

Le contre-transfert

(Fragments tirés d'une conférence donnée par le Dr **Nicolas de Coulon** en 2002)

Dans sa définition stricte, le contre-transfert est la réaction inconsciente de l'analyste au patient. On peut la restreindre encore au sens de réaction inconsciente de l'analyste au transfert, par définition inconscient, du patient. Cette dimension est celle qui se trouvait à l'origine dans la littérature psychanalytique pour rendre compte des "taches aveugles" de l'analyste, c'est-à-dire son "inanalysé", ce qui n'avait pas été touché par sa propre analyse. Une définition plus large a très vite été considérée comme indispensable ; elle englobe la première et contient **l'ensemble des réactions conscientes et inconscientes** de l'analyste au patient. Cette définition inclut donc aussi les réactions émotionnelles adéquates du thérapeute : celles-ci sont non pathologiques et, de plus repérables, utilisables dans l'immédiat. Un autre élément, contenu dans cette définition élargie nous intéresse particulièrement, c'est l'effet produit sur le traitement par les transferts profondément régressifs des patients psychotiques ou borderline. Cette définition élargie du contre-transfert peut aussi être nommée plus généralement contre-attitude dans la mesure où elle s'applique à un cadre différent de la cure psychanalytique type ou de la psychothérapie psychanalytique intensive.

D'un point de vue historique, le contre-transfert a d'abord été décrit par *Freud* comme une gêne dans le développement d'un processus psychothérapeutique, une impureté dont l'analyste devrait chercher à se débarrasser par sa propre analyse. Il l'avait découvert, comme nous pouvons le repérer dans la correspondance avec *Jung*, lors de l'affaire *Sabina Spielrein* dont vous avez sûrement entendu parler. *Jung*, jeune psychiatre fasciné par *Freud* et la psychanalyse, tombait amoureux de sa patiente *Sabina Spielrein* qui était alors hospitalisée au Burghölzli de Zürich; il demandait à *Freud* de le conseiller. Ce dernier répondait alors que ce n'était pas grave, banalisant un élément qui allait pourtant avoir des conséquences sur l'histoire de la psychanalyse, obligeant peut-être *Jung* à "spiritualiser" les éléments pulsionnels après y avoir succombé...! *Ferenczi*, avec la même question ne recevra pas aussi facilement l'absolution de *Freud*, mais il faut dire que ce dernier était lui-même aux prises avec son propre contre-transfert puisqu'il était l'analyste de *Ferenczi*. *Freud* repérait que quelque chose en lui-même faisait obstacle à l'avance de la cure, ce qui aboutit aux premières théorisations. Ce sont toutefois les conceptions de *Mélanie Klein* qui ont

permis une avance décisive dans ce domaine avec sa description du mécanisme de l'identification projective qui affine le concept de projection au point d'expliquer assez clairement de quelle façon un patient perturbé, clivé, voire morcelé peut expulser une partie qu'il refuse de lui-même tout en maintenant un lien empathique avec cette partie déposée chez autrui. Ce mécanisme de défense primitif, fréquent chez les personnalités borderline et psychotiques va permettre à une des disciples de *Mélanie Klein*, **Paula Heimann** de prêter au contre-transfert une fonction beaucoup plus positive, celle d'un moyen de connaissance pour l'analyste. Avec elle, on se rapproche d'une hypothèse de communication " d'inconscient à inconscient ". Ce rapport profond refait ensuite surface sous forme de sentiments que l'analyste perçoit en réponse à son patient, dans son contre-transfert. A noter que cette réponse émotionnelle de l'analyste est fréquemment plus proche de la réalité psychologique de l'analysant que l'opinion consciente et réfléchie de l'analyste sur la même situation. C'est une explication de la communication plus affective que cognitive. Ce modèle, vous le savez, a encore été développé par *Harold Searles* dans son ouvrage sur " *L'effort pour rendre l'autre fou* " puisqu'il y démontre, à partir de traitements psychanalytiques intensifs de patients psychotiques, comment la folie peut se transmettre d'une personne à une autre, comment le fonctionnement paradoxal d'un parent peut rendre un enfant fou, ce que nous pouvons élargir à la façon dont un patient peut rendre son thérapeute fou...ou l'inverse.

Il n'est pas possible ici de faire l'historique complet de l'évolution du concept de contre-transfert. Je m'en voudrais cependant de ne pas aborder au moins deux contributions majeures de *Winnicott* à cette question. *Winnicott* a ouvert une voie décisive en donnant une place à la " **haine dans le contre-transfert** ". En effet, s'il n'est pas très facile de gérer des sentiments de pitié ou d'amour à l'égard des patients, la haine pose de sérieux problèmes. Déjà d'admettre qu'elle existe ! Faut-il la supporter silencieusement ou la communiquer au patient ? Quel est son impact sur le comportement du thérapeute ? Questions que je laisse ouvertes pour l'instant. Seconde contribution de *Winnicott*, il a explicité un modèle de relation thérapeutique par analogie à la relation mère-bébé dans ce qu'il a appelé " *la préoccupation maternelle primaire* ". Il y est question de la " fusion ", moment " normal " et cependant quasi psychotique entre une mère et son petit enfant qui peut nous éclairer sur certaines phases régressives des traitements dans lesquelles il faut entrer.

Pour terminer cette première partie, nous pouvons donc retenir trois (3) valences du contre-transfert :

- 1) Il peut être un **danger majeur** pour l'évolution du traitement et interférer dans la progression au point de la bloquer. Exemple extrême dans une cure individuelle : un analyste ne supporte plus le patient qui vient toucher des éléments problématiques en lui, il met fin à la cure.
- 2) Deuxième valence, c'est un important **outil de connaissance**, la voie privilégiée de la compréhension, il permet l'interprétation et l'avance du traitement. Exemple : le

patient parle de choses et d'autres d'un ton détaché mais l'analyste se sent sourdement irrité, ce qui lui permet de déceler l'hostilité que le patient refoule et qu'il n'a jamais pu manifester.

3)Troisième valence : Il offre une **opportunité de transformation psychique** en déterminant un espace relationnel dans lequel le patient peut réexpérimenter le passé dans de meilleures conditions. Cette répétition peut être verbalisée et symbolisée. Exemple un analyste se rend compte que la haine qu'il éprouve pour son patient reproduit celle qu'il a subie de la part de sa mère étant petit. Il interprète le sentiment d'être rejeté que le patient peut sentir et le patient retrouve des souvenirs d'enfance, jusque-là inaccessibles qui lui permettent d'avancer.

© Nicolas de Coulon 2002