

# *Transfert à deux voix*

*L*a pérennité des processus primaires et le rythme lent de l'analyse contribuent à établir, dans le développement de la cure, une cadence de croisière qui tend vers une sorte d'équilibre entre une position transférentielle de base et une sollicitation à un accommodement contre-transférentiel correspondant. Il s'agit d'une manière d'être à long terme dans la démarche analytique.

Cet équilibre tend à s'instaurer pour neutraliser les premiers moments de la cure. Ils sont bien connus ; Freud les a comparés au jeu d'échecs. Ils sont quasi répertoriés et chacun est familier avec un nombre particulier de débuts de cure qui en viennent à se ressembler. Dans ce premier temps, le praticien est familier avec le processus, mais il ne l'est pas avec le patient. Dans ce qui succède à l'entrée de jeu, on observe un renversement de situation. L'analyste devient familier avec le patient et il l'est moins avec l'instauration de l'énigme dans l'analyse. Cette sollicitation du familier se reconnaît à l'érosion de l'attrait de la nouveauté ; celle qui avait présidé à l'entrevue, à la formulation de la situation, aux premières compréhensions auxquelles l'analyste s'était attaché.

Cette phase qui correspond à l'instauration, au développement et à l'approfondissement de la névrose de transfert, se développe comme un effet de tamisage et de décélération ; le flou s'installe. Le tissu des nœuds énigmatiques devient, en se développant, plus complexe. Ce qu'on avait compris du patient n'est plus ni aussi sûr, ni aussi simple, ni aussi univoque. Dans ce virage l'analyste peut être tenté de s'accrocher aux schémas initiaux qui lui avaient donné l'impression de comprendre. C'est pourtant à ce moment qu'il est en mesure de se laisser informer, façonner, par le développement du processus analytique. Je m'attarderai à ce moment de la cure où la résistance de transfert se développe, se consolide, s'approfondit.



*Le continu et l'achoppement*

De par leur nature, ces états d'équilibre entre l'intensification d'une position transférentielle de base et l'accommodement contre-transférentiel qu'elle sollicite se développent lentement, insidieusement et souvent confusément pour l'analyste. Celui-ci se retrouve alors dans ce que j'appellerai la position de Livingstone. Dans son sens métaphorique, cela nous rappelle qu'il peut être effectivement une pierre qui parle, une pierre vivante. Comme la pierre de Rosette, découverte dans les bouches du Nil, il est lui aussi à l'origine du déchiffrement de l'énigme du processus analytique, à commencer par ce qui s'inscrit en lui-même, dans les différents langages qu'il peut, en lui, comparer. Cependant, comme l'explorateur britannique, il est aussi celui qui recherche les sources du Nil. Mais il est souvent un explorateur perdu dont la propre personne devient l'objet d'une recherche.

Il y a dans cette phase du développement de la névrose de transfert un processus que j'appellerai la manipulation ou l'aménagement du contre-transfert par le patient. Ceci on le constate à l'occasion des premiers ratés de la fonction analytique. Soit dans l'exercice de la parole qui tombe à côté, ou dans l'exercice de l'écoute qui s'absente, ou dans le sentiment de l'analyste d'être déporté à son insu.

Ce moment reste, en règle générale, dans une sorte de temps antérieur à l'émergence d'une conflictualité propre entre l'analyste et le patient. Il est

aussi en deçà de la pure répétition, de celle qui, dans son retour incessant, peut décourager le praticien. On ne sait pas encore établir la ligne de démarcation entre l'analyse au service de la répétition et l'analyse vivante au service du changement. Ce qu'on sait c'est que le patient s'installe dans l'analyse comme à demeure, avec armes et bagages. Tout se déploie mais rien n'est encore commencé.

Sans doute l'appellation de mobilisation du contre-transfert serait-elle moins offensante pour notre façon de nous percevoir interpellés par le patient. Mais il nous faut nous rappeler Livingstone. À quoi correspond le Stanley de la cure ? Il faut un nécessaire point d'appui. Que ce soit le détour d'une lecture, l'analyse d'un rêve contre-transférentiel, le travail sur les affects-signaux, l'élaboration associative, l'utilisation de la remarque d'un collègue, etc. On serait tenté d'avancer qu'il faut un point d'achoppement pour faire apparaître ce que masque le continu. Je proposerai que ce point d'achoppement découle du développement même de la cure : c'est le symptôme de transfert.



### *Le symptôme de transfert*

Il m'apparaît comme point de butée où vient éclore la position transférentielle. Son apparition provoque du discontinu. Sa nouveauté nous interroge sur le familier qui nous enveloppe. Il est aussi, je crois, le lieu du développement d'une conflictualité propre entre le patient et l'analyste. Auparavant, quelque chose comme un processus parallèle s'était développé chez le patient dans le développement de sa position transférentielle et chez l'analyste suite à la manipulation du contre-transfert par le patient. Mais ce phénomène était resté au premier essor dans une résonance en miroir, il n'avait pas pris corps. Il y a dans le symptôme de transfert la mise en cause du contre-transfert de l'analyste.

Distinguons deux aspects du développement de la névrose de transfert. Il ne s'agit pas de deux moments successifs mais de deux qualités particulières qui peuvent s'enchaîner de différentes façons. Le premier correspond à l'aménagement de la position transférentielle comme espace continu. À ce moment, le patient cherche surtout à aménager le contre-transfert de l'analyste, comme on pourrait parler d'un aménagement paysager de son

décor psychique. Le transfert est alors vécu surtout dans sa dimension narcissique. Le patient cherche à ce que l'analyste soit le complément de son scénario psychique. Le transfert est développé comme une sorte de désir hallucinatoire où la différenciation entre la position du patient et celle de l'analyste s'organise comme complémentaire. Cette situation ne peut que conduire à un enfermement dans un processus parallèle que nous avons évoqué. Au niveau du symptôme de transfert, décrit comme la mise en cause du contre-transfert, c'est d'abord la dimension objectale du transfert qui prend le dessus. Ceci pour dépasser ce qu'on pourrait appeler, par analogie, le stade du transfert-plaisir-purifié dans la recherche d'une satisfaction. Ce qui implique la reconnaissance du rôle de l'objet, de l'analyste comme personne. C'est la dimension libidinale du transfert qui sera sollicitée.

Le symptôme de transfert apparaît comme une mise en scène différente de celle de la position transférentielle. Nous chercherons ici à le circonscrire en en identifiant certains contours.

— Le symptôme de transfert se développe *in situ*. Il peut se manifester comme un passage à l'acte mais sans y être identique. Souvent le passage à l'acte se fait à l'extérieur. Lorsque le passage à l'acte se fait dans la séance, sa principale fonction est d'abaisser une tension. Il est donc de ce fait occasionnel. Le symptôme de transfert qui se manifeste dans le comportement comme un passage à l'acte est, au contraire, lui, plus répétitif et stable à l'intérieur de la relation thérapeutique. Il se propose comme un aménagement du rapport entre l'analysant et l'analyste. Sa fonction de représentation est donc primordiale par rapport au rôle économique plus circonscrit du passage à l'acte. Le symptôme de transfert se différencie aussi du processus de latéralisation. En réalisant un investissement hors cure pour opérer dans ce déplacement une séparation entre deux courants contradictoires, le transfert latéral apparaît souvent comme une tentative pour le patient d'éviter le développement d'un symptôme de transfert. Dans ce dernier cas, il s'agit plutôt d'une condensation qui vise à unir deux éléments contradictoires à l'intérieur même du rapport à l'analyste.

— Le symptôme de transfert est énigmatique. Il apparaît souvent comme une sorte de corps étranger qui reste longtemps opaque. C'est un objet d'ambiguïté qui se maintient dans une dimension où il est difficile de situer son registre. Est-ce un objet d'analyse, est-ce un objet de réalité ? Le patient cherche souvent à en faire un résidu inanalysable. Celui par exemple qui développe imperceptiblement des retards chroniques, ou qui modifie de façon automatique quelque chose dans le cabinet de consultation, ou qui prend l'habitude d'apporter ou de laisser à l'extérieur des éléments qui le représentent, comme des vêtements.

— Le symptôme de transfert s'appuie sur un indice de réalité. Il s'ancre sur un aménagement minimal du cadre comme façon d'interposer un indice de réalité dans l'échange entre le patient et l'analyste. Tout ce qui concerne le contexte de la rencontre y est donc soumis : la façon de payer, le rituel d'entrée et de sortie, les tics du patient, la façon de parler, le jeu sur la ponctualité, etc. Cet indice de réalité s'interpose entre l'analyste et le patient ; il est reconnu dans sa matérialité mais non dans son sens. Une des conséquences est de mobiliser l'appréhension de cet indice par l'appareil psychique du côté de la perception ou de la motricité, en gardant cet objet interposé hors du champ de la représentation ou du flottement de la pensée. Sa fonction d'achoppement relève justement de ce que cette double polarisation perceptuelle et motrice est réduite dans l'analyse. Le symptôme de transfert est donc ainsi rencontré d'abord au plan économique puisque son aspect topique reste longtemps relégué dans l'ombre.

— Le symptôme de transfert est une entrave à l'interprétation. Ainsi Braunschweig et Fain le présentent-ils dans l'un de ses effets<sup>1</sup>. Il affecte le cadre analytique comme contournement du contrat établi entre le patient et l'analyste, auquel il substitue une sorte de règle privée. Pour pousser plus loin leur pensée, on pourrait dire, en comparant le développement du processus analytique au développement de l'appareil psychique : où était le cadre, le symptôme de transfert doit advenir. Du côté de l'analyste, la première réaction est souvent de le court-circuiter. Le symptôme de transfert est alors contourné ou traité comme un élément de réalité longtemps inabordable. D'autant plus que l'analysant s'en sert justement en le séparant de son discours pour enrayer l'interprétation.

— Le symptôme de transfert signe le développement d'une conflictualité propre à la cure. Outre qu'il se fasse discret et se présente comme peu significatif, il apparaît comme le grain de sable dans l'engrenage du processus analytique. Il survient lorsque l'équilibre entre l'aménagement de l'état transférentiel et la mobilisation du contre-transfert ne peut être maintenu, le plus souvent suite à l'activité interprétative de l'analyste. C'est une sorte de compromis occulte entre ce que l'analyste peut offrir et ce que le patient vient demander. Ce dernier cherche par le symptôme de transfert à interpeller la position de base de l'analyste, celle qui protégera la collusion avec la satisfaction, celle qui continuera, voire le plus souvent rétablira l'activité analytique. L'enjeu est d'interroger le désir de l'analyste ; quelle que soit sa réaction, il se révèle au patient, dans sa tolérance, son opposition ou par la confrontation. Le symptôme de transfert devient ainsi un champ de bataille où la reconnaissance de son existence d'abord, de son importance ensuite doit toujours être reportée à plus tard.

Retenons un exemple : un patient dont l'analyse progressait par monts et par vaux se mit à arriver en retard de façon répétitive à la dernière séance de la semaine. Situation à peine perceptible au tout début. La répétition aidant, ceci devint un objet de discours. Il y avait d'un côté une sorte de signal qui m'était adressé m'indiquant que je n'étais peut-être pas là moi aussi tout le temps et que, dans ces conditions, lui aussi pouvait prendre cela de façon plus détendue. Ce qui me semblait effectivement correspondre à une attitude contre-transférentielle au cours de certaines séances où le patient cherchait à me déporter en transformant de façon ludique nos rencontres en puzzle incompréhensible. Je participais passivement à ce passage à l'acte à l'intérieur de la séance en reportant les choses à plus tard. C'est en projetant cette question sur le cadre que nous pûmes, l'un et l'autre, apercevoir des choses différentes qui nous concernaient. Cependant, il y avait aussi la tentation du patient de partir avant la fin, fin de la semaine, mais aussi et surtout fin de l'analyse. Tentative de fuite parce qu'il était de plus en plus mis en face de questions difficiles à travailler, notamment lorsque l'angoisse de castration vint à l'ordre du jour. Dans le premier sens, il s'agissait pour le patient d'une identification à l'analyste temporisateur, c'est-à-dire la reconnaissance du rapport à un objet séducteur et traumatique. Dans l'autre aspect, premier

dans la séquence, l'analyste s'était identifié à l'état angoissé du patient, pour l'absorber en lui, et jouir passivement de cette sollicitation. La dessaisie identificatoire qui cesse la réverbération n'advient que par la mise en cause d'un indice de réalité. Cet indice n'est utilisable comme vecteur de sens que dans la mesure où il est perçu comme révélateur de l'entrave au processus analytique. C'est-à-dire éloignant le patient et l'analyste ; éloignement qui témoigne par voie paradoxale d'un rapprochement identificatoire, à la fois obstacle et objet même à découvrir dans la duplication transférentielle.

J'ai recensé dans l'œuvre de Freud trois ou quatre formulations à propos du symptôme de transfert. Les deux premières se retrouvent dans les *Études sur l'hystérie* de 1895. La première est celle-ci : « Le symptôme en question réapparaît ou gagne en intensité dès que l'on pénètre dans la région de l'organisation pathogène qui en détient l'étiologie<sup>2</sup>. » La seconde, un peu plus loin : « elle — la patiente — reste ignorante de la cause nouvelle de sa résistance et ne la révèle que par un symptôme hystérique nouveau<sup>3</sup> ». En 1914, dans *Remémoration, répétition, perlaboration*, il est suggéré une nouvelle acception : « Nous réussissons sûrement à conférer à tous les symptômes morbides une signification de transfert nouvelle<sup>4</sup>. » Puis, dans le dernier chapitre de *l'Introduction à la psychanalyse* de 1917, une formulation moins explicite : « La partie décisive du travail consiste, en partant de l'attitude à l'égard du médecin, [...] à créer de nouvelles éditions des anciens conflits<sup>5</sup>. » Que retenir de ces différentes formulations ? De la première et de la troisième, on retient qu'il s'agit d'un symptôme déjà en place, déjà connu qui, dans un cas, s'active et prend un rôle économique et dans l'autre acquiert un nouveau sens. Dans les deuxième et quatrième formulations, il s'agit d'une nouvelle formation, due à la résistance du malade dans le premier cas, et presque imputée dans l'autre à l'activité de l'analyste. Je crois que la deuxième formulation des *Études sur l'hystérie* reste la plus près de ce qu'on entend généralement par symptôme de transfert.

J'ai retenu quand même cette quatrième formulation pour souligner que la déstabilisation de l'équilibre transférentiel ne survient pas uniquement à cause de la régression induite chez le patient par le dispositif analytique. Elle survient aussi, à mon avis, du fait de l'activité même de l'analyste qui

a pour effet non spécifique de faire glisser le transfert d'un pôle narcissique à un pôle objectal.



*« L'état transférentiel » comme formation de substitut*

On m'objectera, dans la foulée de Neyraut<sup>6</sup>, que le transfert n'est pas un état mais une transposition. Soit. J'emploie cette locution dans le sens où Bouvet parle de la période d'état du transfert. J'insiste ici sur deux moments du transfert, deux qualités du mouvement transférentiel. Il est naturel de les comparer, dans une projection théorique, à la façon dont Freud cherche à rendre compte du mouvement de l'appareil psychique dans le travail du refoulement. Il présente la formation de substitut comme une étape antérieure à la formation du symptôme, sauf dans l'hystérie. La formation de substitut se manifeste comme un contre-investissement. Le symptôme de transfert est surtout un compromis assurant une satisfaction ; la formation de substitut est avant tout un déplacement et une défense contre cette satisfaction objectale par la mise en place d'une sorte d'illusion narcissique dans le rapport à l'analyste.

Il s'ensuit quatre conséquences. D'abord la formation de substitut diminue l'angoisse mais en même temps diminue aussi la satisfaction. « Lorsque le processus substitutif est accompli, aucune sensation de plaisir ne se produit<sup>7</sup>. » Il s'agit donc d'un investissement « latéral » dont l'effet principal est de diminuer le déplaisir sans toutefois apporter dans ce premier temps une satisfaction compensatoire comme le symptôme de transfert peut le faire. Cependant le résultat économique net de la diminution de déplaisir est un soulagement de l'angoisse. Constatation fréquente au début de l'instauration du processus analytique suite aux premières interventions de l'analyste. L'avantage pratique est de procurer une certaine stabilisation qui permet d'explorer l'appareil psychique du patient sans la pression du symptôme initial, ainsi évidé de son investissement. Certains patients qui tiennent à brandir leurs symptômes comme terrain d'échange sont réticents à laisser se développer ce processus substitutif.

C'est aussi un lieu de transition du refoulé qui nous informe sur sa nature mais aussi recèle de ce fait un caractère instable. « La représentation



substitutive se comporte donc, dans ce cas, comme un lieu d'une transition du système inconscient au système conscient<sup>8</sup>. » On comprend que cet état instable tend à venir buter sur la formation du symptôme de transfert plus stable. Un lieu de transition n'est pas nécessairement instable. Je conçois cet état comme le développement d'un sas psychique, constitué par la trame du préconscient. L'avatar le plus fréquent ici concerne la difficulté à développer celle-ci de façon suffisamment étoffée. Le symptôme de transfert qui envahit cet espace est la difficulté à associer.

L'exigence de travail nécessaire au maintien de ce contre-investissement va se solder par une différenciation de l'investissement des fonctions du cadre et de l'analyste. La formation de substitut que représente l'état transférentiel a donc ici une fonction de disjonction après celle de transition et d'inhibition. Freud ajoute, un peu plus loin dans le texte sur l'inconscient : « Le système conscient se protège maintenant contre l'activation de la représentation substitutive [le cadre] par le contre-investissement de l'environnement [l'analyste] comme il s'était auparavant garanti par l'investissement de la représentation substitutive [le cadre] contre l'émergence de la représentation refoulée<sup>9</sup>. » Le maintien de l'investissement du cadre comme dépositaire des éléments de l'inconscient, (Donnet<sup>10</sup>) lorsque bien établi, aura donc tendance à dissocier de plus en plus l'analyste du cadre. C'est souvent le noyau du transfert négatif. Mais c'est aussi le signe d'une difficulté à accepter d'investir libidinalement l'analyste et à prendre le risque de voir se développer une conflictualité propre avec celui-ci. Dans la mesure où l'investissement secret du cadre pourra être travaillé par l'analyste, ou lorsqu'il est plus important pour le patient de maintenir un investissement de l'analyste, comme c'est le cas dans les problématiques hystériques, cette formation de substitut sera plus transitoire et viendra se consolider sur son point de butée qu'est le symptôme de transfert. D'où l'impression d'une plus grande instabilité de l'état transférentiel dans ces situations. C'est, je crois, la grande différence entre les problématiques obsessionnelles et phobiques, d'une part et les problématiques hystériques, d'autre part.

Je voudrais illustrer ici le développement de cette position transférentielle par « trois usages » transférentiels de la cure : l'antalgie, l'assuétude et l'alibi.

*L'analyse comme antalgie*

Le patient se sert de l'analyse pour étouffer une souffrance, panser une plaie, s'assurer d'un confort psychologique. Il s'agit ici d'une position centrée sur les intérêts du moi. Ce patient verra à respecter scrupuleusement le cadre tout en cherchant à éviter l'analyse de son contenu. Les séances d'analyse ont commencé mais l'analyse n'est pas commencée. Le premier élément du transfert est de s'assurer que l'analyse soit confortable. L'analyste y sera forcément pris, car dans un premier temps il ne pourra que bénéficier de la marge de manœuvre qui lui est accordée par la fidélité et la fiabilité du patient face à ses séances. Il se dira en réagissant à ce confort : « Nous avons le temps, nous verrons bien plus tard. » Ce que le patient se garde bien toujours de dire. Parfois même il n'est pas si sûr qu'il le pense aussi clairement que l'analyste peut le ressentir. À partir du moment où l'analyste pense qu'il peut reporter à plus tard les choses plutôt que de les aborder au fur et à mesure, le patient a déjà réussi dans son aménagement à neutraliser le travail analytique. Par la suite, c'est l'inconfort qui passe du côté de l'analyste. L'inconfort d'écouter, l'inconfort de comprendre, l'inconfort de parler à vide parfois. C'est bien là ce qui est souhaité par le patient, d'en faire l'affaire de l'analyste.

Une variante consiste à tenir l'analyste à distance. Il ne veut pas que celui-ci le dérange ou touche à quelques points sensibles, ce qui ne provoquerait qu'un réflexe de retrait. Lorsqu'il cherche à s'approcher coûte que coûte du patient, celui-ci se crispe en effet. Cela évoque le souvenir de la main du médecin qui explore un « abdomen aigu ». Au mieux, le patient convie l'analyste à regarder sans toucher. Parfois s'instaure la crainte de faire mal au patient. L'analyste cherche alors à s'accommoder. Il peut être tenté de forcer son attention, sa sollicitude, surveiller son ton de voix ou la forme d'un énoncé.

Dans certains cas, l'attitude du patient se résume à ne pas bouger. Il a peur de faire un faux mouvement psychique qui viendrait susciter un malaise que toute la démarche cherche à prévenir. Il voudra bien sûr que l'analyste ne le bouscule pas. Que la réaction de celui-ci aille dans le sens d'un contre-investissement, suivant la ligne d'un « forcing » qui se veut bienveillant, ou selon la voie d'un désinvestissement qui consiste à attendre, à se retrancher

dans des préoccupations personnelles, la difficulté demeurera le plus souvent au plan d'une problématique anale. Curieusement cependant, l'analyste s'y verra, plus souvent qu'à son tour, réduit au rôle de l'excrément.

L'enjeu est de poser le travail sur la souffrance psychique et sur les défenses instaurées par le patient contre celle-ci. Le patient présente la souffrance psychique soit en l'amoindrissant, soit en l'amplifiant dans sa présentation. Dans les deux cas, la question de l'affect reste centrale pour l'identifier, pour la lier à des représentations. Tant qu'il ne s'agit que de douleur, la réponse antalgique va prédominer, la réponse calmante sera sollicitée. Le malaise, l'inconfort doit donc être reconnu, métaphorisé aux lieux du corps et de l'esprit, transcrit dans ses dimensions objectales. Ceci n'apparaîtra possible que dans la mesure où l'usage du cadre pourra être interprété comme recours à un objet tiers à qui est conférée une fonction de pansement et comme tentative du patient d'assimiler l'analyste au cadre, donc de nier sa présence ou son absence. Parce qu'au fond, cette attitude antalgique vise à essayer d'éliminer des effets vécus après la perte de l'objet. L'analyse se voit attribuer un rôle réparateur. À cette condition toutefois que l'analyste doive s'effacer derrière le cadre et que le patient lui rappelle de ne pas lui nuire ; ce dernier ne ménage rien pour manifester sa bonne volonté de toute façon.

Ce dédoublement de l'analyse et du cadre vise à interposer un objet entre l'analyste et le patient. Cet objet est décrit comme un objet pansement. Betty Joseph, dans son article « *The patient who is difficult to reach*<sup>11</sup> », a souligné comment ce dédoublement pouvait provenir du travail de deux parties de la personnalité du patient. Celle vigilante qui surveille l'analyste, épie ses moindres mouvements, et celle qui en a besoin et reste cachée. Cette partie vigilante vise à protéger la partie vulnérable qui a besoin de l'analyste. C'est cette vulnérabilité même qui est dangereuse et souffrante, qui cherche à tirer ses satisfactions de l'usage du cadre, alors que la partie vigilante est celle qui entre en contact avec l'analyste. Cette dernière protège les intérêts narcissiques du patient.

Un deuxième aspect, complémentaire, concerne la difficulté à commencer ; la partie vigilante du patient ne veut pas laisser s'approcher

l'analyste de la partie vulnérable. Le patient a peur de se faire faire mal. L'analyse est ici vue comme un danger ; tout ce qui représente le monde intérieur doit être placé à l'abri d'un périmètre de sécurité. Bollas le formule ainsi : « L'analyse est vécue comme un processus prématuré par rapport à l'état psychique du patient<sup>12</sup>. » On découvre souvent dans ces circonstances qu'il s'agit pour le patient de préserver une expérience primitive secrète, camouflée comme un joyau, à laquelle l'analyste ne doit pas toucher. Bien que le cadre ait été défini par la parole de l'analyste, qu'il ait été présenté comme un élément contractuel, le patient investit de souvenirs affectifs le résidu non verbal du dispositif analytique.

### *L'analyse comme assuétude*

Dans ce cas la position de base vise à assurer la satisfaction du ça. Faire en sorte de ne pas perdre une satisfaction. Autant les patients précédents ont de la difficulté à commencer, autant ceux-ci ont de la difficulté à terminer. La séance d'analyse est là pour rassurer le patient que rien ne lui manquera. Quant à savoir ce que serait ce manque, on nous répond souvent que c'est la possibilité de parler d'un émoi. Le patient vient pour être calmé. Pour ce faire, l'analyste est transformé en objet tout à la disposition du patient. Ce peut être sous le mode du prendre, ou pour utiliser l'analyste comme un réceptacle où seront déposés tous les déchets, insatisfactions, tensions et excréments psychiques du patient. L'analyse ne sert alors qu'à faire un tri entre ce qui doit être conservé et éliminé par le patient sans que le travail sur la transformation et l'identification de ce processus psychique soit accepté.

Une patiente dont l'analyse traînait en longueur alimentait par son masochisme la poursuite d'un traitement dont le but principal n'était plus que de se perpétuer pour lui-même. Je me voyais utilisé comme une sorte de prothèse indispensable à la patiente pour accomplir une fonction qu'elle ne pensait pas pouvoir assumer elle-même. J'en vins à travailler sa résistance à terminer. J'étais frappé par la discordance entre sa façon d'être en séance et ce qu'elle rapportait de sa vie extérieure. Active à plusieurs niveaux, avec des responsabilités maternelles, domestiques et professionnelles qu'elle semblait rencontrer avec bonheur, la séance n'était faite que de sentiments de détresse ou d'impuissance. Bien sûr, elle était très sensible aux interruptions de toutes sortes et s'en plaignait vivement en

ayant à chaque fois le sentiment qu'elle était insupportable, que je devais me reposer d'elle, souffler un peu.

Peu à peu, après m'être dessaisi de l'impression de sa fragilité dont elle voulait me convaincre, je m'étais buté à ce sentiment de culpabilité inconscient tenace qui mettait en péril le succès de l'entreprise. Chaque amélioration ne devait pas être reconnue sous peine d'aggravation. Je me sentais à nouveau pris dans quelque rôle que je n'arrivais pas à identifier mais contre lequel je luttais, soit en m'absentant mentalement des séances, soit en allant à la séance à reculons, ou en ayant l'impression de ne rien apprendre de neuf d'une séance. Je finis par être étonné par le fait que si j'avais peur de travailler avec elle, c'était bien parce que j'avais peur de faire le travail à sa place ou tout seul ; il s'agissait d'une tâche pour laquelle j'avais mes propres réticences, que je reconnus à la faveur d'un bruit fortuit dans la rue. Je fus alors surpris de donner du poids au fait qu'elle n'élaborait que très peu. Elle venait chez moi déposer ses affects, ses rêves, ses humeurs pour les mettre en consigne ou s'en débarrasser. Je lui dis alors : « Je vous fais un bon sac vert. » Je me reconnus comme éboueur de service, à faire le ménage de son intérieur pour essayer tout ce qui dépassait, tout ce qui était sale, dégoûtant, malpropre, collant, baveux ou suintant.

L'analyse comme assuétude cherche à faire en sorte que le processus devienne synonyme d'évacuateur d'affects ou de régulation économique. Ceci dans la mesure où le patient a perdu confiance dans ses capacités à assurer son propre bien-être. Terrifié par ses affects, il se réfugie dans une passivité pour confier à l'analyste le soin de faire sa toilette. Cette assuétude finalement ne m'apparaît pas seulement comme un processus lié à l'oralité, mais aussi à l'analité, par la mise en cause du corps, de ses rythmes et de ses rites. C'est en travaillant cette thématique que la question du sevrage de la présence maternelle, comme auxiliaire nécessaire à son entretien, fut liée avec la fin toujours reportée. Deux faits survinrent à ce moment. Elle se mit à s'absenter de quelques-unes de ses séances ; ce qu'elle n'avait jamais fait auparavant, ou si peu. Elle envisagea ensuite que nos contacts ne dureraient pas indéfiniment. Elle tenta d'établir un moment pour envisager la fin. Moment très loin dans le temps, mais que nous pûmes identifier comme étant celui où son dernier enfant quitterait la maison pour l'école.

*L'analyse comme alibi*

Le processus de la cure sert à satisfaire le surmoi. Il est une caution, une excuse, une exonération qu'il ne faut pas perdre. Pour obvier à la reconnaissance de sentiments de culpabilité inconscients importants, le patient semble se dire : « Ça ne va pas, mais au moins je me soigne. » Il se sert du fait qu'il est en traitement pour justifier le maintien de ses façons d'être, de faire, de voir, de se percevoir.

Je n'avancerai ici que quelques remarques cliniques dans ce champ trop vaste et trop complexe pour être couvert d'un seul souffle. Que couvre l'alibi ? Un méfait occulte, un plan secret. Un homme au regard morose vint me voir pour faire état de ses difficultés à nouer des relations satisfaisantes avec les femmes. L'aspect répétitif de la situation l'avait conduit jusque chez moi. Il se présentait volontiers comme quelqu'un qui n'avait rien pour être aimable. Quiconque s'y laisserait prendre verrait bien un jour, en le connaissant mieux, qu'il n'en valait pas la peine. Il entreprit donc de me faire partager sa conviction et de me faire rentrer dans son scénario. Le parcours fut entrecoupé de quelques liaisons qu'il noua pour m'en démontrer l'inutilité. On découvrit qu'il devenait anxieux lorsque quelqu'un s'occupait de lui et l'aimait. Jusqu'à présent il n'avait jamais pris la chance de s'attarder à des femmes qui pourraient s'intéresser à lui et tout fonctionnait bien. Ce qui transpira peu à peu — il me fit travailler fort —, c'est son plan vindicatif camouflé derrière l'autosabotage. Séduire puis abandonner une femme tel qu'il l'avait été lui-même. Identifié à l'agresseur, il se présentait lui-même comme la principale pièce à conviction dont le malheur affectif persistant accusait des géniteurs indignes d'avoir fait un enfant.

Je voudrais souligner ici que cette situation ne put être mise au jour qu'après avoir longuement pataugé dans les tentatives du patient pour saboter sa propre analyse. Il avait cherché à modifier le cadre en réduisant ses séances sous prétexte de difficultés financières. Celles-ci, bien que réelles, étaient surtout l'effet d'une incurie qu'il entretenait savamment pour s'assurer que quelqu'un viendrait bien le rescaper dans une telle situation. Il me prit à son jeu en effet et je consentis à l'accommoder. Je me sentais déporté dans une attitude d'indulgence à propos de laquelle je me confortais en me persuadant de son caractère temporaire. J'en vins même

à oublier que nous avons diminué les séances. Le patient se réfugia dans une plainte soutenue sur son triste sort. L'émoussement de la situation me porta à désinvestir le processus de cette analyse jusqu'à ce que je constate que le patient avait réussi à me plier à son propre dessein. La question des séances fut remise à l'ordre du jour et nous cessâmes de faire du sur-place. Au prix cependant de nouvelles attaques pernicieuses contre le processus de la cure, mais qui assurent un progrès ultérieur.



*Pour clore*

On pourrait entendre que je propose ici deux stades ou deux phases du déroulement du transfert. Je voudrais surtout avancer l'idée de deux composantes différentes dont le jeu réciproque, parfois opposé, assure la mouvance du processus de la cure du fait de la mise en tension de ces deux aspects. On peut comparer ces deux composantes à la mélodie et à l'harmonie. L'état transférentiel représenterait l'aspect harmonique, la basse continue du transfert, parfois même dans sa répétition insistante, le *basso ostinato*. Le symptôme de transfert, lui, représenterait la mélodie dans son déroulement horizontal.

Cette métaphore nous renvoie à deux modes de perception de l'inconscient, tels qu'ils ont été soulignés par Laplanche et Leclaire. « L'état transférentiel » représenterait le pôle de l'inconscient qui est décrit « comme force de cohésion, attraction, répétition s'opposant à la prise de conscience<sup>13</sup> ». Dans son état continu, il est surtout perceptible par le mouvement de l'affect. C'est l'inconscient qu'on appréhende comme traduction d'un sens latent à partir de l'organisation manifeste d'une relation d'objet ancrée dans le non-verbal, s'appuyant sur un investissement affectif du cadre, semblant se déployer au niveau des représentations de choses.

Dans son autre dimension illustrée par le symptôme de transfert, l'inconscient est « cette force qui fait émerger des rejets<sup>14</sup> ». Ici l'inconscient se laisse percevoir dans sa dimension d'achoppement ; par la méprise, l'état lacunaire ou le discontinu dont il témoigne. Cet aspect

s'appuierait plus sur l'étalement préconscient du mot supporté par la libre association.

Par extension, la façon dont l'analyste travaillerait proviendrait de la mise en tension des deux dimensions correspondantes du contre-transfert : le contre-transfert comme état, et le contre-transfert comme symptôme. La première dimension serait celle qui s'offre comme pare-excitation à la sollicitation du patient, telle que formulée par Neyraut. Elle s'appuierait sur une identification narcissique au patient, un *alter ego* qui nourrit la résistance du patient et qui est le lieu du contre-investissement de l'analyste. Par opposition, le symptôme de contre-transfert serait celui qui s'appuierait sur l'analyste comme objet dans une identification hystérique ; il se développerait comme le lieu de la satisfaction de l'analyste qui entrave l'interprétation. Dans les exemples que nous avons avancés plus haut, c'est l'analyste « baby-sitter », indulgent ou temporisateur. De ce fait, le symptôme de contre-transfert se manifesterait dans le malaise de l'analyste par rapport au cadre.



## NOTES

1. D. Braunschweig et M. Fain, «Symptôme névrotique, symptôme de transfert». *Revue française de psychanalyse*, n° 47, 1983, p. 567-590.
2. S. Freud et J. Breuer, *Études sur l'hystérie*, Paris, P.U.F., 1975, p. 240.
3. *Ibid.*, p. 245.
4. S. Freud, *La technique psychanalytique*, Paris, P.U.F., 1970, p. 113.
5. —, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1962, p. 432. « Éditions » n'est pas symptôme, il faut le reconnaître.
6. M. Neyraut, *Le transfert*, Paris, P.U.F., coll. «Le fil rouge», 1974.
7. S. Freud, *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, P.U.F., 1981, p. 11.
8. —, « L'inconscient », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 91.
9. —, *Op. cit.*, p. 93.
10. J.-L. Donnet, «Le divan bien tempéré», *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 8, 1973, p. 23-49.
11. B. Joseph, «The patient who is difficult to reach», in *Psychic Equilibrium and Psychic Change*, London, Tavistock-Routledge, 1989, p. 75-87.
12. C. Bollas, «L'objet transformationnel», *Revue française de psychanalyse*, n° 53, 1989, p. 1191.
13. J. Laplanche et S. Leclaire, « L'inconscient, une étude psychanalytique », in J. Laplanche, *Problématiques IV*, Paris, P.U.F., 1981, p. 279.
14. *Ibid.* p. 279.