

Le travail avec le contre- transfert : complexités et impasses

*U*n simple coup d'œil sur les écrits psychanalytiques actuels révèle que c'est autour de la théorie du contre-transfert que des changements importants se sont produits au cours des dernières années. Ce concept, auquel Thomä et Kaschele (1986) se sont référés comme à la Cendrillon de la technique psychanalytique, occupe une place centrale dans nos écrits et a produit un enrichissement considérable de notre travail clinique. Les textes de Jacobs (1986, 1991, 1994), Ogden (1994) et Hoffman (1994) illustrent quelques-unes des contributions à la compréhension des échanges inconscients entre patients et analystes au cours du processus analytique. Ainsi, le contre-transfert, d'abord sujet interdit, est devenu un des plus fréquemment discutés dans les réunions scientifiques. (Gabbard, 1995).

Pourtant la manière dont on traite les expériences contre-transférentielles dans les écrits psychanalytiques illustre plusieurs des complexités et complications qui sont inhérentes à ce matériel clinique et qui ne reçoivent guère le traitement qu'elles méritent. Jacobs (1994), par exemple, indique qu'une présentation sibylline des vignettes sur ce sujet ne rend pas justice

à la perlaboration qui s'avère nécessaire pour suivre les fils de longs échanges subtils et permanents entre l'analyste et l'analysant.

Afin d'illustrer ce qui précède, voici un compte rendu stéréotypé d'expériences contre-transférentielles. Mon objectif n'est pas de critiquer les contributions antérieures, mais bien de faire ressortir une situation sur laquelle on ne met pas assez d'accent dans nos écrits. Concevons l'analyste comme un plombier. Dans une vignette typique, le clinicien devient conscient d'une impasse dans une analyse, il/elle entreprend son auto-analyse, une révélation s'ensuit sur la nature de la relation duelle et, d'une quelconque manière, cela est travaillé dans l'analyse au moyen d'une interprétation. Les auteurs qui recourent davantage à ce stéréotype semblent posséder d'importantes ressources analytiques, passant aisément du contenu manifeste des associations du patient aux affects de l'analyste, à ses souvenirs conflictuels personnels, et faisant retour au matériel de la séance. Souvent l'analyste est presque perçu comme un conduit pour les affects de son patient, le clinicien ayant été assez analysé pour n'être perturbé que par des affects qui signalent ou font résonance aux seuls conflits du patient. Mais si cette analogie de l'analyste plombier semble fonctionner en théorie, elle s'avère souvent inapplicable en pratique.

Premièrement, la quantité d'informations qu'un analyste peut prendre en compte quant à ses émois contre-transférentiels, à un moment donné d'une analyse, varie énormément. Le clinicien voit émerger des pensées fugitives, de la somnolence, de l'angoisse, des affects à propos de son patient qui le conduisent à des « insights » par la voie de son auto-analyse. Contrairement à l'analyste plombier, j'espère illustrer que nous travaillons souvent avec des données partielles qui nous rendent incapables de les utiliser effectivement dans le traitement. De plus, lorsque ces informations s'avèrent utiles, un délai considérable devient nécessaire avant qu'elles puissent être réintroduites dans l'analyse en question.

Deuxièmement, la plus grande part de ce qui se passe dans l'espace intersubjectif créé par la dyade analytique se produit inconsciemment. Renik (1993) a montré la subjectivité inhérente à la découverte chez chaque analyste de ce qui transpire rétroactivement entre le patient et lui. Ce modèle stéréotypé, auquel je me réfère, esquisse le profil d'un analyste anticipant le jeu du transfert et du contre-transfert ou étant légèrement à sa remorque, alors qu'il est propre au phénomène contre-transférentiel de

devenir conscient uniquement après un ensemble compliqué de processus. À l'exemple de ce qui se passe dans ma première vignette clinique, quelques-unes de ces découvertes apparaissent sans beaucoup de fanfare analytique et, au lieu de devenir l'objet du travail analytique lui-même, peuvent signaler qu'un progrès analytique important a pris place. Nous traiterons de cette question dans le contexte d'écrits récents sur le processus analytique.

Troisièmement, chaque analyste dans son procès d'auto-analyse fait face souvent à de l'information très ambiguë. Un débat existe parmi les cliniciens sur l'efficace de nos processus d'auto-analyse et la possibilité de leur contrôle conscient. Quelques analystes affirment que l'auto-analyse s'avère très utile dans certains cas (Silber, 1996) ; d'autres soutiennent que l'auto-analyse est une tâche presque impossible parce que les données sont peu fiables. Nous sommes tous aux prises avec la difficulté de déterminer lesquelles de nos associations sont des données psychanalytiques valides plutôt que des rationalisations défensives à propos de nos perceptions du dire de nos patients. La tendance du clinicien à classer plus ou moins les phénomènes d'auto-analyse sera examinée dans deux vignettes cliniques, mais plus particulièrement dans la seconde où je me penche sur un rêve contre-transférentiel avec lequel j'ai dû me débattre. Ces deux illustrations mettent également en lumière les difficultés inhérentes à l'auto-analyse.

Quatrièmement, je me pencherai sur la complexité des origines des affects contre-transférentiels. Je crois que l'expérience de l'analyste s'avère presque un conduit pour les affects des patients et constitue un sous-produit des types d'expériences auxquelles les analystes ont à faire face dans ce domaine. Par exemple, une question qui est importante, mais à laquelle les analystes ne prêtent pas assez attention dans leurs écrits, serait la destinée des problématiques contre-transférentielles dans le cycle de vie du travail analytique ; je me réfère ici à des résidus conflictuels insistants chez l'analyste qui réapparaissent dans certaines situations avec certains types de patients. Dans le contexte actuel où l'accent est mis sur l'intersubjectivité, une attention moindre a été portée aux difficultés rencontrées par les analystes, probablement davantage en conformité avec la définition initiale freudienne du contre-transfert (1910) ou les écrits d'Annie Reich (1951). Comme je l'illustrerai, le même type de conflit apparut chez moi dans ces les situations que je relate dans ces deux vignettes.



Au cours d'une séance avec une jolie patiente dans la fin de la vingtaine, je constatai que j'étais distrait en écoutant ses associations. Nous semblions parcourir des sentiers battus et je répétais une interprétation que j'avais proposée plusieurs fois. Soudainement, je me suis vu comme la caricature de l'analyste typique dont on parle dans les cocktails ; j'allais donner le coup de grâce avec mon interprétation brillante, et cette patiente stupide ne comprendrait jamais ce que je voulais dire. Cette brève expérience au cours de laquelle j'occupais une position que j'abhorre me saisit, et je l'oubliai dès que la séance se termina. À la séance suivante, la patiente rapporta un rêve dans lequel un homme se tenait au-dessus d'elle couchée sur un divan ; il la critiquait et la morigénait continuellement. Elle associa sur des souvenirs de son père qui s'était comporté de cette manière tout au long de son enfance. J'en vins à croire que j'avais fait l'expérience d'être comme son père. Pourtant, là où nous en étions dans l'analyse, j'étais incapable de faire une intervention. J'ai emmagasiné cette spéculation et je l'ai utilisée plus tard dans de timides interventions qui ouvraient sur l'émergence d'un transfert paternel (Rosenbloom, 1985). Mon vécu contre-transférentiel m'avait aidé à clarifier la manière dont ma patiente avait vécu sa relation à son père.

Bouchard et ses collaborateurs reprennent un exemple présenté par Otto Kernberg. Ils considèrent l'exemple de Kernberg comme une expérience contre-transférentielle partiellement utile. De leur point de vue, l'analyste est le réceptacle d'une identification projective qu'il ne peut métaboliser au moment de sa survenue, mais qui ultérieurement aura quelque utilité dans l'analyse. Dans les deux cas, les vignettes illustrent un phénomène beaucoup trop fréquent à propos du travail sur le contre-transfert. Cela me rappelle une expérience partagée avec une amie d'enfance lorsque nous avions dix ans. Un jour, grâce à des conditions atmosphériques uniques, nous avons pu capter sur notre écran à Montréal, un signal télévisé provenant de la ville de Jacksonville en Floride. Il en est parfois de même avec les « données » dans notre domaine, qui sont souvent faibles, non fiables et non immédiatement transmissibles. Nous devons donc procéder avec précaution quand nous avons affaire à des messages inconscients de cette nature.



La compréhension rétroactive du processus contre-transférentiel

Dans ma première vignette clinique détaillée, j'illustre la difficulté à comprendre les représentations contre-transférentielles ou l'attitude du clinicien. J'aborde aussi quelques-uns des problèmes soulevés plus tôt en ce qui a trait à l'efficacité de l'auto-analyse.

Mademoiselle J. est une célibataire dans la trentaine qui a commencé une psychanalyse il y a huit ans. Sa principale plainte était qu'elle n'arrivait pas à rencontrer des hommes, et quand cela se produisait, quelque chose semblait toujours mal tourner. Elle admit aussi qu'elle craignait le contact sexuel et que cela précipitait la fin de ses brèves relations. Elle est l'aînée de trois enfants d'une famille de la classe moyenne. Ses premières années de vie, dont elle se souvient peu, ont été marquées par de nombreuses hospitalisations de sa mère dépressive. Mademoiselle J. était alors envoyée chez ses grands-parents pendant de longs mois. Durant les absences de la mère, elle se souvient avoir été la favorite de son père, provoquant l'envie de son frère et de sa sœur plus jeunes. Un des motifs de sa venue en analyse était qu'elle était surnommée la « tête carrée » de la famille. Au moment des entretiens préliminaires, sa mère, une jolie femme dans la quarantaine, avait divorcé de son mari alcoolique et menait une vie trépigante de célibataire qui scandalisait totalement mademoiselle J. Un thème récurrent de son analyse était que sa mère la poussait trop à s'engager prématurément dans des relations sexuelles avec ses amis. Ceci devint un problème transférentiel sur lequel je reviendrai plus avant. L'extrême dépendance psychologique de J. envers sa mère apparut clairement dès les premières séances ; elle l'a amenée, par des manœuvres passives agressives, à se maintenir dans une position fragile à son travail et dans sa vie quotidienne. Ses relations avec les hommes étaient alors brèves, fondées sur sa conviction que ceux-ci ne voulaient qu'une chose d'elle.

J. présentait souvent des rêves au contenu sexuel manifeste, mais mes tentatives de discussion de ses sentiments sexuels rencontraient de sa part une réponse moïque : « Je ne me sens pas du tout comme ça. » Durant cette période, une fantaisie dominante apparut dans le matériel de cette patiente qui devint le point focal de son analyse. Elle avait ce que je nommerai un fantasme de femme déçue, de « French lieutenant's woman » (selon le titre de John Fowles). Elle s'imaginait « finie » si un jour elle se permettait une relation sexuelle : elle serait abandonnée par l'homme et deviendrait

un jouet pour d'autres hommes qui insisteraient pour avoir des relations sexuelles avec elle. Elle pourrait devenir enceinte, avoir un enfant hors mariage. Je savais déjà que sa mère et elle étaient nées hors mariage et que son père était un coureur de jupons. Mes tentatives pour interpréter ce qui précède étaient comprises de manière intellectuelle et avec la ferme conviction de l'objectivité de sa fantaisie. Quand mes interventions soulignaient l'écart entre cette fantaisie et la réalité, elle disait : « Vous êtes exactement comme ma mère. Vous souhaitez que j'aie des relations sexuelles avec des hommes pour vous débarrasser de moi. » J. oscillait dans le transfert entre deux pôles : me percevoir comme sa mère qui cherchait à l'expulser prématurément ou comme son père qui n'a jamais souhaité que sa fille le quitte. Cette patiente continua à m'apporter du matériel à contenu sexuel, à travers des rêves que je tentai d'aborder par leur dimension transférentielle, mais, pour elle, cela sonnait faux. J'avais remarqué que, bien qu'elle ait une apparence plaisante, je n'avais eu que très rarement des fantasmes sexuels à son sujet. Je compris alors que sa fantaisie principale était surdéterminée par une grande difficulté à se séparer de sa mère et une grande attirance envers son père. Cela provoquait beaucoup de culpabilité et d'angoisse en elle. Ses séances rapportaient souvent des situations dans lesquelles J. compétitionnait avec des femmes agressives et se soumettait toujours à celles-ci, et dans ses rêves et sur le terrain de squash.

À l'orée de sa cinquième année d'analyse, je sentais que nous étions de plus en plus dans une impasse. Ma patiente ne s'améliorait pas, s'accrochant à cette fantaisie presque délirante que je n'arrivais pas à délier. Je devinais sa paranoïa et me sentais très distant d'elle. Ceci me conduisit à penser que J. et moi-même étions impliqués dans un processus que nous avions de la difficulté à comprendre. Je consultai, mais en vain, un collègue à plusieurs occasions, de même qu'un analyste « senior ». Mes tentatives d'auto-analyse à travers l'examen de mes rêves ou de repérage de mes fantaisies diurnes s'avèrent stériles. En préparant un cours sur le contre-transfert pour des résidents en psychiatrie, je tombai sur un texte de Sandler intitulé « Role responsiveness » (Sandler, 1976), que je considère comme un classique sur la question. Soudain, je découvris qu'il y avait une chose que je faisais avec cette patiente que je ne faisais pas avec les autres. Je lui ouvrais la porte après chaque séance. Je souris intérieurement quand je m'en rendis compte. Pourquoi ce traitement de faveur ? Étais-je l'analyste

chevaleresque ? Est-ce que j'essayais d'être différent des autres hommes dans sa vie qu'elle percevait comme rusés et médiocres ? J'avais la crainte de provoquer l'ire de ma patiente. Peut-être avais-je peur d'elle ? Cela avait sans doute à voir avec sa fantaisie de femme déçue, pensais-je. Peut-être que je me sentais un échec et que je me devais alors de lui donner quelque chose de plus ? Cela sonnait juste à mes oreilles, mais je me rendis alors compte que je lui ouvrais la porte depuis le tout début de son analyse. Après un peu plus de perlaboration, je me rabattis sur ma première explication et suspendis toute ma réflexion. Je constatai également que j'avais une profonde réticence à interrompre mon comportement. Je me sentais ridicule d'arrêter d'ouvrir la porte soudainement. Ceci me rappela l'expression de « névrose contre-transférentielle », créée par Racker. Je me sentais comme un patient qui ne pouvait abandonner un symptôme. Comme cela doit sembler évident, ces tentatives délibérées d'auto-analyse demeuraient des exercices intellectuels.

Six mois plus tard, je terminais une séance avec J. et je remarquai que je ne me levai pas de mon fauteuil. Je me sentais presque rivé sur place. À la séance suivante, la même situation se reproduisit. Après quelques autres rendez-vous où je constatai que cela était devenu un état de fait permanent, je commençai à me demander ce qui avait changé. J'entrepris d'examiner mes notes des semaines antérieures au changement et, progressivement, je me rendis compte de ce qui avait émergé. J'étais vaguement conscient que J. commençait chaque séance en décrivant comment elle était incapable de faire face à une situation donnée et était apeurée par cet état de fait. S'ensuivait une pause. « Qu'est-ce que j'allais faire à ce sujet ? » Était-ce ce que j'éprouvais moi-même à cet instant ? Dans nos dernières rencontres cela s'est modifié. Elle commence avec sa litanie de plaintes habituelles, mais cette fois, au lieu d'hésiter elle continue en me décrivant les solutions appropriées qu'elle utilise pour résoudre ses problèmes. J'en conclus qu'en quelque sorte J. me signale qu'elle n'a plus besoin de moi en tant que mère supposée résoudre tous ses problèmes.

Ces prises de conscience m'ont amené à réfléchir sur ce qui a émergé durant l'impasse. Il devint évident que le processus de transfert et de contre-transfert entre moi-même et J. reposait sur des enjeux intersubjectifs qui ne pouvaient être examinés que rétroactivement et qui semblaient indiquer qu'un progrès significatif avait eu lieu dans cette analyse. Bien que je me

sois rendu compte de ma réaction analytique dans cette situation, je remarquai qu'un élément personnel et conflictuel se répétait avec certains patients. Mon père est mort quand j'avais douze ans, ce qui fut en soi très traumatique. Pire encore, je dus prendre soin d'une mère apeurée et pessimiste, dont la philosophie de la vie peut se résumer à un air inquiet sur son visage qui s'accompagnait de l'interrogation angoissée « Qu'est-ce qui va arriver, Steven ? Qu'est-ce qui va arriver ? » Je pris conscience que je me sentais incroyablement coupable de ne pouvoir rien faire pour ma mère, et certainement que cela se répétait avec ma patiente.

Petit à petit un changement s'ensuivit dans l'analyse, en ce qui a trait au processus et au comportement de la patiente. Plusieurs mois après mon expérience contre-transférentielle, J. commença à occuper un emploi qui s'avérera le plus stable qu'elle ait conservé depuis le début de sa carrière, et actuellement elle fréquente un homme envers qui elle a pu esquisser des avances sexuelles. Et surtout, du point de vue du traitement, l'insistance de la fantaisie de la femme déchu devint de plus en plus « étranger au moi ». J. s'avère davantage encline à accepter les interprétations et je me sens plus à l'aise de travailler avec elle. Il règne une atmosphère authentique de travail et d'alliance thérapeutique qui était absente jusqu'à récemment. Des allusions transférentielles manifestes me visant comme père sont devenues de plus en plus fréquentes dans ses rêves.

Cette vignette relate quelques problèmes importants qui émergent des expériences contre-transférentielles. Premièrement, il devient évident que toutes mes consultations et mes essais conscients d'auto-analyse furent de peu d'utilité durant les moments d'impasse. Cela soulève la question à laquelle je faisais allusion plus tôt, à propos du contrôle conscient que nous exerçons dans nos tentatives d'auto-analyse. Un travail de réflexion sur ce sujet m'a amené à favoriser une lecture davantage auto-analytique des découvertes contre-transférentielles. Je crois que les fonctions d'auto-observation qui sont développées durant l'analyse didactique apparaîtront souvent, comme dans cette vignette-ci, après de multiples combats intérieurs, sinon de nombreux culs-de-sac. Plus important encore, il faut retenir que les résistances contre-transférentielles qui enrayent l'auto-analyse sont inhérentes au processus propre à chaque analyse spécifique.

Ce qui se dégage du cas mentionné trouve en partie son explication dans un ouvrage récent de Boesky (1990) sur le processus analytique. Celui-ci

croit que chaque analyse engendre des résistances et des transferts qui lui sont spécifiques et qui « ne seraient ni ne pourraient jamais se développer sous la même forme ou dans le même ordre avec un autre analyste ». Pour le citer plus avant : « Je pense à de longues séquences complexes d'interaction qui *ne deviennent que progressivement évidentes à l'analyste en tant que résistance plus ou moins subtile au patient. Le phénomène auquel je me réfère semble inclure le contre-transfert, mais transcende ce concept* » (Boesky, 1990, mes italiques). À l'instar du travail de Renik (1993) mentionné antérieurement, ces propos font référence aux phénomènes décrits dans mon illustration clinique. La conjonction de mon transfert maternel sur cette patiente avec le besoin de celle-ci que je sois une bonne mère pré-œdipienne a produit l'impasse qui est apparue dans cette analyse. Fondamentalement, le problème de ma réaction analytique illustre un processus développemental qui opère chez l'analyste et qui doit inévitablement apparaître pour que, en synchronie avec le patient, des solutions créatrices aux conflits puissent voir le jour. J'ai montré, dans un autre contexte, comment le développement d'un style analytique unique chez chaque praticien, dans lequel ce dernier abandonne des identifications et des stéréotypes antérieurs, des attitudes régies par des règles, s'avère probablement relié à des expériences répétées, similaires à celle de ma vignette clinique où le clinicien perlabore ses problèmes personnels qui réapparaissent dans ses rapports avec tous ses patients (Rosenbloom, 1996). Je crois que la complexité du processus décrit dans la vignette qui précède se manifeste plus fréquemment qu'il n'est rapporté dans les écrits analytiques et demande qu'on s'y penche davantage.



L'ambiguïté de l'auto-analyse

La prochaine vignette illustre témérairement les problèmes que les analystes rencontrent lorsqu'ils tentent de soupeser la validité des associations qui émanent de leur auto-analyse, dans ce cas-ci, à partir d'un rêve contre-transférentiel. Aussi, elle montre comment le clinicien classe ses associations, ses tentatives de formulation d'hypothèses sur le matériel et, ultimement, comment il se doit d'attendre l'épreuve d'un travail

analytique plus poussé avec le patient avant de pouvoir esquisser quelque conclusion que ce soit.

K. me consulta il y a deux ans. C'est un homme de 41 ans qui était dans la publicité et qui se disait alors ébranlé par une inclination inopinée pour un de ses collègues de travail. Je lui recommandai d'entreprendre une analyse pour diverses raisons qui deviendront évidentes ultérieurement. Il refusa. Un an plus tard, il décida d'entreprendre une analyse. En bref, cet homme ressent de profonds conflits liés à son homosexualité. Il se voit comme une personne qui est condamnée à des pulsions homosexuelles. Il courtise depuis trois ans une femme qui souhaite se marier. Je cite K. « Je suis *fucké*. Je veux des enfants, mais je vivrais en porte-à-faux si je me mariais avec M. Je ne puis l'aimer passionnément. Par ailleurs, j'ai des attirances pour des hommes, mais je déteste le style de vie gai. Je suis condamné à vivre et à mourir seul. »

Ce patient est le troisième enfant d'un couple d'immigrés qui sont arrivés au Canada juste avant sa naissance. Sa mère est devenue psychotique quand il avait six mois, et il a été éloigné de sa famille pendant deux ans. La mère a eu des épisodes psychotiques à trois autres reprises lors desquels tous les enfants furent placés en institution jusqu'à ce que la famille soit réunie de manière permanente lorsque K. avait 12 ans. Il se souvient de la mère de son enfance comme d'un personnage apeurant qui intimidait son mari et tous ses enfants ; il trouve là, à l'occasion, une explication à ses tendances homosexuelles. Il se souvient aussi que dès le début de la puberté, il a souhaité être proche d'un homme et être aimé de lui. Il souligne que ce qu'il ressent pour un homme est moins un désir sexuel qu'un souhait de l'avoir comme idéal.

Ce patient s'est engagé dans l'analyse avec beaucoup de difficultés. Il a passé plusieurs séances à osciller entre la croyance qu'il souffrait d'une maladie génétique incurable et les tentatives pour trouver des solutions à ses problèmes dans la religion et dans divers « guides pratiques ». Il essayait constamment de m'entraîner dans des conversations sur ce qui est normal et anormal, sur le sens de son comportement ou d'une de ses actions. Il y avait une naïveté enfantine chez cet homme qui me poussait à vouloir lui expliquer le b a ba des choses.

Au fur et à mesure que les semaines passaient, je me sentais de plus en plus mal à l'aise avec K. Il m'éjectait de ma position analytique en tentant de me provoquer par des répliques humoristiques, tout en sirotant des boissons gazeuses durant les séances. Je me rendis compte que j'étais de plus en plus inhibé dans mes interprétations. J'avais la fantaisie que j'analysais un martien. Je pouvais même imaginer une certaine expression sur son visage quand je mentionnais quoi que ce soit de son enfance : à ses yeux, j'étais complètement bizarre. Pourtant, de temps en temps, il apportait un rêve que nous pouvions comprendre ensemble, et qui m'amenait à questionner mon scepticisme. Je constatai aussi, tout comme dans le premier cas, un besoin chez moi d'être particulièrement gentil avec cet homme. Ce devait être ma version personnelle de la fonction de « holding » chère à Winnicott !

Il y a deux ans, sa mère âgée devint très malade, et K. dut s'occuper de son transport à l'hôpital. Il était terriblement effrayé que sa mère, qui n'avait pas consulté un médecin depuis 30 ans, fût terrifiée par le milieu hospitalier. Un jour, d'une voix martelée, il me posa environ dix questions sur la signification des multiples réactions de sa mère à son nouvel environnement. Penaud, je me vis répondre avec embarras à quelques-unes de ses questions du mieux que je pouvais. « Quel analyste répond à ces questions ? », me dis-je, en difficulté avec mon Surmoi professionnel. Au milieu de cette séance, il demande : « Hé ! Rosenbloom, ne peut-on pas trouver un moyen de réduire mes séances de quatre à trois fois la semaine ? Les frais d'hospitalisation de ma mère me coûtent une fortune et par ailleurs, je suis stable de toute façon. » Cela fut énoncé sur le même ton avec lequel il avait décrit l'état de sa mère un moment auparavant. Je murmurai qu'il tentait peut-être de me quitter avant que sa mère ne le laisse, et j'ajoutai qu'étant donné la situation présente, ce n'était pas un bon moment pour réduire les séances. Il répliqua que mon premier commentaire avait du sens, mais que le second semblait défensif. Vers la fin de la séance, je pris conscience qu'il avait probablement raison. Je remarquai qu'avec l'hospitalisation de sa mère, mon malaise dans les séances avait augmenté. J'en vins à prendre conscience qu'avec K., j'avais perdu la boussole ; l'atmosphère qui régnait maintenant dans cette analyse était encore plus inexplicable qu'auparavant.

Ce soir-là, je fais un rêve. Je me réveille à 2 h 30 du matin avec le sentiment profond que ce rêve est contre-transférentiel et qu'il concerne mes

sentiments envers mon patient. Je vais dans mon bureau et me mets à le transcrire avec toutes les associations qui me viennent à l'esprit. Dans ce rêve, je suis dans la maison de juifs très religieux. Les murs sont couverts d'œuvres d'art superbes. On me demande de mettre du ruban gommé sur ces œuvres d'art, car quelqu'un est mort récemment, en conformité avec la tradition juive de couvrir les miroirs durant la période de deuil. Je refuse absolument de le faire. Cela va trop loin. Parmi les jeunes personnes religieuses présentes, se trouvent possiblement des cousins. Je leur répète « Cela va trop loin » et je refuse de participer. À contrecœur, ils acquiescent et me laissent suivre mes propres diktats, mais je me sens exclu.

Ma première association fut à l'effet que j'avais visité la maison de Shiva dans laquelle des amis de ma famille étaient depuis peu en deuil. L'atmosphère de cette maison était à couper au couteau. D'un côté, les membres de la famille immédiate étaient tristes. De l'autre côté, les maris et enfants des femmes en deuil semblaient plus joyeux, ayant l'air de se dire : « la vie continue ». Cela me rappela l'atmosphère familiale quand mon père est mort. Je n'ai pas pleuré beaucoup durant les funérailles et j'avais le sentiment de ne pas avoir assez de peine, ce qui provoqua beaucoup de bigoterie dans ma famille. Les membres de la parenté étaient en compétition les uns avec les autres et juraient leur dévouement à mon père au cours de sa vie.

C'est au fil de mes associations que je me rendis compte que tout ceci avait un rapport avec mon patient et sa mère. Ce qui émergeait ressemblait à « Pourquoi perds-tu autant de temps avec une vieille femme mourante ? Que fais-tu de moi et de ton analyse ? » Apparut le souvenir d'un épisode qui remontait à l'été précédent. K. m'avait fait part qu'il devait s'absenter deux mois pour son travail. La moitié de ce temps correspondrait à mes vacances. À la date prévue de son retour, K. ne se présenta pas à sa séance. Il ne réapparut pas avant deux semaines, pour finalement annoncer qu'il voulait interrompre l'analyse ; mais après une séance, il changea d'avis. Je me souvins de mon inquiétude à son sujet durant ces deux semaines.

Il me revint des souvenirs de ma sœur et moi debout à la fenêtre, chaque jour nous demandant si notre mère reviendrait de son travail — et ceci continua durant plusieurs années après la mort de mon père. J'étais maintenant conscient de ma crainte d'être rejeté et aliéné par mon patient. Plusieurs hypothèses commencèrent à germer dans mon esprit. Est-ce que

mon sentiment d'analyser un martien était relié à cette impression qu'il était inapprochable ? Une autre association apparut soudain. Dans la séance qui suivit son retour de voyage à l'étranger, K. me dit : « Vous savez, j'ai remarqué tous ces diplômés sur votre mur et je me suis dit — cela est-il vrai ou disparaissent-ils après chaque séance ? J'ai donc téléphoné à un de vos collègues, qui m'a assuré de votre grande compétence. » Je lui ai dit : « Vous voulez dire que vous avez vérifié ma compétence l'année dernière quand vous avez commencé ? » « Non, répondit-il, je l'ai fait hier. »

Je me demandais si je m'étais identifié au sentiment de mon patient d'avoir perdu sa mère. Me gardait-il à distance parce qu'il craignait de me perdre ? Je commençais à avoir un aperçu de ce qui pouvait me préoccuper. Mes tentatives d'analyse de ce patient équivalaient à essayer de consoler une mère dépressive. Mon vieux conflit était de retour — prendre soin de ma mère dépressive et en vouloir à son pessimisme. Mes associations sur la religion et les personnes religieuses avaient à faire avec l'analyse. Je me sentais coupable de mon inhabilité à aider cet homme à changer son homosexualité — mais en réalité je me sentais paralysé dans mes efforts pour faire disparaître sa profonde tristesse. Est-ce que K. s'identifiait avec sa mère et, de façon répétée, me quittait avant que je ne le laisse ? Craignait-il la régression dans le transfert ?

J'ai essayé de communiquer la teneur de ce que je ressentais lors de mes tentatives d'analyse de mes rêves contre-transférentiels. Ces associations, ainsi que d'autres que j'ai omises, me laissèrent avec du matériel de différents niveaux. Il y avait des affects au sujet du patient qui me semblaient pertinents. Il y avait des souvenirs de mon enfance qui semblaient correspondre très bien à mon rêve. Je devins convaincu que mes vieux conflits avaient été réactivés à l'idée de prendre soin d'une mère dépressive. Quant à ce que cela signifie pour K., j'étais et je reste davantage circonspect. Je crois qu'il est fort probable que nous nous trouvions à rejouer quelque chose qui était lié à ses propres conflits avec sa mère. Certaines des théories à propos des régressions dans le transfert et de l'identification avec l'agresseur pourraient s'avérer ici pertinentes, mais ces hypothèses ne pourront sans doute pas être vérifiées avant longtemps.

Les retombées de cette expérience sont l'équivalent d'une visite à un bon superviseur. Mon sentiment d'aliénation à l'égard de K. diminua quelque peu après ce rêve. Je me sentais davantage enraciné et j'avais des points de

repères auxquels je pouvais raccrocher ces idées. Je remarquais également que j'éprouvais plus d'empathie envers ses sentiments tendres pour sa mère, et mes interventions étaient devenues moins hésitantes. Cependant, il me restait beaucoup de travail encore pour élucider mes sentiments d'inconfort. Je me demandais aussi si ces nombreuses associations au sujet de mon patient porteraient des fruits ou pas, ou si j'avais trouvé là une manière plus sophistiquée de me jouer un tour en croyant y avoir compris quelque chose.

Cette vignette clinique met en lumière une des difficultés rencontrées dans le travail de l'analyste sur son contre-transfert. Tout d'abord, il y a beaucoup d'incertitude sur la validité du matériel. Le clinicien n'est jamais certain si, et dans quelle proportion, ses associations proviennent de ses problèmes personnels ou si elles sont le produit d'un échange intersubjectif. Par conséquent, plus souvent qu'autrement, ces conjectures sur une expérience intersubjective ne peuvent aisément être vérifiées dans la situation clinique. Ce problème méthodologique est au cœur des difficultés actuellement débattues à propos de la validation des données psychanalytiques. Les auteurs font valoir une multiplicité de points de vue dans leur tentative pour définir les données cliniques en psychanalyse. Certains auteurs mettent de l'avant que celles-ci émanent pour une grande part des théories singulières de chaque analyste (Gardner, 1994 ; Sandler et Sandler, 1994). D'autres, comme Beland (1994), considèrent la validité des données comme la combinaison de critères issus de l'auto-analyse et d'un consensus groupal. Ce qui devient évident quand on étudie les textes dans ce domaine, c'est que la plupart des critères de validation des données nécessitent du matériel des patients, qui les corroborent (Shapiro et Emde, 1995).

Il ressort de cette vignette, que la validation des données issues de l'auto-analyse s'avère davantage problématique, car dans beaucoup de cas, l'analyste doit être l'arbitre, le classificateur et le juge de son matériel associatif, sans l'aide immédiate du matériel de son patient. La plupart des analystes seraient d'accord qu'il n'est pas indiqué, dans la pratique clinique, d'imposer aux patients ses propres ruminations lorsqu'elles n'ont pas de rapport immédiat avec ce qui se passe dans l'analyse. Bien que ce qui ressort des écrits actuels sur le contre-transfert inclue la validation à partir du matériel du patient, je soutiendrais que des exemples comme ceux

présentés dans ma vignette sont plus nombreux qu'il n'est rapporté. Selon mon expérience, plusieurs des hypothèses engendrées dans ces situations contre-transférentielles ont pris naissance dans le matériel issu de l'analyste, ce qui n'est pas toujours le cas. Quelques-unes des expériences d'auto-analyse les plus convaincantes ne mènent nulle part.



La persistance des résidus conflictuels de l'analyste dans sa pratique

Comme je l'ai déjà mentionné, dans l'insistance qu'on met actuellement sur l'intersubjectivité, on a tendance à minimiser le sort des résidus conflictuels récurrents qui refont surface dans des circonstances particulières. Les modifications dans la théorie clinique qui ont produit une définition davantage extensive, introduite par des auteurs comme Heimann (1950), ont poussé à l'arrière-scène les contributions sur les conflits personnels particuliers à chaque analyste. Les articles récents de Simon (1993) et Silber (1996) constituent des exceptions à la règle et ravivent l'espoir de parvenir à une compréhension plus large des difficultés personnelles auxquelles font face les cliniciens.

À cet égard, l'apparition du même conflit interne comme nous venons de le voir dans l'analyse de ces deux patients s'avère révélateur. Comment les analystes traitent-ils ces problèmes ? Il se pourrait qu'analystes et patients se choisissent réciproquement de telle manière que certains couples thérapeutiques ne parviennent pas à se former (Baudry, 1991). Également, les recherches sur la compatibilité du patient et de l'analyste ainsi que sur les problèmes caractériels, suggèrent que les impasses n'apparaissent pas au hasard (Kantrowitz, 1992, 1993). Je viens pour ma part de mettre en lumière un processus développemental agissant à l'intérieur de chaque analyste qui permet potentiellement une perlaboration des conflits, après la formation, qui s'étend à l'ensemble des patients. Il est à souhaiter qu'en réponse aux questions qui surgissent du traitement des conflits personnels de l'analyste les praticiens publient davantage sur les difficultés qui surgissent dans le cycle de vie que représente leur travail analytique.



(Traduction d'un article — ici légèrement remanié — à paraître en anglais dans *Psychoanalytic Quarterly*. Traduit par Lise Monette.)

BIBLIOGRAPHIE

- Beaudry, F. (1991), « The relevance of the analyst's character and attitude to his work », *J. Amer. Psychoanal. Assn.* n° 39, p. 917-38.
- Belland, H. (1994), « Validations in the clinical process : four settings for objectification of the subjectivity of understanding », *Int. J. Psychoanal.* n° 75, p. 1141-58.
- Boesky, D. (1990), « The psychoanalytic process and its components », *Psychoanal. Q.*, n° 59, p. 550-85.
- Bouchard, M. -A., Normandin, L. et Séguin, H., (1995), « Countertransference as instrument and obstacle : a comprehensive and descriptive framework », *Psychoanal. Q.*, n° 64, p. 717-45.
- Freud, S. (1910), *The future prospects of psycho-analytic therapy.*, S.E., 11.
- Gabbard, G. (1995), « Countertransference : the emerging common ground », *Int. J. Psychoanal.*, n° 76, p. 475-85.
- Gardner, M.R. (1994), « Is that a fact : empiricism revisited, or the psychoanalyst at sea », *Int. J. Psychoanal.*, n° 75, p. 927-38.
- Gomberg, H. (Rapporteur) (1994), « Self-observation, self-analysis, and reanalysis », *Int. J. Psychoanal.*, n° 42, p. 1237-50.
- Heimann, P. (1950), « On counter-transference », *Int. J. Psychoanal.*, n° 31, p. 81-4
- Hoffman, I. (1994), « Dialectical thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process », *Psychoanal. Q.*, n° 63, p.187-218.
- Jacobs, T. (1986), « On countertransference enactments » *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, n° 34, p. 289-307.
- , (1991), *The Use of the Self : Countertransference and Communication in the Analytic Situation*, Madison, CT : Int. Univ. Press.
- , (1994), « Impasse and progress in analysis : On working through and its vicissitudes in patients and analysts », Paper presented at the Canadian Psychoanal. Soc., Montréal.
- Kantrowitz, J. (1992), « The analyst's style and its impact on the analytic process : Overcoming a patient-analyst stalemate », *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, n° 40, p. 69-95.
- , (1993), « The uniqueness of the patient-analyst pair : Approches for elucidating the analyst's role », *Int. J. Psychoanal.*, n° 74, p. 893-904.
- Ogden, T.C. (1994), « The concept of interpretive action » *Psychoanal. Q.*, n° 63, p. 19-45.
- Reich, A. (1951), « On counter-transference », *Int. J. Psychoanal.*, n° 32, p. 5-31.
- Renik, O. (1993), « Analytic interaction : Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity », *Psychoanal. Q.*, n° 62, p. 533-71.
- Rosenbloom, S. (1985), « The analytic reverie : fantasies in the sessions as indications of countertransference reactions », Paper presented at the Canadian Psychoanal. Soc., Montréal.
- , (1992), « The development of the work ego in the beginning analyst : Thoughts on identity formation of the psychoanalyst », *Int. J. Psychoanal.*, n° 73, p. 117-26.
- , (1996), « Analytic style, character, and the psychoanalytic process », Unpublished manuscript.
- Sandler, J. (1976), « Countertransference and role responsiveness » *Int. Rev. Psychoanal.*, n° 3, p. 43-47.
- Sandler A.M. et Sandler, J. (1994), « Comments on the conceptualisation of clinical facts in psychoanalysis », *Int. J. Psychoanal.*, n° 75, p. 995-1010.
- Shapiro T. et Emde R.N. (1995) *Research in psychoanalysis : Process, Development, Outcome*. Madison, CT, Int. Univ. Press.
- Silber, A. (1996), « Analysis, reanalysis and self-analysis » *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, n° 44, p. 491-510.
- Simon, B. (1993), « In search of the psychoanalytic technique : perspectives from the couch and behind the couch », *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, n° 41, p. 1051-82.
- Sonnenberg, S. (1991), « The analyst's self-analysis and it's impact on clinical work : a comment on the sources and importance of personal insights », *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, n° 40, p. 687-704.