celui d'acquérir un savoir technique et théorique sur la cure psychanalytique¹. Cela s'avère encore plus vrai pour les psychothérapies pratiquées par un analyste, qui sont pour moi de simples portes d'entrée dans la psychanalyse, même si certains patients peuvent rester assez longtemps sur le pas de la porte. Ici, la gestion du transfert et du contre-transfert est essentielle, plus encore que pour une analyse dite « classique ». En effet, pour que le seuil de la porte qui mène à l'analyse puisse être franchi, il faut que l'analyste soit capable de frayer le passage, voire de l'anticiper.

Souvent, à l'occasion des journées de formation en psychanalyse apparaît une préoccupation légitime quant à l'avenir de notre discipline face à la multiplication des psychothérapies. En général, j'ai tendance à penser qu'il faut savoir garder plus d'optimisme que ce que je vois souvent affiché, soit une sorte de découragement vis-à-vis de notre place dans la société. Certes, étant donné l'expansion de la psychanalyse comme pratique et comme théorie, la plupart des cures analytiques ne peuvent advenir aujourd'hui que dans l'après-coup d'une psychothérapie. Mais je fais partie de ceux qui pensent – et ils sont de plus en plus nombreux – que ce n'est pas le cadre concret qui fait une psychothérapie ou une psychanalyse. Ce n'est ni le nombre de séances, ni le face-à-face, ni le divan, mais le fait d'être capable de se dégager de la compulsion de répétition, et ce, jusqu'au niveau du maniement de la cure, et du contre-transfert.

La compulsion de répétition, en effet, réside d'abord dans le symptôme, puis se déplace dans le transfert, dans la mesure où le cadre proposé au patient lui permet de l'investir, pour loger enfin dans le contre-transfert, où il reviendra à l'analyste de la déloger. Il y parviendra par un travail de deuil de l'étayage fourni par le cadre – que ce soit le cadre classique, ou la somme des aménagements consentis à ceux qui ont besoin d'un soutien et d'une construction progressive du cadre pour parvenir à l'analyse. De ce point de vue, *même un cadre à trois ou quatre séances par semaine fonctionne souvent au début comme une psychothérapie, car il constitue un étayage, une aide à la représentation, un soutien, un holding*, important pour certains, inadéquat pour d'autres : l'analyse à proprement parler ne survient que dans l'après-coup, lorsque l'analyste peut sortir d'un soutien ou d'une complicité avec ce cadre devenu en lui-même compulsion de répétition. Ainsi, le contre-transfert est-il au cœur de la psychothérapie, comme de la cure analytique, puisque c'est à partir de son travail que peut se faire l'engagement dans l'analyse proprement dite.

Pour le faire mieux sentir, je décrirai trois temps du contre-transfert, et son rapport, à chacun de ces temps, avec le processus de formation de l'analyste, son histoire et son cadre. Le contre-transfert, comme l'a dit Michel Neyraut (1974), précède le transfert, puisque pour qu'il y ait analyse il faut bien au préalable qu'il y ait un analyste qui propose à un patient son désir de l'aider à faire une psychanalyse. L'analyste, en principe, a toujours un temps d'avance sur le patient, même si ce dernier est informé de psychanalyse, ce qui est de plus en plus fréquent, et s'il peut avoir son mot à dire dans la demande adressée au psychanalyste, ainsi que dans le déroulement de la cure et les modalités du cadre.

Premier temps : la demande, et la réponse du contre-transfert

Le premier temps est celui de la demande du patient, et de la réponse de l'analyste qui pose une indication de cure, ou une contre-indication, en accord avec les buts idéaux qu'il se propose, avec son idée des visées de la cure analytique ou de la psychothérapie. Il y a dans cette réponse une forte dose de contre-transfert, notamment à travers l'héritage de l'analyse de formation de l'analyste, des idéaux du groupe analytique auquel il a choisi de s'affilier, pour ne pas se trouver seul face aux tempêtes du transfert dans sa pratique. Ainsi, la théorie de l'analyste comporte-t-elle toujours, en proportion variable, un certain nombre de visées idéales, dont certaines peuvent être au service d'une idéologie sociale du monde qui l'entoure, ou bien liée à son histoire personnelle jamais totalement analysée. Dans le meilleur des cas, l'analyste pourra en prendre conscience ou le pressentir, et entendre la demande du patient sans trop lui imposer ses propres idéaux.

Plus l'analyste est fragile dans son identité d'analyste (ce qui n'est pas toujours le cas des analystes débutants, même si c'est plus fréquent chez eux) plus il sera tenté de s'accrocher à des idéaux analytiques qui vont culminer dans l'idée d'une cure-type, d'une cure idéale opposée au « vil plomb² » de la psychothérapie. On peut appeler une telle attitude un « contre-transfert sur le cadre ». Et il ne faut pas

sous-estimer la blessure narcissique qu'inflige une telle idéalisation de la cure-type au patient qui ne se sent pas capable d'en adopter aussitôt les présupposés par soumission masochique aux idéaux de son analyste. Bien des engagements progressifs dans l'analyse sont ainsi empêchés, expliquant une bonne part des difficultés des jeunes analystes à trouver des patients.

Non que les indications d'analyse n'existent plus, comme on l'entend trop souvent dire, avec un pessimisme qui risque de faire boule de neige et de repousser les patients susceptibles de venir à l'analyse, mais dans la plupart des cas, une construction progressive du cadre analytique est nécessaire, surtout chez les sujets souffrant d'une zone de fragilité narcissique, ce qui constitue malgré tout la majorité des patients d'aujourd'hui (et, serais-je tenté d'ajouter, de tout temps).

Pour que cette construction soit possible, il faut sans doute que les institutions d'analystes tirent la leçon de l'essor des psychothérapies, et cela de deux façons. D'une part en favorisant un enseignement de la psychothérapie qui ne clive pas cet enseignement de l'analyse proprement dite. En ce qui me concerne, je préfère l'idée d'un enseignement et d'une recherche sur les débuts de cure difficiles, ou sur la psychanalyse avec aménagements et construction du cadre, plutôt que de parler des psychothérapies comme de cures à part. Dans nos relations avec l'extérieur, je rappelle à nos amis psychologues et psychiatres que la psychanalyse comporte toujours un aspect psychothérapique, même si on ne peut la limiter à cet aspect qu'elle déborde largement, et que la psychothérapie pratiquée par un analyste comporte toujours la perspective d'une analyse classique, même lorsque les conditions de sa réalisation ne sont pas présentes.

Dans la pratique des supervisions par exemple, je trouve intéressant que le futur analyste commence par parler de sa clientèle en général, tel qu'elle se présente à lui. Il cherchera ensuite avec son superviseur un cas qui puisse faire l'objet d'une cure relativement classique, et, avec ce superviseur ou avec un second, un cas-limite, dont l'engagement dans l'analyse ne lui semble pas évident. Le patient en question pourra commencer par un face-à-face, avec un nombre inférieur de séances au rythme idéal, ou encore avec un paiement aménagé. Le travail pour l'amener progressivement vers une analyse plus classique, le fait de comprendre pourquoi il ne peut pas supporter d'emblée l'idée de s'allonger sur le divan, par exemple (la privation du regard révélant les carences représentatives du patient), sont très instructif pour le futur analyste, et doivent faire l'objet d'une recherche théorico-technique aussi poussée que les conditions de la cure d'un patient plus « névrosé ». Mieux qu'une supervision de psychothérapie, qui a été adoptée par certaines sociétés³, je crois qu'il est bon que tout analyste ait fait ainsi l'expérience de ces deux types de supervisions, afin de saisir l'écart entre la cure-type et la cure aménagée, et de travailler cet écart.

D'autre part, la seconde condition institutionnelle pour que soit possible une construction progressive du cadre analytique est peut-être que la structure même des groupes d'analystes ne soit pas construite autour d'idéaux de transmission trop contraignants, que les sociétés psychanalytiques et les instituts de formation

qu'elles animent soient ouverts à des formes de pensée originales, non conventionnelles. Une association de psychanalystes doit éviter d'être régie par un système où la formation est l'idéal dominant de ses membres et de ses réunions. Sinon, on assiste à l'installation dans un statut d'*élève à vie*⁴, position qui n'incite pas au courage nécessaire à tout analyste dans sa pratique, ni à la discussion des idéaux de groupe pris dans le contre-transfert – une part importante du contre-transfert, que des analystes comme M. Neyraut ou J.L. Donnet appellent le champ extérieur du contre-transfert. Il faut donner, à côté de la formation, une place suffisante à des activités scientifiques de communication et de recherche qui ne soient pas régies par un principe d'enseignement, mais par celui d'une démocratie d'opinions, où tous les membres, quelle que soit leur ancienneté, puissent s'exprimer devant leurs pairs (y compris en ce qui concerne leurs hésitations, leurs doutes, et leur contre-transfert) sans trop s'exposer à des évaluations en terme de compétence ou de hiérarchie.

Pour en revenir aux demandes des patients et aux visées de la cure pour l'analyste, il est important de bien en connaître les enjeux, afin que l'écart entre les deux, le cadre attendu par le patient, et le cadre proposé par l'analyste, ne soient ni trop congruents (avec risque de collusion), ni trop en décalage. C'est là pour moi le sens véritable du mot neutralité, et non l'attitude systématiquement frustrante qui constitue une véritable idéologie de la castration.

a) La première demande est thérapeutique : guérir la souffrance et les symptômes, considérés comme une maladie, un mal qu'il faut éliminer pour retrouver l'état antérieur : « *restitutio ad integrum* », comme dit la médecine. Freud lui-même, bien qu'il se méfiât de plus en plus de cet idéal à mesure qu'il avança dans sa vie, avait commencé par être un thérapeute passionné. Ses désillusions avec la cocaïne, puis avec la thérapie cathartique, et pour finir avec la « réaction thérapeutique négative » l'amènèrent à renverser son idéologie du début, jusqu'à combattre vigoureusement le désir de guérison chez ses élèves, et à faire un vigoureux plaidoyer pour soustraire l'analyse aux médecins, comme il souhaitait la délivrer des prêtres!

Mais le fantasme de guérison ne se laisse pas aussi facilement éliminer que le pensait Freud. Autour de lui d'ailleurs les thérapeutes passionnés n'ont pas manqué (Reich, Groddeck, Ferenczi, etc.⁵). Encore aujourd'hui, il est parfois difficile à certains d'entre nous, qu'ils soient psychiatres ou psychologues, d'oublier l'influence de l'idéologie médicale et de ne pas se laisser séduire par le désir de guérison. Il reste d'ailleurs une des dimensions légitimes de la cure, comme ce nom même l'indique. Sa force et sa légitimité s'enracinent dans le fantasme de retour au ventre maternel, un des fantasmes originaires mentionnés par Freud à côté de la séduction, de la scène primitive et de la castration. Dans le discours médical, l'usage fréquent du préfixe « re » évoque ce retour; qu'on en prenne pour exemple les termes suivants : réanimer, reconstituer, récupérer, rétablir. Cette idée relève clairement d'une idéologie qui aspire à remonter le temps, la renaissance étant la fin ultime de la guérison. Balint est un des analystes qui l'a le mieux

explicitée dans sa théorie : il prônait la régression thérapeutique, afin de permettre le « renouveau ». Bien entendu, sa conception était quand même plus fine que les dérives idéologiques de thérapies telles que le « Rebirth » ou le « Cri primal ».

Cette idéologie, comme les autres, est dangereuse lorsqu'elle recherche le monopole du savoir : vouloir guérir sans savoir comment, refuser d'affronter la souffrance et le deuil, retourner à l'enfance et éviter tout combat. La réaction thérapeutique négative vient de ce que l'homme n'est pas fait pour être totalement heureux, sans conflit ni angoisse; il est aussi fait pour conquête de la liberté, la découverte de l'inconnu, la prise de risques, fût-ce au prix de l'angoisse. Le masochisme apparent de la réaction thérapeutique négative est la réponse du sujet au thérapeute qui veut l'enfermer dans une cage dorée. Intoxiqué au soin, ambivalent, le malade refuse la guérison. À l'inverse, au nom de l'analyse pure et dure, de l'analyse pour l'analyse, parfaitement classique et neutre et sans désir thérapeutique, il ne faut pas refuser non plus des patients qui souffrent et souhaitent un soulagement. Je le souligne, car j'ai souvent accepté en cure analytique des patients très malades, et que je ne partage pas la récusation du désir thérapeutique pratiquée par les analystes lacaniens ou influencés par la pensée de Lacan : non, la psychanalyse n'a pas pour seul but le désir de faire de l'analyse, comme on le dit parfois – de même que le patient n'a pas pour seule demande de guérir de toutes ses souffrances.

Quels sont les autres buts de la psychanalyse?

b) Le patient qui consulte peut vouloir se libérer des entraves à son désir; c'est un désir légitime. Il sait que le désir n'est pas forcément simple. Il ne veut pas de remède, ni de guérison; il veut de l'aventure. Il a envie de prendre des risques, d'affronter du nouveau, bousculer la routine et l'ennui : il veut un « plus », comme on dit en France. Pourvu qu'il ne tombe pas sur un fonctionnaire de l'analyse, un ascète ou un fanatique de la guérison, qui voudrait le guérir de son imprudence...

Le mouvement de libération sexuelle représente une forme sociale de cette idéologie, marquant les débuts de la psychanalyse, tout en caricaturant sa visée. L'idéologie de la liberté a pu conduire aussi à des sympathies révolutionnaires : en Amérique du Sud, les analystes ont été menacés, considérés a priori comme des opposants politiques. La visée de libération peut même devenir une idéologie dangereuse si elle aboutit à refuser l'héritage de la mémoire, et à privilégier la séduction facile par la consommation immédiate. Au nom de la liberté et du désir, de la libre parole et de la libre association, que ne peut-on justifier?

c) Un patient peut venir consulter parce qu'il n'arrive pas à bout d'un deuil qu'il croyait normal. Par exemple, une mère ne veut pas voir ses enfants grandir, ou ses parents mourir, alors que c'est dans l'ordre des choses. Un autre ne tolère pas que sa femme le quitte, alors qu'il ne l'aimait plus. Il ne s'explique pas qu'il soit à ce point dépendant. Lui qui se pensait philosophe, trouve que sa vie n'a plus de sens. Qu'est-ce que l'amour si on peut se quitter si facilement? Il admire les stoïciens, et ne supporte pas la solitude! Il n'attend pas de l'analyse un remède, seulement d'être moins dépendant. Mais il serait fâcheux qu'il rencontre un analyste muet,

détaché : ce serait trop facile, il pourrait y rester à vie, comme Diogène dans son tonneau!

d) Un autre viendra plutôt pour se connaître, comprendre son histoire, ce qui lui arrive, et pourquoi. Pourquoi échoue-t-il dans son travail, dans son couple? Comment ne réussit-il pas mieux, malgré son intelligence? Il y a en lui des choses qui lui échappent : il veut une chose, et aboutit à son contraire. Il a toujours besoin de tout comprendre, de tout prévoir et de tout maîtriser. Ses enfants le trouvent tyrannique. Il a peur de gâcher leur vie, de ne rien pouvoir leur apporter pour les aider à affronter ce que lui a vécu dans son enfance. Il sent qu'ils courent au devant des mêmes erreurs que lui. Ce qu'il veut c'est un modèle éducatif, un maître qui le rassure par son savoir.

e) Un patient peut venir enfin parce qu'il n'arrive pas à devenir créatif. Il s'ennuie dans son travail, rencontre un blocage dans son expression. Ce peut être un artiste, ou un sujet astreint à une tâche très investie : écrire une thèse, réaliser un projet, faire un enfant. Il a trop peur de l'avenir; il ne peut pas s'y projeter, assumer un rôle de responsable, de géniteur, de père ou de mère.

Pour en finir avec cette notion de la demande, il faut ajouter que la demande consciente du patient n'est pas toujours identique à sa demande inconsciente (une demande, comme un train, peut en cacher une autre), et que *c'est à l'évaluation initiale du psychanalyste qu'il appartient de faire la part des motifs, en sachant qu'une « bonne » demande d'analyse est celle qui comporte plusieurs motifs, mieux que celle qui s'obstine dans un seul de façon insistante.*

Ceci étant, pour poser au mieux l'indication de cure analytique ou de psychothérapie, et proposer le cadre le plus adapté au sujet⁶, *l'évaluation de la structure, des mécanismes défensifs et de l'histoire traumatique du sujet* n'en restent pas moins des éléments essentiels, presque toujours indispensables. Mais ce sont aussi des notions plus classiques, et si j'ai choisi d'insister sur la demande du patient – qui reflète souvent, avec des déformations, son histoire et sa structure – c'est pour mieux faire sentir en quoi la demande peut entrer en résonance avec les idéaux ou l'idéologie du psychanalyste, en-dehors de toute pathologie évidente de celui-ci. C'est donc aussi une façon de ne pas considérer obligatoirement son contre-transfert initial comme une tare, ou un motif automatique à la reprise d'une tranche, mais comme un guide précieux quant à la stratégie de la cure.

Second temps : les moments mutatifs du contre-transfert

La cure une fois engagée, le transfert du patient va peu à peu se mettre en place, dans la logique de sa demande, de sa structure et de son histoire, comme nous venons de le voir. On sait qu'il faut un certain temps pour que la « névrose de transfert » se constitue en tant que répétition de la névrose infantile. Mais cette notion classique a besoin d'être un peu réactualisée, à la lumière de notre travail avec les états-limites et les cas difficiles, qui ne peuvent aborder l'analyse qu'à partir d'un premier temps d'étayage du cadre nettement psychothérapique, dont il faut que l'analyste sache se reprendre pour que l'analyse proprement dite puisse commencer.

En effet, même si le sujet dispose d'une part névrotique qui lui permet de faire la différence entre l'analyste objet du transfert et l'analyste qui interprète, entre le père gardien du cadre et la mère du désir incestueux, par exemple (ce qui indique une suffisante triangulation de son appareil psychique), cette part névrotique n'est que très rarement suffisante pour comprendre la demande du sujet. Ainsi, la meilleure indication de névrose hystérique comporte toujours, à côté de la mise en « scène primitive » permanente de son désir, un noyau dépressif lié à la carence d'un pare-excitation maternel suffisant, qui est davantage dénié ou clivé (au-dehors de la mise en scène du désir) que véritablement refoulé.

Les noyaux traumatiques clivés, qui n'ont pu faire l'objet d'une représentation suffisante, sont fixés ou forclos sous forme de traces perceptives et de comportements associés (agirs addictifs, violents, ou autocalmants au sens où l'entend la psychosomatique française), à l'origine d'une compulsion de répétition obstinée. Ils ne peuvent venir à l'analyse que par l'actualisation compulsive dans le transfert, des passages à l'acte donnant lieu à des incidents du cadre, ou par un accrochage fétichique au cadre, ou au contre-transfert de l'analyste.

Ici les théories modernes du transfert et du contre-transfert aident à repérer ces autres modes de transfert. À l'occasion d'un travail qui m'a été demandé récemment par l'*International Journal of Psycho-Analysis* pour présenter la conception française du contre-transfert⁷, j'ai pris conscience que si la psychanalyse francophone, du fait de l'influence de Lacan, a commencé assez tard à s'intéresser au contre-transfert, elle a en a par contre élaboré une vision assez spécifique. Celle-ci se caractérise par une répartition, une « ventilation » du transfert et du contre-transfert dans un espace analytique triangulaire, incluant à la fois le langage et l'affect, les révélateurs que sont le transfert et le contre-transfert, mais aussi le cadre concret et symbolique (dans le cadre symbolique : les paramètres techniques de la cure tels que la règle fondamentale de la libre association, etc...), ou même le hors-cadre, ce qui se joue dans la coulisse, en lien avec la formation et les idéologies de l'analyste.

Lorsque le patient actualise son noyau traumatique dans le transfert, le contre-transfert est mis à rude épreuve à l'intérieur du corps psychique vivant de l'analyste – dans son « dispositif d'accueil », dirait Michel de M'Uzan (1978) –, avec des phénomènes d'hallucination négative⁸, de rejet ou de dépersonnalisation, dont les formes les plus graves lui sont invisibles; le contre-transfert peut être un outil de travail à condition qu'il ne soit pas dénié. Cette possibilité d'aveuglement est augmentée par les effets de résonance avec des restes mal élaborés chez l'analyste. Ce mode particulier de transfert exige évidemment que l'analyste ait une bonne connaissance de son fonctionnement normal et de la métapsychologie de son écoute, s'il veut pouvoir éviter une interruption ou une impasse, ce à quoi il ne parvient pas toujours.

Mais s'il ne se soucie de chercher la trace du traumatisme qu'en lui-même, dans son éprouvé conscient, il risque de ne pas s'apercevoir que celle-ci s'est logée dans un élément invisible de son cadre théorico-technique, dans son style interprétatif,

ou dans la façon dont son patient a investi des éléments de son dispositif et de sa formation – dans sa filiation analytique répétée dans le maniement de la cure, par exemple. Le patient, dont l'inconscient est à l'écoute et craint la réticence de son analyste, n'ose souvent pas diriger vers lui sa compulsion de répétition, afin de le protéger de l'effet traumatique que j'ai évoqué. Le patient décharge alors sa compulsion de répétition sur le cadre, ou dans des comportements extérieurs à la cure et des objets latéraux, par des actings de décharge qui passent souvent inaperçus, car ils soulagent l'analyste de la tension dans son contre-transfert, et le rendent donc complice de son aveuglement à ce mécanisme.

Dans tous les cas, face à une menace de répétition de l'effet traumatique, le premier temps de la cure est celui d'un étayage sur le cadre, ou sur un élément discret de la personne de l'analyste. Cet étayage est parfois en partie conscient et consenti par l'analyste, qui le tolère parce qu'il le pense inévitable. Parfois il constitue même une stratégie du holding de la cure. Mais il est souvent inconscient pour les deux partenaires, et nécessite d'être mis en évidence pour être pris en compte ensuite, au lieu d'être subi passivement par l'analyste. Le but, évidemment, est de faire passer ce transfert sur le cadre, vers un transfert par la parole.

Par exemple, avec une patiente ayant subi les assauts prématurés d'une sexualité violente, l'analyste *va éviter toute répétition de la séduction* dans le transfert, jouant plus ou moins le rôle d'une mère protectrice, tandis que l'analyse représente un abri sûr et constant (en évitant au maximum toute perturbation du cadre par l'extérieur) où pourra se consolider une période de latence interrompue. Avec un patient ayant vécu une carence narcissique du fait d'un père absent ou dévalorisé, l'analyste acceptera d'incarner dans le transfert et par ses interprétations le rôle d'un soutien paternel, dans un jeu où l'apprentissage d'une rivalité mesurée permet une *appropriation identificatoire*.

Pour d'autres patients, c'est la frustration liée aux absences et au paiement rigoureux de toutes les séances, ou encore le silence de l'analyste et sa non-réponse aux provocations visant à mobiliser la réassurance de l'analyste, qui leur permettra d'expérimenter la possibilité d'être seul en présence de l'objet, et de *faire le deuil d'un souci maternel infantilisant*. Avec d'autres encore, l'analyste peut accepter *le rôle d'un double*, d'un confident qui ne doit jamais introduire de différence dans ses reprises interprétatives, ou adopter un *fonctionnement en couple créatif*, par le centrage qui s'opère sur le couple transfert/ contre-transfert et la construction de fantasmes, de souvenirs et d'interprétations en commun.

Comme on le voit, par le transfert, l'analyste incarne, voire joue différents rôles, plus ou moins évidents pour lui-même et faciles à reconnaître pour le patient. Bien entendu, jouer des rôles n'est pas le but en soi de la mise en scène psychanalytique; c'est essentiellement un moyen de comprendre, et d'élaborer la capacité de représentation elle-même, afin de rendre le sujet capable d'assumer son histoire passée et celle qui est à venir. Pour ce qui en est de la névrose de transfert, c'est encore assez simple. Mais pour les noyaux traumatiques, l'objet

recherché par le patient ne l'est pas à un niveau conscient, et n'est pas non plus uniquement l'objet réellement rencontré par lui dans son passé. Dans certains cas, il s'agit d'un objet qui n'a jamais été suffisamment rencontré à cette place pour lui permettre d'élaborer un fantasme là où seul un traumatisme en a tenu lieu.

C'est dans ce genre de configurations que l'analyste voit sa tâche compliquée pour se dégager de la compulsion de répétition, qui ne s'est pas logée seulement dans le transfert, mais aussi dans son contre-transfert et son cadre théorico-technique, dans son style interprétatif. Il n'est pas facile à l'analyste d'évoluer, de faciliter au patient l'accès à une autre configuration que celle qui consiste soit à répéter le trauma, soit à jouer le rôle d'un contre-investissement et d'une défense contre ce trauma, donc d'un étayage. D'autant plus lorsque la répétition se cache dans le cadre de la cure, et dans le contre-transfert qui l'entretient.

Ici, la collusion avec des théories idéalisées par l'analyste du fait de sa formation insuffisante jouera un rôle défavorable, l'empêchant de prendre conscience de son contre-transfert. Comme on le sait, il est difficile aux analystes d'accepter de travailler en utilisant différentes théories et différentes techniques qui en découlent, selon les besoins du patient. Je pense pourtant qu'il est indispensable à tout analyste digne de ce nom, aujourd'hui, de savoir utiliser à la fois des théorisations freudiennes strictes (à vrai dire, des caricatures de Freud qui était souvent laxiste selon ces critères), ferencziennes, kleinienne, winnicottienne, lacanienne, intersubjectives ou psychosomatiques, toutes indispensables à un moment ou à un autre dans chaque cure, et plus particulièrement, naturellement, avec certains patients.

En ce qui concerne le contre-transfert lui-même, par exemple, de nombreuses théories peuvent être source d'apprentissage. M'inspirant de Louise de Urtubey (1997), j'aime à les classer en théories de maîtrise du contre-transfert, à dominante paternelles; en théories totalistes et empathiques à dominante maternelle; en théories avec prévalence de l'auto-analyse et de l'infantile dans le contre-transfert; et en théories du champ psychanalytique et du couple transféro-contre-transférentiel. Mais là encore, quelle que soit la théorie, un blocage idéologique du contre-transfert est à craindre si l'analyste se limite à une seule.

En effet, l'analyste éprouve toujours une certaine difficulté à faire le deuil d'une implication contre-transférentielle à laquelle il s'est habitué durant un certain temps de la cure, surtout lorsqu'elle est plus une réaction passive au transfert du patient qu'une stratégie adoptée consciemment pour les besoins du holding. Car, ne l'oublions pas, l'essentiel du contre-transfert est inconscient, et peut se cacher aussi bien derrière une position de maîtrise du contre-transfert que derrière une volonté d'auto-analyse assidue. Non seulement l'abandon d'un rôle auquel on s'est habitué du fait d'un transfert durable est difficile, mais on peut aussi préférer certains rôles à d'autres : on sait que Freud, par exemple, n'aimait pas jouer le rôle d'une mère dans le transfert.

Mais l'abandon d'une stratégie interprétative, d'une attitude théorico-technique avec laquelle on a été familiarisé par sa formation, et qui est devenu un mode de pensée prévalent, présente peut-être une difficulté encore plus grande. Pour moi,

derrière chaque élément du cadre – neutralité et frustration, bienveillance ou divan comme métaphore d'un lieu protégé pour la régression, séduction par libre association des paroles et des rêves, jeu transféro-contre-transférentiel, interprétations et reconstructions pour expliciter des mouvements défensifs – derrière chaque attitude technique se cache une tendance idéologique, une particularité théorique et une orientation d'école, soit en fin de compte un fantasme originaire, une théorie sexuelle prévalente⁹.

Et c'est ici qu'intervient la formation du psychanalyste. Il est indispensable que celle-ci soit ouverte à tous les courants, à toutes les tendances de la psychanalyse, pour que l'analyste dispose d'encouragements à appréhender sa technique et le matériel clinique amené par ses patients sous différents angles. Tous les apports théoriques sont à ce titre précieux, sauf en ce qui concerne leurs aspects éventuellement sectaires, exclusifs, interdisant des pensées, des vertex (comme dirait Bion).

La formation, à mon sens, doit encourager cette ouverture, qui rend possible le dégagement des inévitables impasses de la cure, favorisant les nécessaires mouvements mutatifs dans le transfert et le contre-transfert, garants d'une véritable analyse ne se limitant pas à un vernis psychothérapeutique.

Comment la formation peut-elle encourager cette ouverture?

1) Par la variété des enseignements théoriques autant que techniques, l'ouverture aux grands courants de pensée de la psychanalyse depuis ses origines, à l'intérieur d'un programme qui ne se limite pas à un ou deux auteurs, fussent-ils Freud ou M. Klein.

2) Par le recours, à côté de la supervision individuelle, à une supervision collective. Je trouve en effet que cette formule (pratiquée par la Société psychanalytique de Paris) est un bon moyen pour un jeune analyste de percevoir qu'il y a autant d'attitudes analytiques possibles que de futurs analystes, et d'éviter ainsi une collusion trop étroite avec son superviseur, surtout lorsque celui-ci a été choisi pour sa plus ou moins grande similitude avec son propre analyste (ce qui est à mon avis une erreur de stratégie de la part du futur analyste, du moins lorsqu'il en a le choix). Lorsque ces groupes sont suffisamment libres de leur expression, ils permettent une affirmation de l'identité individuelle, mais aussi un étayage sur d'autres fonctionnements, d'autres techniques analytiques.

3) La remise en question approfondie de sa technique interprétative et des ses étayages idéologiques par le psychanalyste, face à son patient, nécessite un deuil face à l'idéalisation de la technique de son propre analyste. Le contre-transfert, pour nombre d'analystes (Donnet, 1976; Denis, 1998), est le destin occulté du résidu de transfert qui persiste après l'analyse didactique de l'analyste, celle-ci étant déjà trop vulnérable à la visée d'apprentissage comme défense contre d'autres perspectives. Ce résidu est évidemment aggravé si des conflits existent entre les formateurs de la société à laquelle le futur analyste vise à se rattacher, surtout si ce sont des conflits dont l'origine remonte à des deuils occultés et des problèmes de filiations ignorés des futurs analystes.

De toutes façons, ce deuil n'est pas facilité par une très longue formation, comme c'est trop souvent le cas, surtout si les groupes d'analystes auxquels le "jeune" analyste est amené à participer continuent à fonctionner sur un mode hiérarchique dans leurs manifestations scientifiques, au-delà de la formation proprement dite. (Il n'est pas facilité non plus par l'inverse, le rejet de toute maîtrise). Lorsque l'institution analytique a ce défaut, le « deuil de l'élève » risque de ne jamais se faire. À la place, on aura l'idéalisation d'un statut d'élève à vie, installant son Moi-Idéal en un ou deux maîtres matérialisés par des traits de caractère ou des "trucs" techniques appliqués sans réfléchir, version régressive d'un Idéal du Moi mature, et qui ne saurait égaler la souplesse d'une vraie identification à la fonction analytique. Le rejet, à l'inverse, de tel ou tel modèle analytique, peut traduire tout autant une idéalisation en négatif de la technique de sa propre analyse, qui persistera dans l'inconscient de l'analyste.

L'insistance sur ce thème n'est pas une simple fantaisie théorique. La capacité de l'analyste à faire le deuil des ses pré-supposés, de ses idéaux et de son implication, pourtant nécessaires à tout engagement dans une cure, constitue une précondition indispensable pour qu'il ne vienne pas freiner, à un moment ou à un autre, les mouvements évolutifs de la cure qu'il appelle lui-même de ses vœux. Les moments mutatif d'une cure – je préfère ce terme à l'idée d'interprétation mutative, qui m'a toujours semblé trop ponctuelle pour n'être pas magique – sont en effet à ce prix, que l'analyste puisse se rendre compte que sans le vouloir, il a dans sa technique même, laissé se figer son contre-transfert en réponse au transfert d'un noyau de matériel mnésique peu élaboré et agi par le patient. Que sa façon d'interpréter, de faire respecter ou au contraire d'aménager le cadre pour son patient sont devenus la proie d'une compulsion de répétition mortifère.

C'est seulement alors qu'à la visée thérapeutique ou pare-excitante peut succéder une technique frustrante, ou l'encouragement à une plus grande liberté associative, par exemple. Que la complaisance dans le rôle d'une bonne mère, ou d'un père gardien de la loi, peut s'effacer et laisser place à la découverte que le patient est capable de fonctionner en partenaire, masculin ou féminin. Ou qu'il peut prendre soin du processus analytique à la place de l'analyste, celui-ci pouvant se laisser aller à des interprétations plus audacieuses, comme un enfant qui joue au lieu d'être toujours le parent qui corrige ou protège – etc.

Si l'analyste échoue à prendre conscience du contre-transfert qui se loge ainsi dans son cadre, dans sa technique, ou dans son style interprétatif, le patient risque d'interrompre la cure, soit par un acting sur le cadre (problèmes d'argent, déménagement, etc...), soit par un désinvestissement progressif de la cure ou une résistance à des interprétations jusque-là bien acceptées. Si on met à part les interruptions précoces, après quelques séances ou mois d'analyse, souvent liées à des erreurs d'évaluation de la structure et de la fragilité narcissique, et à une inadéquation du cadre proposé, la plupart des interruptions, à mon avis, sont dues à ce type de blocage.

Peut-être cette façon de négocier la mutation est-elle moins dommageable qu'une cure qui s'éternise en stagnant. Elle n'est pas à recommander cependant.

Certes, le patient ne peut pas toujours éviter, pour faire le deuil d'un fonctionnement répétitif lié à une carence de symbolisation, d'en passer parfois par un acte à valeur symbolisante : séparation, scène de ménage, crise d'indépendance. Mais si l'interruption dure, c'est que l'analyste a eu du mal à accepter une modification de sa technique, d'un élément du cadre ou de sa stratégie interprétative en collusion avec le transfert, à cause d'une difficulté de sa part à faire le deuil d'un contre-transfert agi trop « passivement », sans prise de conscience. Parfois, c'est au contraire l'engagement actif de l'analyste pour faire cesser une compulsion de répétition qui a manqué et constitue la faute technique. La neutralité absolue est parfois malveillante, et la passivité de l'analyste, une forme d'acting en négatif, une complicité avec la compulsion de répétition.

L'interruption est parfois une dernière chance pour l'analyste de réfléchir et de réviser son contre-transfert; le patient revient volontiers consulter à nouveau quelques temps plus tard, comme après une période de latence, pour voir si l'analyste est susceptible de comprendre sa nouvelle demande. Peut-être a-t-il oublié ses habitudes contre-transférentielles, amélioré sa compréhension ou critiqué la technique qu'il a utilisé avec lui? Sinon, il ne reviendra plus, et l'interruption sera définitive, ce qui fait courir au patient le risque d'une errance répétitive d'un analyste à l'autre, l'échec du premier transfert aggravant les chances d'échecs des analystes ultérieurs.

Troisième temps : la terminaison et le transfert du transfert

Avec la question de l'interruption, nous voici arrivés au problème de la terminaison de la cure, troisième temps du contre-transfert. Qu'est-ce qui permet de penser qu'il s'agit bien d'une fin d'analyse, et non d'une simple interruption qui laissera en jachère des pans entiers de l'histoire traumatique du sujet, ou même qui échouera à intégrer dans l'analyse des secteurs importants de sa problématique?

Parmi les critères classiques, nous avons un critère extérieur en apparence, la capacité d'aimer et de travailler, définition donnée par Freud. Ce critère n'est pas si descriptif que cela, et garde toute sa validité si on précise que la capacité d'aimer au sens freudien comprend la possibilité d'un amour à la fois charnel, tendre, et sublimé, pour ne pas faire l'impasse sur la sexualité au sens freudien, c'est-à-dire au sens large du terme. Quant au travail, il implique aussi bien l'aptitude au travail de deuil, au travail du rêve, que celle au travail dans la société ou au travail de la culture.

Les critères métapsychologiques, surtout économiques et dynamiques, sont parfois préférés par les analystes : parmi ceux-ci, la possibilité de parvenir à la libre association et/ou à un « insight » suffisant. La première condition en particulier, bien qu'elle soit une règle fondamentale posée dès le début, est difficile à obtenir, si on veut qu'elle soit porteuse de liaisons nouvelles et non une simple fuite des idées par la parole, une caricature d'association libre.

La reconstruction de l'histoire infantile reste un critère essentiel, du moins à mon avis, si on se donne la peine de préciser un peu ce qu'on entend par histoire,

en tenant compte du dernier article de Freud « Constructions en analyse », et des travaux de S. Viderman (1970). Une des remarques de Viderman, reprenant l'article de Freud, est qu'on ne peut reconstruire des éléments de l'histoire du sujet qui ont eu une valeur traumatique, et ont fait l'objet d'un refoulement primaire (ou originaire). On ne peut au mieux que les construire, grâce à la cure et au contre-transfert de l'analyste : il ne s'agit pas alors d'une vérité historique, mais d'une construction simplement probable, qui aurait sans doute été construite différemment par un autre analyste. Cette affirmation de Viderman a fait scandale, tant les analystes, avec Freud, étaient attachés à la notion de vérité historique, et ont toujours cherché, comme lui, à diminuer le rôle du contre-transfert, cet héritier de la suggestion hypnotique.

Viderman a eu aussi le mérite d'être le premier en France à s'être intéressé au contre-transfert après les années de discrédit jetées par J. Lacan, et à nous faire réfléchir sur ce point d'une façon originale. En particulier, il inaugure la spécificité française dont j'ai parlé, sensible à la répartition du contre-transfert dans un espace analytique triangulaire, entre le cadre et le processus, entre le corps psychique de l'analyste et son style théorico-technique, héritier de son histoire et de sa formation. Nous avons vu à cette occasion que les noyaux traumatiques avaient une appétence spéciale pour le cadre psychanalytique, et que les moments mutatifs nécessitaient une prise de conscience de l'étagage du patient sur tel ou tel élément du contre-transfert ou de la stratégie technique de l'analyste.

J'irai maintenant un peu plus loin, en reprenant l'idée de Viderman que ce qui nécessitait souvent une « construction » au niveau de l'histoire du patient, c'était les fantasmes originaires qui avaient été fixés et non élaborés du fait d'un vécu traumatique. J'ai personnellement tenté de relier les différents fantasmes originaires à la fois à l'Œdipe, dans la mesure où l'Œdipe élaboré est la somme des fantasmes originaires, et aux idéologies du cadre et aux stratégies interprétatives de l'analyste. Le but de ce dernier est évidemment, in fine, de faire accéder le patient à un Œdipe suffisamment bon pour lui permettre de faire face aux différents aléas de sa vie, et à tirer parti au maximum de son héritage affectif, familial, et des visées idéales contenues dans sa demande de cure.

Ainsi, la construction de l'histoire infantile peut être aussi l'occasion de passer en revue les fantasmes originaires qui n'ont pu être élaborés par l'éducation et les expériences de l'enfant ou de l'adolescent. Cela explique que dans le transfert, l'analyste soit convoqué à des rôles fantasmatiques qui ne sont pas seulement ceux que le sujet a vécus dans son histoire, mais aussi à des rôles que le patient n'a jamais pu expérimenter; et que l'engagement de celui-ci dans son contre-transfert soit un des éléments qu'exige parfois la compulsion de répétition pour pouvoir cesser, et éviter les impasses, les analyses interminables, ou les interruptions prématurées.

Grâce aux fantasmes originaires, un nouveau critère de fin de cure peut être donné : que le sujet ait pu aborder, dans son analyse, les différents registres fantasmatiques dont la somme constitue son Œdipe et son roman familial : *séduction*,

scène primitive, castration, retour intra-utérin, incorporation cannibalique (ou meurtre du père). De cette façon l'histoire infantile, le roman familial de chacun, aura pu être revu et corrigé par le sujet lui-même, lui permettant de faire le tri dans son héritage, de le débarrasser de la compulsion de répétition mortifère et des fixations qui entravent son avenir.

Le fait de passer en revue les différents fantasmes peut être un moyen de faire le point sur ce qui manque dans le matériel de la cure, ou sur les registres qui n'ont pas encore été abordés. C'est ainsi que le patient pourra faire le deuil d'un objet traumatique ou d'un étayage anti-traumatique, et que l'analyste pourra tenter de repérer ce que son contre-transfert l'a empêché d'aborder : un autre secteur de la personnalité, clivé, qui n'a jamais été amené dans l'analyse. C'est aussi ainsi qu'on peut aborder la réintégration d'un aménagement technique dans une cure plus classique, comme je le disais au début.

Avec les critères de terminaison, nous rejoignons les visées idéales et les partis pris idéologiques de la cure et du contre-transfert. A chaque fantasme originaire inexploré par l'analyste correspond une idéologie de la cure mal analysée chez lui : séductrice, protectrice à l'excès, ascétique-castratrice, dramatisante, ou universitaire. Au contraire, lorsqu'une cure se termine de façon satisfaisante, elle apporte beaucoup à l'analyste, par la compréhension que le patient témoigne des engagements contre-transférentiels de celui-ci. Une bonne terminaison nécessite souvent en effet que le patient ait pu se remémorer l'histoire de sa cure et tous ses aléas, qu'il ait pu aussi repérer les limites et les fragilités de son analyste, sans aller toutefois jusqu'aux excès de l'analyse mutuelle ou de l'analyse inversée à la manière de Ferenczi.

Pour l'analyste, les moments mutatifs du contre-transfert et la fin d'une cure sont de ce fait des moments privilégiés pour élaborer et théoriser son expérience psychanalytique. C'est également un des moments où une importante motivation de son métier, le fait de poursuivre son auto-analyse, trouve le mieux à se satisfaire. De ce fait, il est regrettable que la plupart des supervisions n'envisagent pas la fin d'une cure. On pourrait imaginer qu'un analyste en début d'exercice vienne solliciter une supervision pour parler d'une fin de cure, ce qui se fait rarement dans la pratique.

Par contre, l'analyste peut rencontrer des difficultés particulières liées au fait que la fin de sa propre analyse comporte une différence importante avec celle du patient : en tant que futur analyste, l'analysant peut imaginer qu'il aura l'occasion de rencontrer ou de travailler dans les mêmes institutions que son analyste formateur, de devenir un collègue. Bref, la résolution de la situation analysante – de sa filiation symbolique et de son Œdipe transféré – est bien différente dans le cas du futur analyste.

Une des conséquences de cette différence est que l'analyste, dans l'euphorie d'une formation débutante, ou à l'inverse dans le processus de deuil de son idéalisation de la société psychanalytique à laquelle il souhaite s'affilier, ne va pas réaliser à quel point il risque un enfermement dans une bulle isolée du reste du

monde. Le transfert du transfert (positif, ou négatif) ne se fait pas sur un objet véritablement extérieur à sa cure de formation : il se fait sur le groupe des pairs analystes, sur la théorie et la pratique analytique, sur les idéologies du mouvement psychanalytique auquel il tente de rattacher son identité professionnelle. Il devient automatiquement contre-transfert, incestuel¹⁰, inconscient par communauté de déni¹¹; de ce fait, en général peu analysable.

Au niveau de la cure des patients en général, cela freine l'analyse du transfert sur le cadre et sur la théorie psychanalytique, et peut conduire à des engagements inopportuns dans une carrière analytique, par identification mal résolue avec l'analyste. L'analyste ne dispose pas d'un modèle dans lequel le transfert du transfert est possible vers un objet extra-analytique, vers la vie pulsionnelle et/ou la sublimation en général. Le tiers extérieur à la cure peut être dévalorisé, considéré par l'analyste comme un rival à l'analyse idéale indéfiniment prolongée. La collusion transféro-contre-transférentielle ne peut alors jamais se dénouer, du moins dans l'inconscient, faisant de toute terminaison une sorte d'interruption provisoire.

Comment éviter la formation d'une telle bulle analytique? Est-ce que l'auto-analyse constitue une garantie suffisante? L'auto-analyse constitue certes un moyen de lutter contre les impasses du contre-transfert, mais à condition qu'elle soit le prolongement d'un travail d'analyse personnelle suffisamment dégagé de tout motif de formation – au moins durant un certain temps d'analyse – pour ne pas introduire de biaisage dans l'analyse du transfert. Par la suite, l'auto-analyse, ce processus impossible, solitaire et auto-érotique, doit être soutenue par de multiples rencontres pour éviter la reprise systématique d'une tranche d'analyse à chaque difficulté. Parmi les étayages permanents, trois sont indispensables.

a) Le premier est celui de la discussion avec des collègues au fonctionnement différent, ce qui devra se faire dans le cadre d'une société d'analystes, à condition que celle-ci ne soit pas trop fermée sur elle-même, sur un petit nombre de maîtres et de clans. Pour Freud¹², une société d'analystes idéale devait être ouverte aussi sur la littérature, l'art, l'histoire des religions et des civilisations, la mythologie, la science et la philosophie, et favoriser cette ouverture par son enseignement. Surtout, la liberté de parole doit y être assez grande pour que chacun puissent y évoquer ses difficultés, ses doutes et ses recherches.

Sur le plan scientifique, les moyens essentiels d'une bonne discussion sont la que recherche et la discussion théorico-clinique ne soient ni exclusivement cliniques, ce qui dissimule les enjeux idéologiques de la cure, ni exclusivement théoriques, sans quoi la technique des cures risque d'échapper à toute critique constructive, source de réflexion sur le contre-transfert. La communication avec d'autres sociétés d'analyse est également un bon moyen d'ouverture, que devrait préconiser toute association de psychanalystes. Pour prendre un exemple que je connais, un des apports importants d'André Green à l'ouverture de la Société psychanalytique de Paris est d'avoir théorisé cette ouverture au public et aux autres disciplines par son travail sur « la tiercéité » (1997), et d'avoir poussé les analystes

français dans ce sens par la pratique de colloques ouverts au public (ce qu'à Lyon nous avons tenté de prolonger par la création de colloques de « psychanalyse dans la cité », en débat avec des non-analystes, ou avec des analystes de groupes différents).

b) Le second moyen de lutter contre l'enfermement dans une bulle analytique, sans critique de son idéologie dominante, est de veiller soigneusement à éviter le biaisage dans le recrutement de sa clientèle. Ceci pour la raison que seule une clientèle variée permet à l'analyste de se familiariser avec tous les rôles, toutes les structures, toutes les demandes, puisque l'équilibre est le plus souvent une juste mesure de chaque (comme l'Œdipe abouti est l'équilibre entre les différents fantasmes originaires), adaptée à chaque circonstance de la vie. Ceci ne semblera peut-être pas très crucial pour tous ceux qui se plaignent de ne pas avoir assez de patients d'analyse. Mais il faut étendre le problème au choix des patients en psychothérapie, ou aux simples consultations informelles, si on suit ce que j'ai proposé d'une qualification de la psychanalyse en après-coup par rapport à la psychothérapie. Et nous pouvons même orienter l'image que nous donnons à ceux qui parlent au psychanalyste en nous, depuis notre cabinet ou en-dehors, en particulier ceux qui sont susceptibles de nous adresser des patients. La défense d'une idéologie inconsciente peut facilement biaiser le recrutement de la clientèle du psychanalyste, qui recevra alors les patients qu'il a laissé entendre qu'il désirait recevoir, et exclure ceux qui lui paraissent inopportuns.

Or, parmi les patients, si on veille à ce que leur éventail soit assez varié, il en est toujours pour nous obliger à remettre en question notre contre-transfert et nos tics analytiques. Cette analyse du contre-transfert est mobilisée et rendue plus urgente encore par les cas difficiles, par tous ceux qui ne peuvent évoluer si l'analyste ne remet pas en question ses certitudes théoriques ou ses attitudes techniques, quitte à le mettre en échec en interrompant la cure pour faire le choix d'un autre analyste s'il n'y parvient pas. Il y a aussi les patients qui veulent à tout prix soigner leur analyste, et qui peuvent parfois nous renseigner sur nos a priori, sur nos blocages contre-transférentiels, et nous aider à les reconsidérer par l'auto-analyse. Mais cette remise en question salutaire est évitée, au grand dommage de la santé psychique de l'analyste, lorsque celui-ci recrute exclusivement dans tel ou tel secteur pathologique ou de la société – du fait de son orientation universitaire, sociale, médico-psychiatrique ou son activité de formateur – lorsqu'il choisit une clientèle aisée pour des raisons financières, ou encore lorsqu'avec tel ou tel autre biaisage, il élimine certains patients considérés par lui comme trop difficiles, trop fatigants, etc...

c) Il reste un dernier moyen pour le psychanalyste de se resourcer et de se dégager de ses impasses contre-transférentielles. C'est un moyen banal, auquel on pense moins, mais qui est pourtant également indispensable. Il réside dans le bonheur, et la chance — pas toujours accessible hélas — de disposer d'une vie privée suffisamment bonne (au sens de Winnicott) dans laquelle l'analyste puisse oublier son activité d'analyste, et faire fonctionner ce que Michel Fain appelle « la

censure de l'amante¹³ » ouvrant au patient par identification, la voie du transfert du transfert, vers la vie, la « bonne scène primitive » de la créativité. Comme je le disais dans un travail sur « le deuil de l'élève¹⁴ », si on veut pouvoir rester un authentique analyste, et se dégager des pièges du contre-transfert, il n'est pas mauvais d'éviter deux excès : celui de l'analyste trop passionné, qui préfère son travail à toute autre activité, et passe tous ses week-ends en séminaires ou en réunions, ses soirées en séances ou en séminaires; et celui de l'analyste trop dilettante, pour qui la psychanalyse, ce métier difficile et exigeant, ne consiste qu'en une petite partie de ses activités sociales et professionnelles, si nobles soient-elles. Je crois que les institutions psychanalytiques devraient aussi veiller à ce que leurs membres puissent conserver ce fragile équilibre.

françois duparc
14 rue de la poste
74000 annecy, france

Notes

1. Savoir être sans mémoire ni désir, disait Bion dans *L'attention et l'interprétation* (1970), mais ce non-savoir est précédé d'un long travail d'apprentissage et de théorisation, qui lui donne toute sa valeur et qui constitue le cadre de cette expérience du non-savoir.
2. J'emploie à dessein ce terme de plomb, qui est la traduction française erronée faite par Marie Bonaparte de l'expression de Freud, qui parlait d'un alliage entre l'or pur et le cuivre (Kupfer), entre psychanalyse et psychothérapie. Il est à noter d'ailleurs que dans l'expression de Freud, le cuivre est une matière noble, qui par sa solidité, sert d'étayage pour la trop grande malléabilité de l'or – lequel a, il est vrai, l'avantage d'être inaltérable.
3. Notamment, mais de façon facultative, par la Société psychanalytique de Paris à laquelle j'appartiens.
4. Cf. F. Duparc, « Processus de deuil et processus de formation » (1999).
5. Voir à ce sujet mon livre sur l'image de la psychanalyse dans la société, les tendances idéologiques de Freud, et les caricatures de l'idéologie thérapeutique dans la publicité : *L'image sur le divan* (1995).
6. Voir à ce sujet « À chacun son cadre », dans mon livre sur *L'élaboration en psychanalyse*, 1998.
7. The Countertransference Scene in France, *International Journal of Psycho-Analysis*, 2001.
8. Voir à ce sujet : « L'hallucination négative dans le contre-transfert », dans mon livre *L'élaboration en psychanalyse*, 1998.
9. Voir à ce sujet « Les paramètres idéologiques du cadre », dans mon livre sur *L'élaboration en psychanalyse*, 1998.
10. Pour parler comme P.C. Racamier, par exemple dans *Le génie des origines*, Payot 1992.
11. Comme le dirait Michel Fain : se reporter à F. Duparc, *La censure de l'amante*, Delachaux & Niestlé 1999.
12. Comme il l'exprime dans son article de 1919 : « Doit-on enseigner la psychanalyse à l'Université? » *Résultats, idées, problèmes I*, P.U.F.
13. Se reporter à *La censure de l'amante*, F. Duparc, *op. cit.* (1999).
14. Cf. « Processus de deuil et processus de formation » (1999).

Références

- Denis, P. (1988). L'avenir d'une désillusion : le contre-transfert, destin du transfert. *Revue française de psychanalyse*, 52 : 829-840.
- Donnet, J.L. (1976). Contre-transfert, transfert sur l'analyse. Analyse définie et indéfinissable. In *Le divan bien tempéré*. Paris : P.U.F. 1995.
- Duparc, F. (1990). Du bon usage des métaphores théoriques (Reich, Lacan, Bion). *Revue française de psychanalyse*, 55 : 233-246.
- Duparc, F. (1994). Arrêt sur image dans le contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 58 : 1691-1700.
- Duparc, F. (1995). *L'image du psychanalyste*. Paris : L'Harmattan.
- Duparc, F. (1997). Le temps en psychanalyse, Rapport du congrès, Paris. *Revue française de psychanalyse*, 61 : 1429-1588.
- Duparc, F. (1998). L'élaboration en psychanalyse (préface d'A. Green). Bordeaux-Paris : L'esprit du temps, 1998.
- Duparc, F. (1998). La censure de l'amante (avec la collaboration de M. Fain). Lausanne : Delachaux & Niestlé 1999.
- Duparc, F. (1999). Processus de deuil et processus de formation. *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris* : n°52, février : 78-96.
- Duparc F. (2000). « Les visées et les buts de la psychanalyse », conférence avec Nathalie Zaltzmann, Lyon 2000, repris in *Le mal des idéologies*, Paris : P.U.F. 2004.
- Duparc F. (2000). « Fantômes originaires et théories sexuelles classifiantes », Exposé au Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, juin 2000, repris in *Le mal des idéologies*, Paris : P.U.F. 2004.
- Duparc, F. (2001). « Countertransference on the French Scene », *International Journal of Psychoanalysis*, vol.82, Part 1, p.151-169 (Education Section); repris in Key papers in counter-transference, R. Michels & coll (dir.), London:Karnac 2002, 117-148.
- Duparc F. (2002). « Construction : l'art du temps, l'art de la rencontre », in *Inventer en psychanalyse : constructions, interprétation*, J.J. Baranès et F. Sacco (dir.). Paris : Dunod.
- Duparc F. (2003); « Le corps mis en jeu dans la cure psychanalytique », in *Jouer, le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, dir. F. Joly, Paris : In-Press, 229-242.
- Duparc, F. (2004). *Le mal des idéologies*, Paris : P.U.F. (Le fil rouge, à paraître.).
- Green, A. (1989). Du tiers; de la tiercéité. In *La psychanalyse, questions pour demain, Monographies de la Revue française de psychanalyse*. Paris : P.U.F. 1990.
- Guillaumin, J. (1998). *Transfert, contre-transfert*. Bordeaux/Paris : L'esprit du temps (diffusion P.U.F.)
- McDougall, J. (1975). Le contre-transfert et la communication primitive. In *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard 1978.
- M'Uzan, M. de (1976). Contre-transfert et système paradoxal. In *De l'art à la mort*. Paris : Gallimard 1977.
- (1978). La bouche de l'inconscient. In *La bouche de l'inconscient*. Paris : Gallimard 1994.
- Neyraut, M. (1974). *Le transfert*. Paris : P.U.F. (Le fil rouge).
- Pontalis, J.B. (1975). À partir du contre-transfert. Le mort et le vif entrelacés. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 12 : 73-88.
- Urtubey, L. de (1994). Le travail du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*. 58 : 1271-1372.
- Viderman, S. (1967). Genèse du transfert et structure du champ psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*. (1968) 40 : 1011-1024.
- Viderman, S. (1970). *La construction de l'espace analytique*. Paris : Denoël.