



SOCIÉTÉ ROUMAINE DE PSYCHANALYSE
ROMANIAN PSYCHOANALYTICAL SOCIETY

REVUE ROUMAINE DE PSYCHANALYSE



ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS

2

2012 Tome V
Juillet - Décembre

Renaissance

Société Roumaine de Psychanalyse
Romanian Psychoanalytical Society

REVUE ROUMAINE DE PSYCHANALYSE

2

2012 Tome V
Juillet - Décembre

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS

**This journal was supported by CNCS –UEFISCDI
Project number PNII – IDEI/ WE-01/2011**

Renaissance

Directrice / Director

Brîndușa Orășanu

Comité scientifique international / International Scientific Committee

Jacques André (Université Paris 7, Paris)

Nadia Bujor (Société Psychanalytique de Paris)

Catherine Chabert (Université Paris 5, Paris)

Horst Kächele (Université Ulm)

François Marty (Université Paris 5, Paris)

Vladimir Marinov (Université Paris 13, Paris)

Brîndușa Orășanu (Université Titu Maiorescu, Bucarest)

Fausto Petrella (Université de Pavia, Italie)

Vera Șandor (Société Roumaine de Psychanalyse)

Vasile Dem. Zamfirescu (Université Titu Maiorescu, Bucarest)

Rédacteur en chef / Chief Editor

Matei Georgescu (Université Spiru Haret, Bucarest)

Rédacteur en chef adjoint / Associate Chief Editor

Daniela Luca (Société Roumaine de Psychanalyse, Bucarest)

Rédaction / Editorial Board

Daniela Luca (Société Roumaine de Psychanalyse)

Responsable du numéro / In charge of Issue

Gabriel Balaci (Université de l'Ouest Vasile Goldiș, Arad)

Dorin Bîțfoi (Association Interdisciplinaire de Psychanalyse Appliquée)

Bogdan Sebastian Cuc (Université Spiru Haret, Bucarest)

Responsable du site / In charge of Site

Corneliu Irimia (Société Roumaine de Psychanalyse)

Rodica Matei (Université Spiru Haret, Bucarest)

Gianina Micu (Société Roumaine de Psychanalyse)

Brîndușa Pop (Société Roumaine de Psychanalyse)

Simona Trițu (Université de Médecine et Pharmacie « Carol Davila », Bucarest)

Relecture en français et anglais / French and English proofreading

Mihaela Pascu

Société Roumaine de Psychanalyse

Revue Roumaine de Psychanalyse

2

2012 Tome V
Juillet - Décembre

*

Romanian Psychoanalytical Society

Romanian Journal of Psychoanalysis

2

2012 Volume V
July - December

Renaissance

Thème

Topic

Le Contre-transfert

Countertransference

SOMMAIRE / CONTENTS

<i>Daniela Luca</i> , Éditorial	9
---------------------------------------	---

Psychanalyse théorique et clinique / Theoretical and Clinical Psychoanalysis

<i>Ilany Kogan</i> , Psychoanalysis in the shadow of terror – Dealing with anxiety in a period of crisis	17
<i>Luis Rodríguez de la Sierra</i> , Commentary on «Psychoanalysis in the shadow of terror – Dealing with anxiety in a period of crisis» by Ilany Kogan.....	37
<i>Brîndușa Orășanu</i> , L'espace et le temps du contre-transfert.....	46
<i>Giampaolo Kluzer</i> , Une approche historique au concept de contre-transfert – Commentaire sur «L'espace et le temps du contre-transfert» de Brîndușa Orășanu	68
<i>Luis Rodríguez de la Sierra</i> , Countertransference: our difficulties in the treatment of substance abuse.....	76
<i>Monica Balașa</i> , The regressive potential of countertransference.....	93
<i>Gianina Micu</i> , The first interview and countertransference.....	105
<i>Rodica Matei</i> , Dimensions contre-transférentielles dans la thérapie des conduites addictives.....	118

Aspects institutionnelles / Institutional aspects

<i>Joseph Schachter and Horst Kächele</i> , Arbitrariness, Psychoanalytic Identity and Psychoanalytic Research.....	137
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Psychothérapie / Psychotherapy

<i>Irena Talaban</i> , Le contre-transfert du psychanalyste et la croyance du patient. Séquences cliniques	165
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Varia / Miscellaneous

<i>François Marty</i> , La construction de soi dans le regard de l'autre	193
--------------------------------------------------------------------------------	-----

Discussions / Discussions

<i>Alfred Dumitrescu, Commentary on «The regressive potential of countertransference» by Monica Balaşa</i>	205
<i>Matei Georgescu, Discussion sur «Le contre-transfert du psychanalyste et la croyance du patient. Séquences cliniques» de Irena Talaban</i>	209
<i>Brînduşa Orăşanu, Discussion sur «Le contre-transfert dans la clinique contemporaine. Une séance déplacé» de Michel Vincent.....</i>	214
<i>Daniela Irimia, Commentary on «The rule of abstinence and the countertransference» by Vasile Dem. Zamfirescu</i>	217

Livre psychanalytique / Psychoanalysis book

<i>Daniela Luca, Paroles d'hommes de Jacques André.....</i>	225
-------------------------------------------------------------	-----

ÉDITORIAL

*Daniela Luca*¹

Dans son livre *La Construction de l'espace psychanalytique*, Serge Viderman nous a décrit la relation transfert – contre-transfert par une métaphore éclaircissante sur la part obscure de notre espace psychique: «Imaginons deux phares tournant en sens inverse et dont les feux se coupent périodiquement. C'est lorsque transfert et contre-transfert s'entrecroisent que se situent les moments de la plus grande brillance. Moments privilégiés où fulgure la vérité de l'interprétation».

Avant d'aborder ce complexe thème – *Le Contre-transfert* – que notre Conférence avait proposé par ses intervenants et aussi par ses discutants, il est nécessaire de souligner combien, dans sa richesse, l'image proposée par S. Viderman, prend en compte *ce temps de recherche*, dans la continuité des séances et de leur «révélé», pendant lequel, de leurs rayons, les phares fouillent l'obscurité. Cette *part d'ombre du travail analytique*, qui non seulement enveloppe l'analysant, mais qui habite aussi l'analyste. La part d'ombre de l'analyste serait ce que l'on attribue au contre-transfert, sans bien en préciser la teneur puisque, dans son ambiguïté, la préposition «contre» recouvre aussi bien un effet de proximité que d'opposition. Ainsi, le sens double de «contre» (en français) présente le double danger qui guette l'analyste, des réactions d'hostilité ou des désirs de rapprochement, longtemps considérés, dans un cas comme dans l'autre, comme néfastes à la bonne marche du processus analytique. Des effets dont il convient de se méfier, avant qu'ils ne deviennent à leur tour, au fur et à mesure de l'évolution de la psychanalyse, de possibles leviers de la cure. L'histoire du contre-transfert marque successivement les deux faces d'une notion difficile à cerner.

¹ Société Roumaine de Psychanalyse; danielaluca_srp@yahoo.fr.

Dans une lettre datée le 7 juin 1909, Freud écrit à Jung aux prises avec le transfert amoureux d'une patiente (Sabina Spielrein) que ce dernier pense à ce moment être devenu revendication : «De telles expériences, si elles sont douloureuses, sont aussi nécessaires et difficiles à épargner». Il s'estime en avoir été épargné lui-même par son âge et les nécessités farouches de la vie quant à son travail... et continue ainsi: «Mais cela ne nuit en rien. Il nous pousse ainsi la peau dure qu'il nous faut, on devient maître du contre-transfert, dans lequel on est tout de même chaque fois placé et on apprend à déplacer ses propres affects et à les placer correctement».

C'est en 1910 que, pour la première fois, Freud étudie plus avant la notion de contre-transfert qu'il définit alors comme «... l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste» («L'avenir de la technique analytique», dans *La technique psychanalytique*). L'introduction d'un tel concept dans la métapsychologie représente une étape importante dans l'évolution de la pensée freudienne au sein de laquelle le contre-transfert conserve une place déterminante.

Concomitant à ses travaux sur le contre-transfert, Freud porte une attention particulière à ce que l'analyste dispose d'une connaissance élargie de son propre fonctionnement psychique. Cela conduit à la nécessité qu'un psychanalyste ait été lui-même analysé et qu'il poursuive sa vie durant une *auto-analyse permanente*; ce d'autant qu' «aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le permettent», écrit Freud en 1910. La question de la formation (analyse dite didactique) et des dispositions à l'auto-analyse du futur analyste se posent donc d'emblée. Depuis 1910, elle ne cesse d'être l'objet de nombreux débats, controverses ou polémiques qui marquent l'histoire de la psychanalyse. L'objectif initial de Freud est de maintenir chez l'analyste une froideur de sentiments indispensable au bon déroulement de la cure. Dans «Conseils aux médecins» en 1912, il recommande aux analystes de prendre comme modèle le chirurgien, reprenant la phrase attribuée à Ambroise Paré: «Je le pensai, Dieu le guérit». C'est dans ce même article qu'il distingue la pratique de la cure de celle de la psychothérapie pour laquelle s'associent utilement analyse et suggestion. Il reste cependant indispensable qu'une telle pratique soit effectuée en toute connaissance de cause par un analyste

ayant bénéficié de «la purification psychanalytique», qui lui assure la totale maîtrise de son contre-transfert.

La prise en compte du contre-transfert occupe également une place importante dans la théorie de la technique analytique. Dans son article de 1912, on trouve chez Freud une position qui servira de tremplin à l'évolution de ses points de vue : appréhender l'inconscient de l'analysant par l'inconscient de l'analyste. Le fonctionnement psychique de l'analyste en séance devient une source croissante d'intérêt qui conduit à définir, entre autres, l'attention (également) flottante. L'analyste n'est plus un simple miroir; son fonctionnement psychique et ce qui en émerge (affects, représentations...) dans la séance contiennent des indicateurs qui se rapportent aux problématiques inconscientes de l'analysant. L'inconscient de l'analyste opère de surcroît un travail de transformation et de reformulation de l'inconscient du patient, «de même que le récepteur (téléphonique) retransforme en ondes sonores les vibrations téléphoniques qui émanent des ondes sonores». La spécificité de la pratique clinique psychanalytique se précise par la prise en compte de l'engagement du psychisme de l'analyste dans la dynamique de la séance et de la cure dans son ensemble.

Le 20 février 1913, Freud écrit à Binswanger que le contre-transfert est *un des problèmes techniques* les plus compliqués de la psychanalyse. Il le considère comme «soluble». «Ce que l'on donne au patient ne doit justement jamais être affect immédiat, mais toujours affect consciemment accordé, et cela plus ou moins selon la nécessité du moment. En certaines circonstances, on peut accorder beaucoup, mais jamais en puisant dans son propre inconscient. Ce serait pour moi la formule. Il faut donc à chaque fois reconnaître son contre-transfert et le surmonter». En 1915, dans «Observations sur l'amour de transfert», l'expression du *vécu contre-transférentiel* lié au transfert amoureux s'enrichit du qualificatif de «douloureux», il comporte maintenant «des côtés pénibles et comiques et des côtés sérieux». Si Freud conseille à ce propos de ne pas étouffer trop tôt le transfert amoureux, il encourage également l'analyste à laisser se déployer le vécu contre-transférentiel afin de le mieux saisir.

Sándor Ferenczi, pris dans son transfert négatif et dans ses reproches à l'égard de Freud (on connaît bien la relation passionnelle transféro-

contre-transférentielle Freud – Ferenczi) va dans les années 1920 souligner *le risque de la technique classique* en ce qu'elle risque de favoriser la répétition d'une non-rencontre de la souffrance passée. L'héritage de Ferenczi apporte incontestablement des voies nouvelles dont la pratique actuelle de la psychanalyse s'inspire. Il laisse aussi apparaître les risques d'une *implication personnelle excessive de l'analyste*. La lettre que Freud adresse à Ferenczi en date du 13 décembre 1931 condense les «dérives» techniques qui peuvent en découler. À la suite de Ferenczi, certains de ses anciens patients (Ernest Jones, Melanie Klein, Michel Balint) et d'autres analystes (Winnicott, Searles, Rosenfeld) ont pris appui sur l'implication profonde de l'analyste pour développer des approches innovantes.

Paula Heimann (*À propos du contre-transfert*, 1950) propose explicitement de prendre en compte «la réponse émotionnelle de l'analyste» comme *outil de connaissance de l'inconscient* du patient, en tenant à l'écart ce qui ressort de la problématique personnelle de l'analyste. Le contre-transfert, vécu tout d'abord comme un obstacle, devient *un levier dans la cure*. Heinrich Racker valorise également la prise en compte des éprouvés contre-transférentiels en tant que voie d'accès à une connaissance de l'inconscient du patient (*Observations sur le contre-transfert*, 1952). L'identification projective, introduite par Melanie Klein (en 1946), s'apparente-t-elle à ces conceptions ou en apporte-t-elle d'autres ? Rappelons-nous les positions de Léon Grinberg (1962) sur la «contre-identification projective» comme réponse inconsciente à l'identification projective du patient. W. R. Bion développe à la même époque que M. Klein ses conceptions personnelles. La fonction «contenante» de l'analyste, intégrant le concept d'une *identification projective normale*, participe à la «capacité de rêverie» de la mère et de l'analyste. Il ne s'agit plus d'instruments de compréhension mais *de connaissance et de transformation* qui permettent l'appropriation par le patient de la capacité de traiter les matériaux psychiques. Pour Margareth Little et Harold Searles, le contre-transfert n'est pas régi exclusivement par l'identification projective du patient, et ils ont été préoccupés surtout du contre-transfert psychotique et limite.

La question de l'asymétrie transfert/contre-transfert est posée par W. et M. Baranger (*La situation analytique*, 1961-1962). On la retrouve aussi dans

les travaux de J. Laplanche, S. Viderman et M. Neyraut. Serge Viderman, à l'appui de sa proposition sur la *Construction de l'espace analytique* (1970), considère que les moments les plus précieux de l'interprétation psychanalytique naissent de l'entrecroisement transféro-contre-transférentiel. Pour l'auteur, le contre-transfert de l'analyste alimente l'interprétation du transfert. Michel Neyraut (*Le transfert*, 1974) soutient la précession du contre-transfert sur le transfert tout en insistant sur sa manifestation «après-coup» dans le déroulement de la cure, en réponse au transfert. Pierre Fédida (1986) souligne le risque de psychologisation de la relation analytique vue comme interaction au détriment de la répétition transférentielle de scénarios inconscients. André Green (*Inventer en psychanalyse*, 2003) partage cette crainte qu'il reformule à propos des positions des «intersubjectivistes». Ces positions fixent en effet l'identité fonctionnelle des deux protagonistes de la cure et le contre-transfert prend de ce fait une acception plus élargie: tout ce qui est de la personnalité de l'analyste peut intervenir dans la cure, dans «l'interaction». L'analysant réagirait alors davantage au contre-transfert de l'analyste qu'à son propre vécu. Cette vue synchronique met et cause les notions de transfert et de refoulement. Dans ces conditions, souligne A. Green, peut-on conserver la notion de contre-transfert si le transfert lui-même n'est pas pris en compte dans son acception psychanalytique ?

Sur un terrain psychanalytique commun, les analystes parlent habituellement du «matériel inconscient» du patient, *matériel* étant un terme passif qui désigne la matière avec laquelle nous avons une activité. «Matériel d'artiste», lit-on dans la vitrine de certains magasins. Ancrée dans cet élément du vocabulaire psychanalytique, il y a la conception de l'analyse en tant qu'activité appartenant à l'analyste, tandis que la tâche du patient consiste à fournir la matière brute, primaire, qui permet à l'analyste de le comprendre, de l'analyser. La rencontre analytique est transférentielle dans les deux sens, et McLaughlin a affirmé que le concept de contre-transfert est redondant car il ne désigne rien d'autre que le transfert de l'analyste. Il était partisan d'abandonner complètement le terme non seulement parce qu'il déforme notre perception de la situation analytique, mais mène aussi les analystes à séparer dans leur propre esprit leur expérience de la situation analytique du reste de leur vie et de leur

développement psychiques. Le concept de contre-transfert se trouve fortement associé au passage historique d'une perspective limitée, où l'on n'y voyait qu'un obstacle venant de l'inconscient de l'analyste, à une conception plus large qui permettait d'y voir également une source de compréhension, provenant peut-être d'une communication inconsciente de la part du patient. Reconnaître le contre-transfert suscite l'auto-analyse; ce qui, en conséquence, permet à un analyste, d'une part, de percevoir les distorsions que son transfert introduit peut-être et, d'autre part, de découvrir une nouvelle signification inconsciente dans la façon dont il vit la relation analytique.

Avant conclure, il est nécessaire de nous rappeler aussi que l'équilibre des forces du contre-transfert est lié à la capacité d'attente de l'analyste, à l'appréciation du facteur quantitatif et à la problématique narcissique incluse dans le transfert de l'analyste (B. Orălanu). On fait référence au terme de «respect», pour des personnages et des scènes (A. Ferro) et pour des processus (D. Winnicott).

Les travaux théorico-cliniques et de recherche en psychanalyse qui sont compris dans ce numéro nous offrent des perspectives diverses, plus ou moins complémentaires ou concordantes, sur les dimensions du contre-transfert dans la pratique actuelle. Et le livre de Jacques André, *Paroles d'hommes*, que nous avons présenté à la fin de notre revue, reflète vivement le travail du psychanalyste avec «la part d'inconnu, d'inconscient, qui demeure enfouie, elle nourrit le désir et l'empêche de s'épuiser». Le contre-transfert nous reste encore une énigme à rechercher, (re)trouver et comprendre.

**Psychanalyse théorique et
clinique**

**Theoretical and Clinical
Psychoanalysis**

PSYCHOANALYSIS IN SHADOW OF TERROR - DEALING WITH ANXIETY DURING TIMES OF CHRONIC CRISES

Ilany Kogan²

Abstract

At a time when war and destruction are part of everyday life, and our safety is increasingly threatened, one of the questions we Israeli analysts ask ourselves is, what is the place of psychoanalysis in such a world? Can we in good faith propose to practice psychoanalysis in situations of great anxiety caused by a crisis, and can we, in the face of the effect of terrorism, hold on to our identities as psychoanalysts? The relationship between external and internal realities in a situation of chronic life-threatening crisis provides a natural laboratory in which to re-examine fundamental questions regarding the practice, as well as the theory, of psychoanalysis. In this paper, situated at the boundary of external and internal reality, and at the boundary of the personal and the professional, I will examine the way the analyst deals with his patient's as well as his own anxiety in a situation of crisis. In the light of clinical

Résumé

À une époque où la guerre et la destruction font partie de notre vie quotidienne, et notre sécurité est de plus en plus menacée, une des questions que nous, les israéliens nous nous posons est: quelle est la place de la psychanalyse dans un monde pareille? Est-ce que nous pourrions, de bonne volonté, nous proposer à pratiquer la psychanalyse dans des situations d'une telle grande angoisse provoquée par une crise, et est-ce que nous pourrions, en étant confrontés avec l'effet du terrorisme, maintenir nos identités d'analystes? La relation entre les réalités externes et internes, dans une situation de crise chronique menaçante la vie, implique un laboratoire naturel où nous réexaminons les questions fondamentales sur la pratique et aussi sur la théorie analytique. Dans cet article, situé à la limite entre la réalité externe et la réalité interne, et à la limite entre le professionnel et le personnel, l'auteur va évaluer la

² Israel Psychoanalytical Society; ilanyk@yahoo.com.

18 *Psychoanalysis in shadow of terror - Dealing with anxiety during times of chronic crises*

*material taken from one of my case studies
I will explore the role of the analyst in
psychoanalytic treatment in such
situations.*

*manière dans laquelle l'analyste peut gérer
l'angoisse de son patient, ainsi que la
sienne, dans une situation de crise. Dans
la lumière du matériel clinique extrait
d'un cas, l'auteur explore le rôle de
l'analyste dans le traitement
psychanalytique dans ces situations
spécifiques.*

Key words: internal reality, anxiety, situation of crisis, chronic life-threatening, psychoanalysis practice, analytical setting.

Mots-clés: réalité interne, angoisse, situation de crise, menace chronique de la vie, pratique psychanalytique, cadre analytique.

Introduction

At a time when war and destruction are part of everyday life, and our safety is increasingly threatened, one of the questions we Israeli analysts ask ourselves is, what is the place of psychoanalysis in such a world? Can we in good faith propose to practice psychoanalysis in situations of chronic crises³, and can we, in the face of the effect of terrorism, hold on to our identities as psychoanalysts?

My first attempt to deal with this issue is described in my book *The Cry of Mute Children* (Kogan, 1995), in the chapter "In the Same Boat: Psychoanalysis during the Gulf War". There I examined the curative elements of psychoanalysis during a period of acute stress in which analyst and patient found themselves in a shared life-threatening situation. The relationship between external and internal realities in a situation of chronic life-threatening crisis provides a natural laboratory in which to reexamine fundamental questions regarding the practice, as well as the theory, of psychoanalysis.

³ The recurrence of crisis in Israel during the last three-and-a-half years of the *intifada*, the guerrilla war, and the threat of a U.S. war with Iraq and its possible repercussions for Israel, induced me to use the paradoxical term *chronic crises* to describe the current situation.

In this paper, situated at the boundary of external and internal reality, and at the boundary of the personal and the professional, I want to examine the role of the analyst in the psychoanalytic treatment of chronic crisis, and the way he dealt with his patient's and his own anxiety in this situation. For this purpose I will use clinical material from one of my case studies (Kogan, 2007).

Case illustration: Jacob

Jacob is a forty-year-old scientist who works in a research institute. He is married for the second time, has two children, five and seven years old, and a six-month-old baby. Jacob sought analysis for what he perceived as his social inhibitions, and has been in analysis with me for the last five years.

Jacob is a Jew of Bulgarian origin, his family originally from Sophia. His father started from nothing as a car salesman, and built up a successful business there.

Jacob, whose name was Jacko until he immigrated to Israel from Bulgaria, described himself as "wild" and unruly as a child. Hyperactive and suffering from problems of concentration, he did poorly in school and was considered stupid by family and friends. His behavior when playing with friends was often "wild" – he tore his clothes, caused damage, and sometimes injured himself and other children. He was very attached to his mother, who was dissatisfied with his poor scholastic achievement and irritated by his wild behavior.

Jacko, the "wild" child, turned into a stormy adolescent, rebelling against his family's materialistic values and those of the society in which he grew up. He developed an interest in anti-government activities and became an active member of a dissident organization. His parents, worried about his safety, as well as their own, were greatly relieved when at the age of 17 he immigrated to Israel. Upon his arrival, Jacko changed his name to Jacob and completely changed his lifestyle and behavior. Discovering his intellectual ability, he applied himself with great passion to the study of Slavic languages. He fell in love with a young woman, a fellow student, and married her. During this time, his mother developed cancer and died after terrible suffering. His father remarried shortly after her death.

Jacob and his wife worked hard at menial jobs in order to finance their studies. Jacob's father, meanwhile, was frittering away his wealth, and his health began to fail. During this time, Jacob became bored with his choice of profession, his marriage, his life. Weary of being poor and feeling the urge to "make it big," he divorced his wife, left everything behind, and went to Europe to make a fresh start. There Jacob changed his name, once again becoming Jacko. He began working as a car salesman (his father's occupation), and changed his lifestyle, once intellectual, restricted, and puritanical, to one dominated by appetites and drives. He discovered the joys of sex and enjoyed great sexual freedom; he looked for ways to make easy money on the stock market, and drove "wildly." Although his father was ill, he never visited him, as he could not face the humiliation he felt over his father's poverty and ill health. Jacko was on his way to becoming a successful businessman when his father, after losing all of his property, including the house he lived in, died of a heart attack.

An important figure in Jacob's life was Shlomo, his father's best friend from Bulgaria. Jacob greatly admired Shlomo, whom he regarded as a successful businessman with a charismatic personality, a great deal of money, and power over the lives of others. As an adolescent, far from his parents and alone in Israel, he had often been invited to Shlomo's home, where he had been treated like a son. Having only daughters, Shlomo "adopted" him and spoiled him with expensive presents.

During a visit to his protégé in Europe, Shlomo introduced Jacob, now Jacko, to the world of financial speculation and gambling. Shlomo, who enjoyed an extravagant lifestyle, bedazzled Jacko with luxurious hotels and expensive restaurants. Little did Jacko know that his father's friend was a swindler who was now deeply in debt and on the run from creditors. Jacko put him in charge of all his money. It came as a shock when he discovered that Shlomo was in fact bankrupt. Jacko, learning he was just another "sucker" supporting his mentor's swindling and extravagant lifestyle, felt deeply betrayed by the man he had most loved and admired. As a result of this painful experience, Jacko gave up his newly acquired identity as a budding businessman, his dreams of easy money, and his new lifestyle. He returned to Israel, where he again reverted to Jacob, a science student working hard to make a living.

I will not describe our long and complex analytic journey. For our purposes here, suffice to say that Jacob, the young man who sought analytic treatment, was a highly intelligent, serious and hard-working scientist. He had remarried and was now the father of three small children. Jacob hoped to be granted tenure at the research institute where he worked. Lately, however, he had been troubled by the responsibility of another child and the burden of work he had taken on.

In analysis we understood that Jacob's attempt to become Jacko, a successful car salesman, stemmed from his inability to accept his father's downfall. His ego ideal was destroyed when the omnipotent, powerful father figure of his childhood deteriorated into a poor and miserable man. Unable to mourn his paternal representation, he himself tried to become the successful businessman his father had once been. He then modeled his ego ideal on his father's friend, his substitute father, with whom he wanted to identify. The discovery of this man's deceit destroyed his ego ideal once again and caused him deep narcissistic hurt. Much psychic work was needed to help Jacob work through his feelings of admiration, love, and hate toward the split paternal representation.

After working through the split father figure, we tried to elaborate the split in Jacob's self-representation. I helped Jacob realize that he envied Jacko, the young man who lived the easy life and loved soccer, money, and luxury. Jacko, with his lenient superego, with few aggressive and libidinal inhibitions, appeared to have vanished into thin air. He was replaced by Jacob, a shy, hard-working, periodically depressed young man who came to analysis because of his inhibitions, but who was terribly afraid of getting rid of them, lest Jacko again take over.

One of the objectives of analysis was to stitch together the conflicting aspects of Jacko and Jacob into a better-integrated self.

I will now present some verbatim material from a session that took place in the fourth year of analysis, during the *intifada*, that illustrates both my patient's perception of the reality of life here in Israel and my inability to stay with his fears, which were also my own.

J: What can I say about the current situation in our country! It's a catastrophe! The fact that I can be here with you is a great luxury. In my lab I work alone. During my lunch break I sometimes listen to

music or read. Yesterday I had quite an experience. I went back to work at four o'clock, and heard there had been another terrorist attack. As a scientist I work in another world, but when I leave that world, reality hits me. I feel that in therapy we are dealing with petty things. I know that this is the human condition, but analytic therapy deals with a world in which the notion of good exists. As a scientist I want to give people a better world to live in, but when such terrible things happen, it becomes irrelevant. (He reflected for a moment and then continued.) Am I using what is happening here now to avoid doing all the things I took upon myself, like work and a family? But actually I feel good doing what I'm now doing.

I wondered to myself whether I should be focusing on the defensive way Jacob was using external reality. Was he showing me that analysis was irrelevant to him during such frightening times?

J: (resuming) I usually come home at eight o'clock. I find my wife watching a stupid movie. She avoids watching the news. There is always tension when I want to watch the news. She's pregnant and bothered by the idea of raising children in this insane country. (This was before their third child was born.) The situation in the country is so hostile and unpleasant. My Israeli-born wife wants to leave the country and live a quiet, comfortable life someplace where she doesn't have to worry about her children's safety when they go to nursery school.

I: The situation is indeed difficult for all of us; we are all afraid. But in describing your wife's desire to leave the country, might you not actually be expressing your own desire to run away from your family, your profession, from analysis?

J: Yes, I am. I do have such a fantasy. But I am not acting upon it. And there are also great advantages to living here – it's our own country, we belong here. I'm slowly beginning to understand how complex the political situation is. A miracle would be needed to solve this conflict!

Jacob agreed with my interpretation of his wishes stemming from his internal world. From our work over the years I knew how compliant he was on the surface. But he immediately switched back to external reality. What should I do now? I thought. Isn't it my role as analyst to point out to

him the unconscious meaning of the conflict he is referring to, which in my view represents the conflict between two polarized aspects of his personality, and not deal with the external reality?

J: (resuming) I believe that the political conflict between Israel and the Palestinians cannot be solved. It won't destroy the country, but life will become such a nightmare that people will leave of their own free will.

I: I think you're telling me something about the way you feel now about analysis, that perhaps you wish to leave it behind and not face your own conflicts and fantasies [again I bring the subject back to internal reality].

J: Out there things are on fire, and we are sitting here discussing the fine nuances of feelings. It's such an indulgence! It's like placing myself inside a bubble, so that I can be left alone and have a decent life. It's sociopathic, egocentric! But first we have to stay alive. It's like Russian roulette. People are being murdered every day. Now, in my army reserve duty, I accompany soldiers to the front, to dangerous places. There's a new song by a famous singer, "Who will be next in line, who will be in the next line?" The way I understand politics, I feel that in the future, living in the shadow of fear, people will carry guns in the street, violence will increase, terrorism will increase, there will be economic problems, this country will become a Third World country.

Listening to Jacob, I was aware of being terrified by his grim prediction of the future. Unable to remain silent, I asked, "And where do you fit in all of this?"

J: I wonder if everything I'm saying is showing that what I really want is to get out of my present life. But I'm going to continue doing everything I'm doing. I'm confused. My wife recently changed from being a lefty to being an extreme right-winger. I think we need a sane voice in order to unite the people, so that they won't follow fanatics on either side.

I: I think that in describing our difficult external reality, you are actually also telling me something about the problems you are encountering in your inner reality. Perhaps you are telling me that, on the one hand, you took upon yourself the responsibility of a family,

work, and the pressure of career advancement, but, on the other hand, you really want to run away from it all and leave everything behind as you did in the past. And perhaps you are asking me here, in analysis, to be the sane voice that will help you unite the polarized aspects of your own personality, so that you can feel more whole.

As it can be seen from this material, I finally became aware in this session that Jacob's perception of the frightening external reality was my perception of the situation as well, a realization that made me feel passive and helpless. And what about my analytic role? Could I give it up and "just" stay with my patient's fears, and my own? I was trying to hold on to my own identity as an analyst and whenever he reverted to external reality, I found myself time and time again striving to go back to internal reality. I found that I had to interpret the unconscious meaning behind his perception of external reality. His perception of external reality was not simply a reflection of conflicting wishes and fantasies that stemmed from his inner reality; he was using it also to repeat a defensive form of behavior that he had used several times previously. I could have considered his behavior to be an adaptation to real danger, but instead I clung to what made me feel safe – analyzing his defenses and working them through with him. And, indeed, following this lengthy process, Jacob became less ambivalent about his decision to stay with his family, in Israel, in his profession, and in analysis.

However, in my counter-transference feelings, I suddenly found doubt sneaking up on me regarding Jacob's decision. If something were to happen to Jacob during his reserve army service, I would feel guilty, I thought to myself. I reminded myself that my duty was to point out to Jacob his unconscious wishes and fantasies, that he was a mature person, capable of making his own decisions, that he alone was responsible for his life. But what impact was the external reality having on me? I asked myself. Had the dangerous situation increased my omnipotence to such an extent that I thought I could save my patient's life by letting him run away from danger? Was I myself feeling threatened by the daily confrontation with my own and my family's possible destruction? Yet, how could I let this

difficult situation destroy my analytic ability! Wasn't being able to continue functioning as an analyst a hope for the continuation of life?

One year later

An episode one year later, which occurred during the threat of a possible biological or chemical attack on Israel from Iraq, put me more closely in touch with my own defenses when confronted with the possibility of death and destruction. During the past two years, faced with the *intifada*, Jacob mentioned several times that he wished to immigrate to another country. Lately he claimed that his wife was completely panicked; she wanted all of them to go to Bulgaria for a couple of months and stay with his brother until the threat of war passed. His wife loathed her sister-in-law and felt that life in Bulgaria was poor and miserable. But she was so anxious that she saw this as the only possible solution.

I told Jacob that his wife probably represented a voice inside himself, the voice of his own fear. I added that going away with his family now might diminish this fear, but it would also give him the opportunity of fleeing from his conflicting wishes and the fantasies we were dealing with in analysis.

Jacob answered by trying to describe how difficult it was for him to leave the country, now that we might be faced with a terrible war. And what would happen to the people whose work he supervised or his students? How would they feel if he, their boss, left in order to save himself and his children? But, he wondered immediately, what was more important, his own children or other people? During the Holocaust, those who fled from dangerous places were the ones who in fact survived.

I was wondering to myself whether Jacob was afraid I might go away and take care of myself and my family, abandoning him here alone, in the midst of danger and destruction.

As if hearing my unspoken thoughts, Jacob said, "I fantasized that you would leave the country. I know how prominent you are in your field. You'd get the red-carpet treatment anywhere in the world; you would be very welcome, you have friends everywhere. Perhaps you would take a break and call it going on sabbatical."

Smiling to myself, I said, "I am often aware of the fact that you want to run away from me, from analysis. But now you are sending me away;

you are arranging for me to have friends abroad and to get the red-carpet treatment. All you have to do is to bring me the tickets next session."

Jacob did not find this funny. He said, "Maybe this is only my fear that you are going to leave me? If you had to choose between a quiet, peaceful life or a life full of terror, maybe it wouldn't be so difficult to disappoint a few patients!"

My thoughts revolved around the transference reflected in his remarks about my going away. Jacob was indeed frightened that I would leave him. But I also felt that in the transference Jacob was now placing me in the role of Shlomo, his father's friend, the man he had once greatly admired and loved. I had become the charismatic con man who had power over people's lives, and who always saved his own skin by disappointing those close to him. Jacob bestowed those qualities on me, while at the same time identifying with me and thus attributing them to himself. Apparently, the red carpet was Jacob's own wish, which he projected onto me.

A turning point

I will now present an important event from my personal life that increased my awareness of the extent to which I had been denying external reality. I mention this event only because it constituted a turning point for me in the analysis and caused me to work through my own fears of death and destruction, as well as the threat to my identity as an analyst. This event, during this tense period in which a chemical or biological attack was looming high on the horizon, was the birth of my first grandchild.

Babies were now being discharged from the hospital with a little plastic tent, for use in case of the war breaking, which would completely insulate them and keep them safe in case of a chemical or biological attack. I envisaged what could happen during such an attack: the young parents (my son and his wife, in particular) wearing gas masks, and frantically attempting to put the screaming baby into this device, and then being unable to touch and calm her. This image made me aware that I was not coping with the situation. What I really wished was that the parents and the baby would stay abroad through this threatening period, with its uncertain outcome. They could stay with my daughter-in-law's family in France, just for a few weeks. Only now did the possibility occur to me that

my interpretation of fleeing from analysis, though connected to Jacob's way of dealing with life, may also have been a projection of a fantasy of mine that was intruding in the analysis.

When Jacob came for his next session and again talked about going away with his family to Bulgaria, I was very quiet. The only thing I could say was, "It is indeed very frightening to be here with little children during such times." Now, at last, I was acknowledging external reality. Jacob was silent. Then he said, "Thank you for being with me during these difficult times." Jacob must have sensed that my attitude had changed. As I accepted his fears of external reality, instead of just focusing on his internal reality, Jacob felt supported. This gave him the courage, as the analysis progressed, to deal with his internal and external conflicts in a different way. Until now, Jacob had perceived me as representing a persecutory internal reality that seemed to him irrelevant in a period of danger. He therefore kept focusing the analysis on external reality only. Now he could relate to me more as an ally in his struggle with his own self in our shared life-threatening situation.

Discussion

My work as a psychoanalyst during a period of chronic crises, and especially the change in my patient's fears that I experienced during the war with Iraq, led me to explore the following issues: (1) the impact of the person of the analyst on the analytic cure in a shared life-threatening situation; (2) the relation between external and internal reality in a situation of terror; and (3) the goal of psychoanalysis in an age of terror.

The impact of the person of the analyst on the analytic cure in a shared life-threatening situation

This issue kept me concerned me for some time, and made me ask myself several questions: is it possible that for a while I was unable to contain my patient's fear because I was denying my own? What made me adhere so blindly to the ordinary rules of psychoanalysis during such

frightening times? Was my fear of losing my analytic function so great that I lost sight of reality?

On the issue of containing the patient, I wish to quote Bion, who so eloquently stated: "When the patient strove to rid himself of fears of death which were felt to be too powerful for his personality to contain he split off his fears and put them into me, the idea apparently being that if they were allowed to repose there long enough they would undergo modification by my psyche and could then be safely reintrojected" [3].

Are we able to contain and modify the fears of our patients while we find ourselves confronted with death and destruction? Isn't our psyche, the inner space in which these fears are to repose, constricted by such a situation? Regarding this issue Abend (1986) has remarked that "the impact of daily events, inner as well as outer, plays upon our psychic integration and produces those fluctuations of mood, thought, and behavior which are part of our so-called normal personalities. Since our receptivity and reactivity to our analysands depends upon our psychic balance, how can we imagine that this 'analyzing instrument,' as Isakower liked to call it, is unaffected by its constantly shifting dynamism?" [1].

In the shared life-threatening situation we are living under in Israel, I have found that our "analyzing instrument" is indeed affected by current events. The turning point for me in the treatment of Jacob was when I realized that my countertransference feelings were not induced only by the typical patient's transference and actions toward me (Boyer, 1983, 1999; Giovacchini, 2000; Kernberg, 1984; Volkan, 1987; Volkan and Ast, 1992, 1994); they were also the result of my own defense mechanisms in confrontation with death and destruction. These defenses had a deep impact on the analytic encounter and therefore deserve to be scrutinized just as closely as reactions normally regarded as countertransferential.

Perhaps I was denying my own wishes of fleeing with my family to safety, since these wishes ran directly counter to my ideological reasons for living in Israel. I found it easier to struggle with Jacob's wishes to run away (which could come under the "normal" heading of resistance) than to accept his fears as well as my own. Thus, "denial in the service of normality" was most likely my way of living in a life-threatening situation. In this case, denial of external reality made me, to a certain extent, unempathic toward

my patient's fears and restricted my ability to contain and modify them so that he would feel supported. This hindered the analytic work, and the patient rightly felt that analysis had become irrelevant to his most pressing needs ("Out there things are on fire, and we are sitting here discussing the fine nuances of feelings. It's such an indulgence!... It's sociopathic, egocentric!").

I have found Carpy's words (1989) about the normal development of the infant very useful: "The normal infant needs ... an experience of being fed by a mother in whom he can sense the panic, but who is nevertheless able to give him milk. This is what makes pain tolerable" [5]. Patients who fear external reality need this experience – of a "holding environment" (Modell, 1976) or "mutative support" (De Jonghe, Rijnierse, and Janssen, 1992) no less than when they are afraid of projections coming from their internal world. It was only when I could be in touch with my own panic that I was able to give my patient the containment that he needed.

A great difficulty for me in the case of Jacob was that fleeing from a dangerous reality could be considered a realistic solution to real danger, as well as a "manic defense" (Klein et al., 1952; Winnicott, 1935) that he had employed several times previously in order to flee from his internal conflicting wishes. My feelings of omnipotence and guilt, which were greatly increased by the fact that I was experiencing external reality as a threat, made it difficult for me to take both of these perspectives into consideration.

The threat to my identity as an analyst symbolized for me the possible destruction of my own and my patient's psychic life. The current situation reminded me of the Holocaust history of our parents and grandparents and of the damage to metaphorical thinking that has been demonstrated in studies of Holocaust survivors (Grubrich-Simitis, 1984; Herzog, 1982; Krystal, 1985; Oliner, 1983). This fear of a return of the past made me experience the current situation as no less a threat to our psychic life than it is to our physical existence. The damage to metaphorization has been attributed to the deadening of inner life as the result of an overwhelming reality. I felt that the current reality was threatening to erase inner reality by diminishing the place of symbolism in analysis. To counteract this, I purposely focused on inner reality. I did this in order to

create a sense of safety, to confirm the continuity of normal life, and to ensure the survival of both psychic and physical reality. But by doing so, I sometimes paid a high price, as I have discussed.

The relation between external and internal reality in a situation of terror

In the current wave of violence that is overwhelming us, we can observe the disintegration of the normal fabric of life and the destruction of a sense of safety.

The sense of safety is described by Sandler (1960) as a feeling that is so much a part of us that we take it for granted as a background to our everyday experiences. It is a feeling that bears the same relation to anxiety as the positive bodily states of satiation and contentment bear to instinctual tension. It is a feeling of well-being. The need to maintain a sense of safety is of greatest importance in learning and development, and is therefore one of the fundamental components of the therapeutic situation. In treatment we often deal with the internal anxieties and conflicting wishes that underlie our patients' reactions to external reality. As analysts we try to provide an environment that is safe and protected, that will enable the therapeutic regression to unfold⁴ and that will facilitate the search into the internal world of the individual.

But what happens to this "safe heaven" when external conditions are filled with terror and violence? Should we, as analysts, try to preserve the safety of the setting? Can this be done by clinging to the ordinary notions of "classical analysis," by encouraging the exploration of inner conflicts and anxieties and denying the dangers outside?

There is an ongoing controversy over the impact of external reality on our inner life. This controversy has been reviewed in depth by Olinier (1996). I will bring only a few illustrations of the polarized attitude of

⁴ As Treurniet has noted, "regression may be therapeutic in analysis, because it gives the subject an opportunity to become acquainted with himself through experiences. This is conditioned upon the setting and the analyst's attitude in providing sufficient security." (1993, p. 879).

psychoanalysts toward the place of traumatic external reality in our inner world.

A classic example is Melanie Klein's famous analysis (1961) of Richard, a ten-year-old boy brought to London for her to treat during World War II. The analysis focused solely on the psychic reality of the boy, while the outside reality of the Blitz under which he lived was totally ignored. At the other pole we find the work of Melitta Schmideberg (1942), Melanie Klein's daughter, who, in conducting analysis during wartime acknowledged the traumatic external reality, as well as the common fears of patient and analyst sharing a life-threatening situation.

A most important figure with regard to traumatic reality in psychoanalytic history is Winnicott. In a meeting of the British Psychoanalytical Society that took place during World War II, he pointed out the existence of external reality to a group that preferred to ignore it. In his biography of Winnicott, Phillips (1988) describes the incident: "Margaret Little, one of Winnicott's analysands, recalls that in the first scientific meetings of the British Society that she attended, there were bombs dropping every few minutes and people ducking as each crash came. In the middle of the discussion, someone I later came to know as D.W. stood up and said 'I should like to point out that there is an air-raid going on', and sat down. No-one paid any notice, and the meeting continued!" [23].

The controversy over the impact of traumatic external reality on psychic reality continues to this day. Therapists treating victims of known abuse claim that classical psychoanalysis pays too little attention to real events in a person's life to be of use to traumatized patients. Shevrin (1994) disagrees with this assumption. In his contribution to an issue of *JAPA* devoted to trauma, he noted that "psychoanalysis came in at the fault line between presumed sexual seduction at an early age as a cause of neurosis, and the role of fantasy" [27]. His conclusion is that classical psychoanalysis considers external traumatic reality and its effect on psychic life to be a most important element in neurotic conflict.

Normally there is a mutual influence of elements from the external and the internal worlds, each modifying the other. Arlow (1991) described this in the following way: "There is a constant mutual interaction between

the individual's mental set, as dictated by his persistent unconscious fantasies and the events of his daily conscious experience" [2].

The reciprocal relation between external reality and unconscious fantasy in normal life situations has been studied in depth by Winnicott. He felt that reality is useful for setting limits to fantasy, thus having a reassuring effect. Referring to Freud (1923), who views reality as that which frustrates the individual, Winnicott writes "The point is that in fantasy things work by magic: there are no brakes on fantasy, and love and hate cause alarming effects. External reality has brakes on it, and can be studied and known, and in fact, fantasy is only tolerable at full blast when objective reality is appreciated well" [35].

I wish to raise the hypothesis that external reality of a traumatic nature differs from reality under normal life conditions in that the former cannot modify fantasy and thus contribute to the internal world by serving as a reassuring entity⁵. Unable to establish factual limits to aggressive and destructive wishes, it cannot mitigate omnipotence and feelings of guilt. This hypothesis, which I will discuss in greater depth in the Epilogue, is relevant to the effect of the traumatic external reality on the entire population in Israel.

The goal of psychoanalysis in an age of terror

It would seem that in an age of terror, we cannot claim that the aim of psychoanalysis is to continue to "verbalise the nascent conscious in terms of the transference" (Winnicott, 1962); instead we must think about the death anxieties of the patient evoked by the life-threatening situation [34].

Modell has referred to the problem of the analyst's perception of the patient's mind by stating that interpretation not only reestablishes the frame of the psychoanalysis, but also introduces the analyst's construction

⁵ Wallerstein (1973) draws attention to the problem of reality and its place in our psychological scheme of things: ... "beyond what I have stated of the contemporary breakdown in consensus about reality, and of our having to self-consciously face and discriminate amongst a profusion of competing views of reality, there is the frightfully real question, in this day of nuclear power and environmental despoliation, of what kind of future does our or any reality have" (p. 7).

of reality. This leads to the question: is the content of the interpretation entirely the analyst's construction or does it also reflect the patient's mind? [19].

Our subjective experience of a shared life-threatening situation may facilitate interpretations that reflect our patients' construction of reality, as well as our own. This subjective experience is the only alley through which we may become the repository of our patients' need to contain the intense death anxiety occasioned by the traumatic reality; this paradoxically provides a hopeful investment in the future. It thus becomes part of our function as analysts to recognize our own reactions to external reality and to acknowledge them. In the cases I have described, this occurred when I came in touch with my own fears in reaction to the threatening reality I experienced along with my patients.

As a result of the long and painful working through of my own defenses and conflicts in reaction to psychoanalytic work in a shared life-threatening situation, I have become aware of the need to respect external reality even as I try, together with my patient, to explore the inner universe that processes and handles this reality in unique and idiosyncratic ways. As Eissler (1953) has so pointedly stated, "No individual can divorce himself from the historical period in which he is living, any more than he can put himself beyond time and space" [8]. We should respect the historical period in which we are living and adjust the analytic tool accordingly.

REFERENCES

1. ABEND, S. (1986). Countertransference, empathy, and the analytic ideal: the impact of life stresses on analytic capability. *Psychoanalytic Quarterly* 55: 563-575, p. 565.
2. ARLOW, J.A. (1991). Derivative manifestations of perversions. In *Perversions and Near-Perversions in Clinical Practice: New Psychoanalytic Perspectives*, ed. G.I. Fogel & W.A. Mye. New Haven & London: Yale University Press, pp. 59-74, p. 60.

- 34 *Psychoanalysis in shadow of terror - Dealing with anxiety during times of chronic crises*
3. BION, W. (1959). Attacks on linking. In *Second Thoughts – Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Heinemann, 1967. Reprinted London: Karnac Books, 1984, pp. 93-109, p. 103.
 4. BOYER, B. (1983). *The Regressed Patient*. New York: Jason Aronson.
 5. BOYER, B. (1999). *Countertransference and Regression*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
 6. CARPY, D.V.(1989). Tolerating the countertransference: a mutative process. *International Journal of Psychoanalysis* **70**: 287-294, p.293.
 7. De JONGHE, F., RIJNIERSE, P., JANSSEN, R. (1992). The role of support in Psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytic Association* **40**: 475-499.
 8. EISSLER, K. R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association* **1**: 104-143, p. 107.
 9. FREUD, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition* **13**: 1-60.
 10. GIOVACCHINI, P. I. (2000). *Impact of Narcissism: The Errant Therapist as a Chaotic Quest*. Northvale: Jason Aronson.
 11. GRUBRICH-SIMITIS, I. (1984). From concretism to metaphor. *Psychoanalytic Study of the Child* **39**: 301-319.
 12. HERZOG, J. (1982). World beyond metaphor: Thoughts on the transmission of trauma. *Generations of the Holocaust*, eds. M.S. Bergmann & M.E. Jucovy. New York: Basic Books, pp. 103-119.
 13. KERNBERG, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
 14. KLEIN, M. (1961). *Narrative of a Child Analysis – The Conduct of the Psychoanalysis of Children as seen in the Treatment of a Ten-Year-Old Boy*. London: Hogarth Press (1975).
 15. Klein, M. (1953). A contribution to the psychogenesis of manic depressive states. *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945*, pp.262-289. New York: Free Press, 1992.
 16. KOGAN, I. (2002). "Enactment" in the lives and treatment of Holocaust survivors offspring. *Psychoanalytic Quarterly* **LXXI**: 251-272.
 17. KRYSTAL, H. (1985). Trauma and stimulus barrier. *Psychoanalytic Inquiry* **5**: 131-161.

18. LOFTUS, E. F. & LOFTUS, G. R. (1980). On the permanence of stored information on the human brain. *American Psychologist* 5: 405-420.
19. MODELL, A. H. (1976). "The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of American. Psychoanalytic Association* 24: 285-307.
20. MODELL, A. H. (1996). *Other times, other realities*. Cambridge: Harvard University Press.
21. MOSES, R. (1993). *Persistent Shadows of the Holocaust – The Meaning to Those Not Directly Affected*. New York: International University Press.
22. OLINER, N. M. (1983). *Cultivating Freud's Garden in France*. Northvale, NJ, & London: Jason Aronson.
23. OLINER, N. M. (1996). External reality: the elusive dimension of psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly* LXV: 267-300.
24. PHILLIPS, A. (1988). *Winnicott*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, p. 61.
25. SANDLER J. (1960). The background of safety. *From Safety to Superego*. London: Karnac Books, 1987, pp. 1-9.
26. SCHAEFFER, S. F. (1980). The unreality of realism. *Critical Inquiry* 6:727-38.
27. SCHMIDEBERG, M. (1942). Some observations on individual reactions to air raids. *International Journal of Psychoanalysis* 23: 146-176.
28. SHEVRIN, H. (1994). The uses and abuses of memory. *Journal of American Psychoanalytic Association* 42: 991-996, pp. 991, p.992.
29. TREUNIE N., (1993). What is psychoanalysis now? *International Journal of Psychoanalysis* 74: 873-893.
30. VOLKAN, V. D. (1987). *Six Steps in the Treatment of Borderline Personality Organisation*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
31. VOLKAN, V. D., AST, G. (1992). *Ein Borderline Therapie: Strukturelle und Objektbeziehungskonflikte in der Psychoanalyse der Borderline-Persönlichkeitsorganisation*. Gottingen: Vanderhoeck & Ruprecht.
32. VOLKAN, V. D. (1994). *Spektrum des Narzissmus: Ein klinische studie des gesunden Narzissmus, des narzisstische-masochistischen charakters, der narzisstischen Persönlichkeits-organisation, des malign Narzissmus und des erfolgreichen Narzissmus*. Gottingen: Vanderhoeck & Ruprecht.

- 36 *Psychoanalysis in shadow of terror - Dealing with anxiety during times of chronic crises*
33. WALLERSTEIN, R.S. (1973). Psychoanalytic Perspectives on the Problem of Reality. *Journal of American Psychoanalytic Association* **21**: 5-33.
34. WINNICOTT, D. W. (1935). The manic defense. In *Collected Papers*. New York: Basic Books, 1958, pp.129-144.
35. WINNICOTT, D. W. (1962). Ego integration and child development. *The Maturational Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth, 1965, pp. 56-64, p. 169.
36. WINNICOTT, D. W. (1964). Group influences and the maladjusted child. *The Family and Individual Development*. London: Tavistock, pp. 146-154, p. 153.

Commentary on

**«Psychoanalysis in shadow of terror –
Dealing with anxiety during times of
chronic crises»**

by Ilany Kogan

Luis Rodríguez de la Sierra⁶

It goes without saying that external reality exists as something that is independent from our thinking. This fact, I believe, compels us to take into account our patients' individual and gradual acknowledgement of their external reality while we daily listen to them.

What role do we give to external reality when we have a patient lying on the couch? Is it useful at all to even mention external reality in a psychoanalytic setting? Does it belong to an analysis conducted in the climate described by Ilany?

The issue of external reality in relation to internal reality has been contended from the earliest days. This has happened not only in the specific field of psychoanalysis, but in all human sciences, going as far back as the philosophers' clash between "idealists" or "subjectivists" and "materialists" or "objectivists". Attempts have been made in all human sciences in order to try to bridge the gap, to harmonise opposing tendencies to gain a better understanding.

Perhaps this is the moment to remember some of Freud's thoughts about external reality:

In *Two Principles of Mental Functioning*, Freud remarks how, as adults, living in real life is part of our destiny: "... every neurosis has as its result, and

⁶ British Psychoanalytical Society; lrdelas@escobar.fsnet.co.uk.

38 Commentary on «*Psychoanalysis in shadow of terror – Dealing with anxiety during times of chronic crises*»

probably therefore as its purpose, a forcing of the patient out of real life, an alienating of him from reality” [3].

Freud thus reminds us, I think, of the regressive tendency by which we all tend to revert to an earliest way of functioning where reality is either denied or rejected in favour of a fantasy world ruled by the pleasure principle.

The reality principle though is resolute and impenitent from the very beginning. The slow onset of the reality principle paves the way for the development of consciousness and attention. It finally imposes, through thinking, a certain restriction on motor discharge.

It is precisely the process of thinking what we witness when a patient speaks his mind at the couch. As it happens in real life when we hear foreign languages, what we hear and understand in our patients is influenced by our mother tongue, by our capacity to discern new sounds, hence the major differences that are found amongst psychoanalysts in relation to what they actually hear when a patient speaks.

Some analysts argue that analysands mostly if not always, as they talk, will unconsciously speak about their relationship to the analyst. They may say that the issues of external reality spoken by the patient are just ways by which the patient evades the “real issue”, namely their transference relationship. This, of course, may be true but is not always the case. A milder version of this same tendency will argue that whatever is said by the patient can be used as a means to further a parallel of how what is being spoken about is as well happening with the analyst, in the session, in the *hic et nunc*. They will interpret accordingly. They believe, in doing so, that the issues spoken of acquire clinical life. Doing otherwise may be dismissed as the analyst’s intellectualisations.

And yet it could also be said that the discourse of analysands like Jacob, at their conscious and preconscious levels, has to do with their external reality as well. When we pay attention to their account of that reality, we may also be helping them to listen to themselves, possibly for the first time and in a different way. As they attempt (or resist) to free associate, they also lead us towards the gradual clarification of their unconscious motivations.

These two perspectives consequently imply different technical approaches of how analysis is conducted.

The analyst working from the first perspective will aim at “pulling in” the transference, and will translate the content of the material of the external reality brought by the patient into the context of a communication of the analysand about the analyst. The main tool to achieve this aim will then be transference interpretations. The rationale behind this claims that it is only through the transference experience that any conflict will be properly worked through. This seems to be the approach initially taken by Ilany.

The other approach shows us an analyst who is aware that the issues being spoken of by the patient about his external reality certainly cannot be taken as if they were an objective description of it. The analyst will eventually bring to the patient’s attention the various lapsi, contradictions and inconsistencies that appear in what, to the patient, is an objective narrative. To achieve this aim the analyst will have various tools at his disposal: the therapeutic alliance, the use of extra-transference interpretations, reliance on the analyst’s own analysis, which should have increased his ability to identify his own blind spots. This does not mean that transference interpretations are excluded from this perspective, but rather that they do not imprison us as if they were our only resource. I believe that it is Ilany’s realisation of this that produced the breakthrough in Jacob’s analysis.

Listening to the patient’s account of his external reality does not imply denying the existence of his internal world. Accompanying the patient as he narrates to us his experience of the external world, we allow him to start to gradually admitting to himself and to the analyst how his views are very particularly shaded by previous experiences. Gradually, through the conscientious and patient work of analysis, we are led to early experiences, which are the trademark of what we know as “the internal world”.

The use of material brought by the patient with the sole purpose of creating a “transference environment”, raises the question of what happens in the analysand’s mind when he is told that what he is talking about really means something entirely different from whatever he thought he was

saying. If, additionally, we insist that what is being said is only a communication to the analyst about their relationship, what sense will be left in the patient about his external reality, about whatever it was that he said? Should it merely be dismissed as a disguise for the “real communication”? Should the patient dismiss his thoughts about the outside world as if they were just cover-ups for his fantasy-life? I think we find the answer to these questions in the exchange between Ilany and Jacob in the session where she tells him that all he has to do is to bring her the aeroplane tickets next session.

This clearly becomes a worthwhile question if we think of the many times patients are challenged in their perception of their external reality in order to create a transference interpretation out of whatever is being mentioned. Not because the transference should not be taken into account but because there are times when we should question its supremacy.

Ilany's paper poses important questions about the relevance of external reality and the impact of the person of the analyst in relation to the psychoanalytic process, something that we tend not to talk about very often nowadays. In this respect some memories come immediately to my mind. The first one is a verbal communication by Paula Heimann during the time she supervised my second training case. She told me of an anecdote during the war when, in the middle of a session, she and her patient heard the sound of a bomb having fallen in very close vicinity: “What else could we do but just get up and look through the window?” .

It was also Paula Heimann who told us the famous anecdote of the time when, recently arrived in London and working from a consulting room in the East End of London, she was puzzled by her patients' frequent remarks about hearing noises, being looked at, etc. in the corridors leading to her consulting room. She eventually came to the conclusion that it would be very strange if all her patients were suffering from persecutory, paranoid delusions. One day she decided to go outside to explore the building where she worked at just to find out that, unbeknown to her, she had ended up with a consulting room in a brothel!

The third memory was a thought that occurred to me when I started visiting Cuba in 1986. A thought that has been brought back to memory by the very recent events in the East: when so much is going on in the external

world and there seems to be all kinds of imperious, real needs; is it really appropriate to concentrate only on the vicissitudes of the internal world to the detriment of external reality? What should be the rôle of analysis in such a world? It is the thought that immediately came to mind after Ilany asked me to discuss her paper and before I could actually read it. It did not surprise me that this is also the question with which she starts her paper. It is a question that not only Israeli analysts ask themselves but one that we all ask ourselves independently of the country where we happen to be at. "The world has gone mad!" we often say. Can we psychoanalysts do anything about it? It is timely to consider the external world, especially vis-à-vis war and terrorism, not just psychic trauma. We must also think of the countertransference. Great strength and self-containment are required in the face of anxieties about real external danger. It must be terribly difficult in such circumstances to have the serenity to distinguish what in the countertransference belongs to us and what is an unconscious communication from our patients. There were moments in the paper where I was not clear as to what Ilany meant by countertransference as she seems to use the term, at times, in the old fashioned way namely referring to it as blind spots in her. Other times, she uses the term to refer to what I would personally prefer to call her response or counter-response to Jacob rather than registering his unconscious communications à la Paula Heimann or along the lines of Joseph Sandler's notion of "rôle responsiveness". I hope that the discussion from the floor will contribute to clarify this point.

To add and expand on Dennis Carpy's ideas about normal infant development and their implications regarding the transference and the counter-transference in Jacob's analysis, I would like to refer to the contrasting ideas on the subject expressed by Anna Freud and Dorothy Burlingham while formulating their ideas about the development of aggression and anxiety:

"The danger lies in the fact that the destruction raging in the outer world may meet the very real aggressiveness which rages in the inside of the child... confirmation should not be given from the outside world that the same impulses are uppermost in other people" [2].

I have no personal experience of the Second World War as I was born some years after it had ended, but I am sure it influenced my early years,

particularly memories of the Spanish Civil War, which profoundly affected my family, and thus would have influenced my reading of Ilany's paper. The sense of external reality will of course be thoroughly affected by the state of the mind of the analyst, of the patient and of the listeners and readers of this paper. What I mean by this is not an opening statement into the realm of extreme subjectivity, but a reminder of Freud's basic statement of how each developmental stage of infantile sexuality would allow a certain way of relating to external objects, and hence to our way of perceiving external reality. This has implications both for the analysand and for the analyst in this interesting paper, so relevant to our times. There is a difference between Paula Heimann's self-assured, matter-of-fact communication and Ilany's. Paula Heimann reminisced wisely and humorously about her past. Ilany tells us about her present. In Ilany's paper one can sense, from the beginning, the anxiety and the threat which she so candidly conveys in her paper.

I am not quite sure of what is meant by "Classical analysis" when people refer to a process where the analyst is concentrating only in the patient's unconscious, in his inner world, without taking into account his external world. We all know that this was not the case with Freud who seemed to take interest, and at times action, in his patients' circumstances, internal as well as external. We often refer to it as Freud's human side, as if psychoanalysis were supposed to be some sort of cold, inhuman process. In contrast, I often remember Joe Sandler's advice: "Talk to your patients, talk with them and you will learn an enormous amount. Don't be an interpreting machine!".

Ilany's assumption about the change that took place when she acknowledged external reality in Jacob's case is actually what Paula Heimann meant by saying that she and her patient had gone to the window, looked outside, checked on external reality and then resumed analysis. Going out of her consulting room and realising that what her patients were telling her could be understood as a communication about what went on outside of the consulting room, as well as what was going on in their internal worlds, allowed her to put things in the right perspective, in the realm of external reality as opposed to fantasies emanating purely from their inner worlds. Analysis is, after all, a collaboration of two people

towards a common end. A process coloured by therapeutic alliance, often dismissed nowadays as compliance, a much-overrated concept. Let us remember once and for all that the two are not the same but quite different phenomena not to be confused with each other. It is the analyst's duty to possess the skill to establish such difference. We all know that some patients come to analysis to fight while others come to work.

That the person of the analyst has an impact on all analyses is, in my opinion, beyond doubt. Paula Heimann argues convincingly about it in her paper "On the necessity for the analyst to be natural with his patient" [7], a paper most relevant to the discussion presented by Ilany today. Both Paula Heimann and Ilany Kogan are talking about how the actions of the analyst might help the patient to feel that he is immersed in a work done by two and not only in a fight against each other, which we all know is sometimes the case, but not only and always. When it happens, this can be, we know, the enactment of the patient's internal situation but it can also be, even though we do not like to admit it, the analyst's enactment of her own fears (of going beyond the rigid structure of the analytic model), as Ilany herself has told us.

Ilany tells us how she was aware that she could have considered her patient's behaviour as an adaptation to real danger (or, as I would put it, as an appropriate adaptive defense against external or "objective" anxiety). She also tells us how, under pressure, she clung instead to what made her feel safe: the analysis of her patient's inner world to the detriment of his anxiety-provoking external reality. She rightly asks herself if, afraid of losing what she thought was her analytic function, she was experiencing an equally significant loss: losing sight of reality. This question, in my opinion, is an extremely relevant one to this paper and to all analysts as a whole. Of course her patient used the external world defensively. I entirely agree with Ilany's interpretation that when he describes his wife's desire to leave the country he is also expressing his own desire to run away from family, profession and analyst. But is that all we should say to a patient who is also sensing his analyst's fears and anxieties, which she admits by saying "...we are all afraid"?

In response to the example of Melanie Klein's analysis of Richard I have to say that I find myself more in agreement with her daughter, Melitta

Schmideberg, and with Paula Heimann than with what I would consider a highly artificial situation. I do not think that it was ever Freud's intention to deny the external world but for the internal world to be given equal importance. I do not think that he ever wanted the internal world to annihilate the external world. An example of the caricature of what analysis could become if we lose sight of the impact of external reality in the analytic process is perfectly illustrated by the comical anecdote involving Winnicott in Philip's book.

Reading Ilany's paper reminded me of Freud's comments about psychoanalysis, according to which not everything that happens in an analysis is transference or to be understood as such, even though paradoxically and simultaneously we could rightly say that it all becomes, sooner or later, part of the transference. This apparently contradictory phrase depends on the emphasis and understanding of what one does with so called transference phenomena. Much is to be understood, but not necessarily to be taken up or said or to be made into the centre of an analysis. This is a temptation that many psychoanalysts seem unable to resist. Although it is true that Freud at one point uses the expression "total situation", he certainly did not mean it in the way in which it is presently applied by some. Analysis is not a total situation nor is the transference to be understood as such, for if it were done in that way it would be a denial of external reality and an omnipotent conception of analysis (and the analyst) as having become the sole, unique and only essence of the patient's life. We may need at times to be reminded of Fenichel's advice regarding technique as he advises us to bring in the patient's outside world when he only talks about what goes on in the consulting room between his analyst and him and vice versa.

Coming from an Anna Freudian tradition facilitates my acceptance of external reality and the interaction between it and our patients' inner worlds. Anna Freud paid attention to external reality and was rather critical of those who ignored it. I find it difficult to imagine how an analysis in a country like Israel, an analysis during the Iron Curtain era, an analysis in Franco's Spain could actually occur without taking into account the interactions with external reality, accepting them and engaging with our patients in the common task of whatever we aim at in the analytic process.

I would like to finish these comments by contrasting Eissler's quotation with the poetess Cecilia Calderón who says:

*"A espacio y tiempo no estaré ceñida,
porque en tu ausencia yo estaré dormida".*

["By time and space I shall not be tied, for in your absence I shall be asleep"].

Cecilia Calderón and Ilany Kogan are both saying the same because the price paid by the poetess who rebels against the constrictions of time and space is death. And it is the risk of the death of an analysis that Ilany Kogan so well describes in her moving, courageous and thought-provoking paper.

REFERENCES

1. CALDERÓN, C.,(1963). *Unpublished poem*.
2. FREUD, A., BURLINGHAM, D. (1974 [1940-1945]). Reports on the Hampstead nurseries. *Infants without Families and Reports on the Hampstead Nurseries 1939-1945*. London: Hogarth, pp.3 – 540, pp. 160-163.
3. FREUD, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. S.E., vol. XII, pp.218-226, p. 218.
4. FREUD, S. (1912). The Dynamics of Transference, S.E., vol. XII.
5. HEIMANN, P. (1989 [1949/50]). On counter-transference. *About Children and Children-No-Longer*. London : Routledge, pp. 73-79.
6. HEIMANN, P. (1989 [1959/60]). Counter-transference. *About Children and Children-No-Longer*. London: Routledge, pp. 151-160.
7. HEIMANN, P. (1989 [1978]). On the necessity for the analyst to be natural with his patient. *About Children and Children-No-Longer*. London: Routledge, pp.311-323.
8. SÁNCHEZ, E. (2003). External reality and psychoanalysis: A historical Dichotomy.
9. SANDLER, J. (1976b). Countertransference and role responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3: 43-47.

L'ESPACE ET LE TEMPS DU CONTRE-TRANSFERT

Brîndușa Orășanu⁷

Résumé

L'article part de la vision de H. Racker sur le contre-transfert. L'article se propose de faire des corrélations entre ses notions, de fonction analytique et de vécu subjectif, avec l'espace et le temps analytiques.

L'auteur décrit un phénomène de dilatation de l'espace et du temps internes de l'analyste, tout comme celui de la création du temps subjectif, suite à son activité onirique dans la séance. L'équilibre des forces du contre-transfert est lié à la capacité d'attente de l'analyste, à l'appréciation du facteur quantitatif et à la problématique narcissique incluse dans le transfert de l'analyste. On fait référence au terme « respect », pour des personnages et des scènes (Ferro) et pour des processus (Winnicott). L'auteur utilise la comparaison de deux illustrations cliniques de Beckett par D. Anzieu.

Mots-clés: transfert, contre-transfert, espace, temps, anti-narcissique, dilatation.

Abstract

The paper starts from the perspective of H. Racker on the countertransference. The paper is proposing to make the links between his concepts of analytic function and subjective experience, with the concepts of analytic space and analytic time. The author describes a phenomenon of the analysts' internal space and time dilatation, as well as that of the creation of a subjective time, as a consequence of the dreaming activity during the session. The balance between countertransference forces is linked to the analysts' capacity of waiting, to the assessment of the quantitative factor, and to the narcissistic dimension of the analyst's transference. The paper is referring here to the concept of "respect", for the characters and the scenes (Ferro) and for the process (Winnicott). The author makes a comparison between two clinical vignettes of Beckett, by D. Anzieu.

Key Words: transference, countertransference, space, time, anti-narcissistic, dilatation

⁷ Société Roumaine de Psychanalyse; obrindusa@yahoo.com.

Introduction

Le terme de contre-transfert contient le préfixe *contre* qui, excepté le sens de «oppos» ou de «réaction à», a en français et en allemand, mais pas en anglais, le sens possible de «proche de» (*gegen; tout près*), proche du transfert. En roumain, ce sens peut être détecté dans des mots d'origine française, tels que «contre-transfert», qui signifie élément de renforcement ou de soutien d'une structure ou d'une installation, par le fait que, *tout en faisant corps commun* avec celui-ci, il exerce une force qui s'oppose à son démembrement. Ainsi, le contre-transfert démarre, en tant que concept, muni de possibilités multiples: il peut s'opposer au transfert, en lui empêchant le développement; il peut être une réaction au transfert; il peut être un co-transfert (Aisenstein, 2011)[1]. Plus encore, il peut être une force qui s'oppose à la dispersion du transfert, qui soutient son développement cohérent.

Si nous gardons la métaphore architecturale, nous voyons le côté quantitatif, celui de l'équilibre des forces entre les deux. Si la force du contre-transfert est trop grande, le transfert se retire «dans soi-même». Si la force du contre-transfert est trop faible, le transfert se disperse «sur» celui-ci. Un équilibre de forces soutient le transfert autant qu'il faut pour qu'il garde ses contours. Les faits se compliquent par l'existence de plusieurs types de contre-transfert qui se rapportent les uns aux autres, puis parce que la force d'un contre-transfert peut se cacher sous la forme de la résistance contre-transférentielle.

Lorsque Freud a avancé la concept, il avait une connotation négative et faisait référence à l'influence du patient sur les affects inconscients de l'analyste, que ce dernier était censé de reconnaître et maîtriser [8]. Mais c'est toujours Freud qui utilise, trois ans plus tard, la métaphore «téléphonique», en montrant que chacun d'entre nous a un instrument, son inconscient propre, avec lequel il interprète les manifestations de l'inconscient de l'autre [10]. Remarquons, au passage, que non seulement l'analyste, mais aussi le patient, arrive à être muni d'un tel instrument, celui de l'interprétation des manifestations de l'inconscient contre-transférentiel.

Puisque Freud faisait référence aux analyses des patientes femmes, on a dit qu'il pensait au contre-transfert érotique. Mais il paraît qu'il fait également une référence à l'influence du transfert négatif, encore plus vague: l'analyste peut devenir l'objet «des divers sentiments hostiles de son patient [et] il doit aussi parfois se résigner à accepter une responsabilité, *par une sorte de projection*, des désirs secrets [de celui-ci]» (c'est moi qui souligne) [9]. Il ne faut pas oublier que c'est lui qui a exprimé, séparément, son désir d'écrire sur le contre-transfert et sur la projection. Il ne l'a fait pour aucun des cas, signe qu'il se doutait probablement d'un lien entre eux. Freud écrit aussi sur le contre-transfert dans sa correspondance avec Binswanger, où il se prononce contre «l'affect *immédiat*» accordé par l'analyste, tout comme contre un «*trop*»: «Donner à quelqu'un trop peu, parce qu'on l'aime trop, c'est une injustice commise contre le patient, et une faute technique» [4]. Enfin, en 1915, Freud recommande la prudence et montre que «l'amour de la patiente est déterminé par la situation analytique et non par *les avantages personnelles* dont il peut se targuer, qu'il n'a donc aucune raison de *s'enorgueillir* de cette «conquête», comme on l'appellerait *en dehors de l'analyse*» (c'est moi qui souligne) [11].

Freud présente une conception défensive sur le contre-transfert. J'ai montré ailleurs qu'il attire l'attention, également, sur l'aspect *narcissique* du contre-transfert, par la tentation, chez l'analyste, d'offrir au patient trop de soi-même et trop peu de lui-même, c'est-à-dire trop du transfert de l'analyste et trop peu du transfert du patient (Orășanu, 2002, pp. 280-284) [16].

D'autre part, ses remarques réservées marquent de divers types de contre-transfert, y compris celui qui serait utile pour l'analyse, même si ce n'est pas le même terme qu'il emploie, signe que Freud voulait faire une différence entre la partie affective du contre-transfert et la partie cognitive, obtenue grâce au récepteur qui est l'inconscient.

À partir de la perspective de Heinrich Racker

À partir des années '40, avec le temps, l'espace consacré au contre-transfert a augmenté dans la littérature psychanalytique, en mettant l'accent sur l'une ou l'autre de ses dimensions. Certainement, Mélanie

Klein, avec son concept d'identification projective avancé en 1946, même vu dans des termes exclusivement fantasmatiques, a déterminé l'élan ultérieur de la réflexion sur le fonctionnement de l'analyste, élan dont le début a été déclaré officiel en 1949, avec Paula Heimann. Bion, avec sa théorie sur la pensée de l'analyste qui traite les contenus du patient et les lui retransmet modifiés, a introduit l'idée de l'influence de l'analyste sur l'analysant.

Une contribution qui, peut-être, n'a pas encore été suffisamment mise en avant est celle de Heinrich Racker. Il a étudié la thématique de plusieurs points de vue.

L'une de ses différenciations est celle entre, d'une part, la *prédisposition* chez l'analyste qui correspond avec *sa fonction d'être analyste* et, d'autre part, ses vécus subjectifs de la situation analytique. Si le côté nommé par Racker comme «subjectif» ressemble à une relation quelconque, l'*intention* de l'analyste «de comprendre ce qui se passe à l'intérieur du patient», de le connaître, «annule en quelque sorte la relation d'objet proprement dite» (Racker, 1957, p. 134, p. 136)[18], où l'analyste opère lui aussi un certain transfert sur le patient.

A côté de l'intention d'«identification concordante» avec l'analysant, la fonction analytique tend vers l'«objectivité». Elle s'obtient par une forme de «division interne qui permet à l'analyste de se constituer (dans sa part de contre-transfert et de subjectivité) comme objet d'observation et d'analyse» (Racker, p. 132)[18]. Racker laisse entendre que, bien que l'identification concordante, comme base de compréhension, tienne elle aussi d'une subjectivité de l'analyste, elle est englobée comme *intention* dans l'objectivité de la fonction analytique.

Il remarque également les extrêmes internes de l'analyste: celle de refoulement ou de blocage de la subjectivité et l'autre où l'analyste se «noie» dans un contre-transfert nourri par le cercle vicieux de la «loi du talion», une sorte de feed-back positif (plus le résultat est ample, plus sa production s'intensifie), où la réponse contre-transférentielle est négative à un transfert négatif, positive à un transfert positif etc. (Racker, p. 137)[18]. J'ajouterai ici que les extrêmes doivent leur force d'attraction au fait qu'elles réduisent l'anxiété de l'analyste de se trouver dans une situation d'*ambiguïté*, affective (ambivalence) ou cognitive (incertitude).

Donc, la dissymétrie essentielle transfert – contre-transfert serait assurée par un clivage nécessaire dans la pensée de l'analyste, celui entre un côté subjectif et le côté objectif. Racker rappelle le fait que du côté subjectif entrent non seulement des vécus de l'analyste, mais aussi des fantasmes, des pensées et des associations libres⁸.

À une première vue, nous verrions ce clivage comme étant spatial, tel un dédoublement de l'analyste : une partie de lui-même a une expérience contre-transférentielle où différentes identifications opèrent: avec le soi de l'analysant, avec les objets internes de celui-ci ou avec lui-même situé dans le transfert, et une autre partie de lui-même observe la première et l'élabore. La question si l'analyste peut faire les deux en même temps est d'actualité. Nous la retrouvons, sous une autre forme, dans la question s'il peut penser pendant qu'il agit (*enacting*). John Steiner remarque le fait qu'il serait préférable de pouvoir penser pendant un *enactment*, mais ceci ne semble pas accessible, la seule modalité restant celle de l'alternance entre l'acte et la pensée «productive» (Steiner).

À la différence des clivages spatiaux décrits par Freud, le clivage temporel fait référence à une succession similaire, essentiellement, avec l'alternance sommeil – éveil décrite par W. Scott comme illustrant les ruptures dans la continuité de l'expérience (Orășanu, 2002, p. 214)[17]. Si nous devons imaginer une sorte de topique, une carte du contre-transfert, elle contiendrait, à côté d'autres types (conscient et inconscient, transfert de l'analyste et réponse au transfert du patient etc.), également ces deux espaces, qu'Antonio Ferro appelle *fonction herméneutique* et *participation affective*. Alors, le travail de l'analyste contient un *mouvement oscillatoire* entre le partage de l'expérience de l'analysant (avec des valences fusionnelles) et l'interprétation (avec un effet séparateur), «entre le fait de lui dire quelque chose et le fait d'être proche de lui» (Ferro, 2006, p. 431)[7]. Parfois, ces territoires entrent en conflit, comme lorsque Freud s'est identifié «trop», nous dit Lacan, avec le scénario transférentiel de Dora, *en le figeant* (Barazer, 2011, p. 147)[3]. Je voudrais rajouter: il s'est identifié *trop longtemps* et il n'a plus pu revenir en arrière. Nous trouvons aussi des

⁸ A la différence de la majorité des auteurs, Michel de M'Uzan a écrit sur la partie de *représentation* de cette subjectivité, modalité de l'identification projective qu'il a nommée « pensée paradoxale » (De M'Uzan, 1976).

formes plus discrètes de conflit intra-contre-transférentiel, comme ce serait par exemple la confusion des noms dans les écrits de Lacan sur le contre-transfert, entre Margaret Little et Annie Reich, qui avaient des conceptions différentes sur ce thème. Peut-être que Lacan a évité ce genre de conflit en instaurant la technique de la séance à durée variable: le temps (unique) de la séance s'arrête au moment où le contre-transfert de l'analyste tombe sur une frontière conflictuelle interne.

La prédisposition pour la fonction analytique est non spécifique et elle préexiste à la séance. En quelque sorte, elle est un espace mental qui fait partie du cadre analytique. Preuve est le fait que, lors des moments conflictuels de cet espace interne, l'analyste peut se surprendre vérifier le cadre matériel de la séance : il regarde sa montre ou se demande s'il a bien fermé la porte.

Lorsque les forces du contre-transfert s'équilibrent, la pensée de l'analyste se déplace entre les espaces, sans excès, conflits ou figements. Je verrais une telle atmosphère comme effet d'une *dilatation de son temps* interne, une sorte de «voir au ralenti» des mouvements transféro-contre-transférentielles qui, du point de vue du temps objectif linéaire, se déroulent plus vite que les possibilités conscientes de perception.

L'activité mentale de l'analyste a été comparée avec l'activité onirique transformatrice (Bion). A l'intérieur de *l'espace de temps* de la séance, comme l'appelait Masud Khan, l'analyste *crée du temps*, tout comme le rêve crée du temps par le fait qu'il met les pensées en mouvement scénique, «dramatise une idée», comme le remarquait Freud en citant Spitta (Freud, 1900, p. 65)[8], la transforme en événement. Par extension, l'analyse dans son ensemble offre un espace onirique où l'on crée du temps, de l'espace internalisé par le patient, future source de temps intérieur. Le temps créé appartient à l'analysant. Le temps créé dans le contre-transfert appartient au transfert, et une fois parti de l'analyse, le patient l'emporte, le prend en possession, avec l'espace de rêve obtenu. Ce fait est possible parce que le temps du transfert, uniquement lui, a une profondeur de plus par rapport à celui du contre-transfert, une profondeur donnée par l'histoire de l'analysant. Au niveau manifeste, une telle dissymétrie temporelle apparaît sous la forme suivante : au cours du dialogue privé qu'est l'analyse, pendant que le patient peut remémorer, associer verbalement sur *son passé*

où l'analyste n'existe pas, il est improbable que l'analyste communique ses associations sur son passé où le patient n'existe pas.

La différence temporelle signalée, objectivée dans le discours des deux protagonistes, renvoie à l'aspect *anti-narcissique*, selon la formule de F. Pasche, de la fonction analytique, qui rappelle de manière rythmique le sens de la rencontre analytique, rencontre dédiée à l'analysant.

Maintenant je vais amener en discussion deux histoires cliniques du livre de Didier Anzieu, *Beckett*, qui me semblent illustrer deux solutions contre-transférentielles différentes, dans deux situations similaires.

Anzieu expérimenté, au travail

Didier Anzieu écrit sur l'un de ses patients («M») qui, après une séance fructueuse terminée par une remarque d'encouragement de la part de l'analyste, manque à la séance suivante. Autant l'analyste s'était montré content de la manière dont son patient avait travaillé, autant ce dernier était revenu malheureux. L'encouragement avait été «À suivre». L'attention de l'analyste avait été ranimée par la vive réussite de M., après de longues années de «résistance», de «vivre» les séances du dernier temps, c'est-à-dire d'exprimer ses émotions. Au retour, Anzieu lui dit:

- *Quand ça va bien, il faut que ça aille mal*, en pensant au caractère obsessionnel du contraste entre les deux séances antérieures.

Le patient répond:

- *Ma mère n'était gentille avec moi que quand j'étais malade.*

Le dialogue continue:

- *Si vous allez mieux, je ne m'occuperai plus de vous. Autant rester malade.*

- *Ma mère a toujours refusé mon indépendance. Je devais vivre avec elle.*

- *Et quand vous avez décidé d'habiter ailleurs, elle a contracté une maladie grave, dont elle est morte.*

- *C'était mon premier match contre elle. J'ai gagné par abandon. Elle m'a privé d'une vraie victoire.* (Anzieu, 1992, p. 27-28, c'est moi qui souligne) [2]

Anzieu parle de la réaction thérapeutique négative, de l'angoisse provoquée par la perspective de guérison et du caractère inopportun de son encouragement. De même, il parle de la manière dont cette expérience

avec M. l'a aidé à comprendre l'œuvre de Beckett, fondée sur la «pensée négative».

À première vue, dans l'illustration, il s'agit d'un contre-transfert positif qui, exprimé d'une façon enthousiaste, provoque une réaction négative justifiée du point de vue transférentiel. Est-ce que les faits pourraient être plus complexes que ça? Anzieu commente qu'il aurait dû penser auparavant à l'effet possible de son intervention. Il voit les faits dans la perspective de la réédition transférentielle: bien que l'analyste montre sa satisfaction face au vécu du patient, celui-ci ne voit que la menace de l'abandon, comme si le temps passé de la maladie bénéficiant de la présence maternelle était soudainement plus fort que le temps présent, de la guérison bénéficiant de la réponse positive de l'analyste.

Théoriquement, le dialogue raconté pourrait démontrer autre chose aussi. Le commentaire «Quand ça va bien, il faut que ça aille mal», par son caractère impersonnel, offre à M. la liberté d'associer par rapport à n'importe qui. Il choisit sa mère et le temps pass : «Ma mère n'était gentille avec moi que quand j'étais malade». L'analyste interprète le transfert, en reprenant l'affirmation et en se substituant à la mère: «Si vous allez mieux, je ne m'occuperai plus de vous».

Mais, surprise. M. semble ne pas recevoir l'interprétation tel que l'on s'attendrait, mais *insiste* sur l'histoire avec la mère: «Je devais *vivre* avec elle». Heureusement, l'analyste n'insiste à son tour pas sur le *hic et nunc*, mais suit (lui!) le patient et fait des commentaires sur la mère de M., avec qui ce dernier luttait pour son indépendance. L'accord est obtenu après que l'analyste a renoncé à faire référence à soi-même comme objet du transfert. Pourquoi M. a-t-il ignoré l'interprétation de transfert de l'analyste? On peut entrevoir deux points de vue, à deux niveaux différents.

Un point de vue possible ferait référence à l'espace analytique présent de la séance, où a lieu non pas un transfert mère – analyste, mais une *coexistence*: la mère coexiste avec l'analyste. Cette coexistence est devenue possible grâce à l'intervention enthousiaste de la séance antérieure, où l'analyste *s'est différencié* de manière évidente de la mère par son encouragement de guérison: «À suivre». Dans ce contexte de trois

personnages, l'insistance de M.⁹ de parler de la mère a l'air d'un choix : entre l'analyste et l'indication de celui-ci vers l'*avenir*, d'une part, et la mère avec son attraction vers le *passé*, d'autre part, le patient choisit la mère et le passé comme objet d'intérêt. Il préfère parler de ce qu'il vivait à ce moment-là avec elle, en non pas de ce qu'il vit maintenant avec lui. Si l'analyste lui apparaît comme un objet du temps présent et la mère comme l'objet vieux et familier du temps passé, alors M., dans ce court intervalle de temps, choisit son amour pour la mère, amour plus fort et plus profond qu'aurait laissé entrevoir le discours manifeste sur la « lutte pour l'indépendance ». En d'autres mots, la réaction thérapeutique négative, au-delà de l'opposition destructive et le refus de guérir, tire sa force d'un amour filial positif sous-estimé par les deux protagonistes.

Le deuxième point de vue hypothétique, sur la même séquence de trois séances, ferait référence à un transfert maternel cent pourcent sur l'analyste. Ceci signifierait non seulement un transfert purement maternel (l'analyste signifie exclusivement la mère), mais également le fait hypothétique d'un transfert total de la relation avec la mère, dans le sens de déplacement, « transport ». Si cela était possible – et dans le fonctionnement limite un tel transfert¹⁰ a été décrit – alors l'analyste *est* la mère à présent est il est *seulement* la mère, tout comme la mère *entière*. En ce moment, il a pris sa place. Au même moment, la représentation maternelle a été désinvestie émotionnellement et elle peut être utilisée par le patient comme un « objet alternatif », à but défensif. Toute la lutte pour l'indépendance de M. est arrivée dans l'espace et le temps de l'analyse, sans reste. L'actualisation est parfaite, loin de l'ambiguïté de type névrotique, conformément à laquelle le patient revit quelque chose dans le présent, mais sent que quelque chose du passé se répète.

Alors, l'encouragement de l'analyste « À suivre » devient identique avec la demande maternelle : « Je devais vivre avec elle ». Le temps passé a bougé dans l'espace du cabinet. Cognitivement parlant, la figure maternelle

⁹ « L'inconscient ne résiste pas, il *insiste*. Il cherche à s'affirmer, à se dire, à se faire entendre [...] L'analyste aurait moins à « combattre » les résistances du patient qu'à annuler « sa propre résistance » [...] Tel est le sens du « non-agir positif », affirme Patrick Guyomard sur la vision de Lacan (Guyomard, 2011, p. 17).

¹⁰ « C'est toi ma mère », dit une petite patiente à l'analyste. (Caroline Thompson, 2002, p. 23).

garde son identité, affectivement parlant, elle apparaît comme nouvel objet de discussion, comme nouvel objet. La mère originale a perdu son rôle combattant, en acquérant à présent la vertu d'objet allié. La réaction thérapeutique négative peut cacher ainsi une réaction positive à une situation qui semble être, *elle*, négative: sous l'apparence d'encouragement de se libérer de l'espace maternel suffoquant du passé, se cacherait l'invitation de se lier à l'espace suffocant du cabinet analytique. La mère du passé est maintenant bénigne : n'est-elle pas, d'ailleurs, «passée»?

Des deux points de vue imaginés, nous aurions affaire non pas à une confusion analyste – mère, ou à une collusion de l'analyste avec l'objet maternel, mais à une redistribution de fonctions utilitaires. A un moment donné de l'analyse, M. utilise l'analyste et sa mère de deux manières spécifiques distinctes.

Et le contre-transfert de l'analyste ? Il correspondrait à une contre-identification avec l'imgo maternel possessif, suivie par l'auto-proposition d'être un nouvel objet d'investissement, les deux justifiées par sa position analytique encourageante regardant une intégration affective de la part du patient. Peut-être que Harold Searles l'appellerait «la jalousie de l'analyste face à un objet interne du patient», par analogie avec ce qu'il décrit comme étant la jalousie par rapport aux objets internes propres ou de l'autre, dans la pathologie *borderline* (Searles, 1979)[20]. Comme d'habitude dans de tels cas, il apparaît une sous-estimation de l'inconscient en général et de la complexité psychique de la situation, complexité fonctionnelle, donnée par la *mobilité des investissements* cognitifs-affectifs dans l'espace et le temps.

Dans l'espace, une telle mobilité donne l'occasion de certaines permutations de rôles et de significations entre dedans – dehors, sujet – objet, objet interne – objet externe, analyste – mère. Par rapport au temps, la permutation a lieu entre le passé, le présent et l'avenir (qui est impliqué dans le désir et l'angoisse).

La mobilité d'investissement est positive en soi, elle est une condition du déplacement et de la symbolisation (Green, 2002). Ce qu'elle peut donner de négatif vient de la négligence, de la part de l'analyste, de cette mobilité possible, ou *mobilisation*, chez le patient. Dans le cas de M., l'analyste s'attendait à une stabilisation du changement, non pas à une continuation de la mobilisation. Malgré tout, il a eu le *temps interne* de saisir

l'insistance de la discrimination désavantageuse qu'opérait M. sur lui, de la tolérer et de suivre son patient. Une tendance active dans le contre-transfert, d'allure œdipienne ou peut-être narcissique, a laissé la place à une tendance passive, réceptive, de retrouver la fonction analytique.

C'est un exemple sur comment la capacité d'*auto-dosage* de l'analyste peut sauver une situation virtuellement compromettante pour le processus analytique. L'autorégulation devient possible suite à la perception, de la part de l'analyste, de ses propres mouvements contre-transférentiels, tant dans le présent qu'à l'avenir – c'est-à-dire de sa tendance contre-transférentielle et des éventuelles conséquences d'une *insistance contre-transférentielle*.

Bion débutant, au travail

Dans le même livre, Anzieu réfléchit en détail à l'analyse de Samuel Beckett avec Bion, analyse dont le déroulement, dans une situation similaire, n'a pas été tout aussi heureux. La biographie et la correspondance de Beckett sont les seules sources d'information. On n'a pas trouvé des notes de Bion sur cette analyse, qui a eu lieu entre 1934 et 1935, lorsque Beckett n'avait pas encore 30 ans et Bion était au début de sa pratique psychanalytique.

Après une période d'amélioration dans l'analyse, l'état de Beckett s'empire à nouveau. Bion insiste à recommander à son patient de se séparer de sa mère, dont la présence semblait re-déclencher à celui-ci les symptômes. Le conseil est suivi d'une polémique entre les deux, terminée par Beckett par l'abandon de l'analyse en faveur de la cohabitation avec sa mère. Même si le temps a confirmé la prévision de Bion et, finalement, Beckett s'est séparé de sa mère, il n'est plus revenu en analyse, signe que la raison de son départ de la cure n'était pas une erreur de pensée de l'analyste...

Anzieu explique: au fond, Bion avait raison de considérer que la séparation de la mère était une condition de la santé de son patient. C'est toujours lui qui rajoute : «Il avait raison de le penser, tort de le dire... Il fallait que *l'intéressé* prit cette décision *à son compte*» (Anzieu, p. 80, c'est moi qui souligne). Il montre que, dans les conditions du manque d'expérience de Bion, les deux sont restés bloqués dans le filet d'un

transfert et d'un contre-transfert négatifs. En partant, Beckett a initié une séparation, ce qui lui a permis d'assumer, après-coup, la séparation de sa mère. Quant à l'hypothétique contre-transfert de Bion qui l'aurait empêché de supporter la dépendance de Beckett de sa mère, Anzieu pense à une trop grande ressemblance entre les deux, fait qui aurait déterminé Bion à se débarrasser du patient pour ne pas être obligé de re-rencontrer dans celui-ci des parties non désirées de lui-même (Anzieu, p. 80)[2]. Consciemment, l'analyste luttait pour tenir mieux son patient, inconsciemment, il le déterminait de partir. Anzieu imagine la première entrevue entre eux, avant le début de l'analyse. Dans le dialogue imaginaire, Samuel dit : «Je ne vous demande pas de me comprendre; je vous demande de me guérir» (Anzieu, p. 34)[2].

Rien de plus vrai, toujours valable. Sauf que cette vérité ressemble à l'affirmation «ce n'est pas moi qui a demandé de venir au monde»: une fois venu au monde, l'enfant commence à vouloir vivre et à ne pas rester endetté pour ça. De même, bien que Beckett ne fût venu prétendre de la compréhension, l'absence de celle-ci du côté de l'analyste l'a mis en colère, puisque *maintenant elle lui était due*. Winnicott a remarqué, par rapport aux soins maternels de la période précoce de la vie, de dépendance absolue : l'enfant ne réalise pas que tout va bien, il remarque seulement les moments lorsque sa mère échoue en ce qui le concerne. «La construction du soi est, par conséquent, silencieuse» (Winnicott, 1956, p. 392)[27], parce que «l'environnement, lorsqu'il s'adapte avec succès... n'est ni reconnu ni même retenu» (Winnicott, 1955-6, p. 381)[26]. Beckett ne savait pas que la guérison passe par la compréhension. Il l'a appris lorsqu'il s'est senti mal compris. «Dans les faits, Beckett a quitté Bion en lui adressant de véhéments reproches; dans le fantasme, Beckett s'imagine avoir été méjugé et expulsé par Bion» (Anzieu, p. 108)[2].

La non-compréhension de la part de l'analyste couvre deux plans, l'un de la capacité de tolérer, l'autre de la capacité de penser. D'habitude elles s'interpénètrent, bien qu'apparaisse parfois un temps dans l'analyse où l'espace de la pensée se rétrécit, en laissant l'espace de tolérance dépourvu du soutien que le sens donne. Il y a une sorte de « jachère » qui apparaît dans la pensée de l'analyste, comme disait Khan, jachère qui demande de la compréhension, dans son sens d'acceptation. Je la vois

comme une période d'attente d'une future compréhension par rapport au sens de ce qui se passe dans le présent. Cet aspect justifie le fait de garder le terme de «patient» à la place de celui de «analysant» ou de «client», c'est-à-dire de garder un mot qui renvoie à la capacité d'attendre (du latin *patientia*). La fonction psychique d'attente a été liée par Benno Rosenberg au masochisme primaire érogène, qui se mobilise au cours de la métabolisation et de la mentalisation, parce qu'il est nécessaire à la tolérance de la tension ou de la douleur, tout comme dans l'effort psychique de représentation (Rosenberg, 1991)[19]. Puisqu'il s'agit d'attente de la part de l'analyste, cela signifie qu'elle, afin d'être productive, contient une certaine confiance dans le facteur *temps*. Une telle relation d'amitié de l'analyste avec le passage du temps soutient le type de contre-transfert qui tient de la prédisposition à la fonction analytique (Racker)[18].

De même, elle modère des contre-transferts qui conduiraient soit vers le pôle maniaque (l'impatience du «maintenant», lorsque le présent avale le passé et l'avenir), soit vers le pôle dépressif (où on assiste à la mort du temps et son corollaire, le manque d'espoir). D'ailleurs, parfois, une telle amitié avec le temps fait son apparition, chez le patient, comme résultat de la cure.

Sur un «temps de la non-compréhension» a écrit, dans d'autres termes, Antonino Ferro. Il fait référence à la confiance de l'analyste dans le «travail créatif du couple comme garant d'une activité d'endiguement transformatif de chaque expérience» (Ferro, 2006, p. 434)[7]. C'est encore lui qui affirme, en faveur des interventions de l'analyste qui gardent des valences libres, c'est-à-dire restent ouvertes à des possibilités futures: «Dans notre pratique, nous avons appris à valoriser de plus en plus les interventions verbales de l'analyste qui transmettent de façon plus narrative qu'assertive des configurations de sens qui ne sont pas encore trop saturées, qui restent ouvertes à d'autres contributions du patient et qui *respectent les personnages et les scènes* qu'il a lui-même animés pendant la séance avec ses communications. Le discours qui se développe ainsi, avec la collaboration *active* du patient, permet de moduler la fonction herméneutique selon l'atmosphère émotionnelle du moment» (Bezoari et Ferro, 1991, cité de Ferro, 2006, p. 432, c'est moi qui souligne)[4], [7].

Ferro lie ici l'utilité des interventions «non-saturées» à la possibilité de développement des affects, produit sophistiqué par rapport à ce qu'il nomme «turbulences émotionnelles» ou «proto-émotionnelles» (Ferro, p. 434)[7], qui n'ont pas encore une «place» où on les garde. Du point de vue qui intéresse ici, en d'autres mots, la patience de l'analyste contribue à la construction, dans le temps, d'un espace qui structure les impressions et les images incompréhensibles, dans des émotions, des affects et des pensées. Si nous avons en vue l'identification projective, il s'agirait d'une identification projective dans son aspect non seulement spatial, mais aussi temporel : comme phénomène de longue durée.

Dans le fragment cité plus haut de Ferro, il y a l'idée de «respect de l'analyste pour les personnages et les scènes» amenées par le patient dans la séance. D'une part, le terme de «respect» vient compléter des éléments qui décrivent l'attitude analytique, en réhabilitant une composante de valeur de la compétence de l'analyste, mais improprement décrite comme «neutralité», «équidistance» ou «indifférence». Le terme de Ferro m'a rappelé un patient qui l'a utilisé lui aussi, de manière spontanée, dans une séance où il se demandait ce qui lui convient exactement dans l'analyse. Le respect de l'analyste suppose qu'il accorde attention à *tous* les personnages et scènes de la pensée du patient. De même, cela suppose qu'il apprécie les possibles *forces* de ces personnages animées consciemment et appartenant au discours manifeste, ou inconsciemment – fantasmatiques.

L'extraordinaire analyse de Beckett, telle qu'elle a été imaginée par Anzieu, nous montre un personnage qui a été sous-estimé par l'analyste. Si on se dépêche de croire que c'est la figure maternelle (soit celle du passé, objet interne maléfique projeté sur l'analyste; soit la bonne partie invisible de la mère; ou bien la mère du présent, en chair et en os), on se trompe. Le personnage sous-estimé par Bion était Beckett lui-même, dans son amour profond pour sa mère, avant qu'il ne commence à la haïr. Cette partie de lui-même l'a poussé à abandonner l'analyse, afin de se sauver de la demande injuste qu'elle soit exclue. Une fois l'analyse terminée, la même partie de Beckett, transférée maintenant après-coup sur Bion, a fait que les œuvres littéraires du premier soient imprégnées – comme nous le montre Anzieu – d'une sorte de prolongement nostalgique de son analyse passée, devenue autoanalyse mise en scène. Une telle interprétation est symétrique

à celle avancée par Anzieu, qui prévoit la collusion transfert négatif / contre-transfert négatif, suivie de l'abandon de l'analyse et, puis, d'un re-transfert négatif sur la mère réelle avec l'abandon de celle-ci.

L'abandon ou la rupture ne sont pas la même chose que la séparation nécessaire pour grandir. Est-ce que cela aurait aidé le jeune Bion s'il avait vu, au-delà de sa dispute avec Beckett, au-delà de la «pensée négative» de celui-ci (Anzieu, p. 201)[2], la partie de communication perversie qui attaquait justement afin de mieux cacher «les endroits secrets où jamais personne ne vient»? (Beckett, cité par Anzieu, p. 39)[2]. Ce sont les endroits secrets de soi-même, et «un des buts recherchés dans la psychanalyse est la transparence à soi-même: faire la lumière» (Anzieu, p. 151) [2].

Chez Beckett, le négatif aurait caché le positif, et la colère et le transfert négatif auraient protégé le soi vulnérable qui venait d'entrer en scène, habillé dans des symptômes psychosomatiques. Si c'était comme ça, la demande de Bion, de séparation puisque la présence de la mère provoquait de nouveau des symptômes, aurait pu être entendue comme une interdiction de régresser, c'est-à-dire une interdiction de se rencontrer avec soi-même dans de meilleures conditions, même en passant pour ça par une maladie.

En partant de Winnicott

Winnicott écrit, concernant ce qu'il appelle les «empiètements» de l'analyste dans le mouvement de développement du soi du patient: «L'un des principes fondamentaux de la technique psychanalytique est celui qu'il fournit un cadre où le patient peut traiter avec une seule chose à tour de rôle. L'important est que l'analyste essaie de voir ce détail unique que le patient peut apporter, revivre et offrir pour l'interprétation». Interpréter tout qui semble compris, «conformément aux besoins propres» de l'analyste, cultive une décomposition du psychique (Winnicott, 1949, p. 255) [23].

Ce «une seule chose à tour de rôle» pourrait correspondre à un phénomène subjectif de *dilatation de l'espace et du temps* analytiques. La raréfaction de l'espace permet à l'analyste de voir les scènes et les personnages dont Ferro écrit. L'allongement du temps lui permet de penser de manière préventive au mode dont le patient recevra son intervention

(l'éventuelle «réaction d'empiètement», comme dit Winnicott) ou, dans l'après-coup, au mode où il l'a déjà entendue. Si Ferro parle d'un respect de l'analyste pour des personnages et des scènes, qui impliquent un *respect pour l'espace analytique*, Winnicott parle d'un «respect pour les processus» (Winnicott, 1952, p. 292)[24], c'est-à-dire d'un *respect pour le temps*.

Winnicott [24] imagine la relation entre la formation du soi et les empiètements de l'environnement (que, dans la régression dans l'analyse, on espère reprendre) aussi dans des termes spatiaux: spontanément, le soi s'étend vers l'environnement et rencontre un certain empiètement de la part de celui-ci, qu'il accepte. Lorsque les choses ne vont pas bien, le soi est pris par surprise par l'empiètement de l'environnement, en étant forcé à réagir en «conformité» à quelque chose de similaire avec une «séduction» (p. 294), une sorte d'immixtion inattendue dans les affaires intérieures. Il apparaît la scission et le faux soi «qui semble satisfaisant à un observateur non inquiet» (p. 294). Transposé dans l'analyse, le temps semble décisif dans ce phénomène: l'analyste peut et il est voire même inévitable de décevoir le patient, à condition que l'événement soit préparé déjà par le dernier, préparé parce qu'on l'amène du passé et il est prêt à rencontrer l'échec réel. Si le passé du sujet est préparé à rencontrer le présent, on a parcouru une autre distance dans le «voyage du subjectif pur vers l'objectivité». L'auteur souligne la position active du sujet: c'est lui qui avance vers l'environnement, en non pas l'inverse. Lorsque l'environnement vient vers lui, soit on l'a déjà invité de le faire, et le soi a gagné encore une partie de la réalité, soit il n'est pas invité, et le soi se cache, en laissant devant une fausseté salvatrice. Que peut déterminer l'environnement que représente l'analyste pour le patient de rendre des visites intempestives, de faire irruption ? Winnicott répond: *un besoin pressant de soi-même*, qui, graduellement, remplace celui du patient (Winnicott, 1956, p. 410)[28]. Il s'agit du contre-transfert, plus précisément de la partie de transfert propre à l'analyste.

En ce qui concerne le contenu émotionnel problématique, l'auteur pense surtout à la haine et à l'anxiété, dont l'analyste doit prendre conscience avec suffisamment d'aisance qu'il reste disponible de longues périodes de temps (Winnicott, 1947, p. 261). J'ajouterai des contenus émotionnels liés à la problématique *narcissique*, centrale peut-être de ce

point de vue: seulement une vaste réserve narcissique peut permettre à l'analyste de s'offrir comme environnement d'affirmation du soi de l'autre. Winnicott touche indirectement le thème lorsqu'il fait référence au regard de la mère et au rôle de reflet de celui-ci.

Quant à la «pression», nous avons affaire, comme dit Freud, au facteur quantitatif. N'oublions pas son article sur la jalousie pathologique, où il montre que la pathologie peut consister non pas forcément en une distorsion cognitive de la réalité, même pas en une distorsion interprétative, mais purement et simplement en une amplification d'un détail réel, amplification motivée par le but de se cacher à soi-même la vue de son espace interne. Alors, l'analyste aurait à «endiguer» (Ferro) ou à «modérer» (Bion) non seulement les émotions du patient par son travail transformatif, mais également les siennes.

Par conséquent, le contre-transfert et sa gestion aurait affaire à une sorte de mouvement de territoires entre le patient et l'environnement-analyste, où l'espace de l'analyste est réceptif dans l'accueil de l'espace du patient, et lorsqu'il se dirige vers lui, il le fera après avoir été appelé, et non pas avant. C'est une situation idéale vers laquelle se dirige la cure, étant donné que, les linguistes nous informent, il n'est pas exclu que la compréhension soit un cas particulier du malentendu (Culioli, 1990, cité par Green, 2011, p. 81)[14].

La dilatation de l'espace et du temps permet à l'analyste de détecter les mouvements qui ont lieu dans l'espace analytique, tout comme ceux du propre espace psychique, et d'acquérir une *perspective* sur ceux qui tendent à s'amplifier, perspective qui les diminue en les rendant manoeuvrables et utiles. La capacité d'agrandir l'espace se rapporterait à la capacité de tolérer la solitude, tout comme la capacité de faire la différence entre le fantasme et la réalité, entre la réalité interne et celle externe. Elles dépendraient donc de ce qu'on a nommé la *position dépressive*. Le sens du temps a déjà été lié à ceci¹¹ (Winnicott, 1954-5, p. 355)[25]. Mélanie Klein, en avançant le concept de position dépressive, a ouvert par conséquent, implicitement, une

¹¹ Entre temps, on a avancé des idées sur des formes primaires du sens temporel, plus proches de l'inconscient que l'on croyait, une temporalité proto-langagière issue de l'articulation des rythmes biologiques ou physiques avec les réponses de l'objet (Denis, 1995).

perspective pour la compréhension du travail de l'analyste, y compris la gestion du contre-transfert. La position dépressive est une issue d'un espace qui condense la réalité interne et la réalité externe. Elle est aussi une issue d'un temps qui se précipite, en rejetant tout processus et se déroulant conformément à la *loi du talion*, loi de l'amplification. Racker a décrit amplement les échanges transféro-contre-transférentielles basés sur la loi du talion (Racker, 1957)[18]. Ce type de fonctionnement, je crois, fait que la question «où se trouve le contenu psychique, chez l'un ou chez l'autre?», d'ordre spatial, devienne «qui a commencé *quand?*», d'ordre temporel.

Racker propose trois remèdes utiles de l'analyste afin de diminuer l'anxiété contre-transférentielle qui entretiendrait le cercle vicieux de la loi du talion, de sortir de l'impasse et de redevenir disponible au bénéfice du patient: *la force du moi* obtenue dans sa propre analyse (on peut rajouter que cette force présuppose une mobilité du moi dans le fait d'opérer diverses identifications et dés-identifications, correspondant aux scénarios fantasmatiques du patient); la capacité d'*observer son* contre-transfert (on la remarque comme élément de la prédisposition à la fonction analytique); et le *savoir* déjà acquis. Le savoir de l'analyste, souligne l'auteur, l'aide à pouvoir voir, par exemple, au-delà d'un transfert négatif, une sorte d'amour ou «*la possibilité d'aimer*» (Racker, 1957, p. 159) [18].

Le savoir de l'analyste correspondrait avec sa capacité d'utiliser sa position dépressive, qui par définition signifie modération. Dans le contexte exposé, elle signifie une pensée en perspective, la perspective spatiale des ressorts profonds du patient, tout comme la perspective temporelle de ses possibilités futures. Quant au facteur quantitatif, de l'intensité, ce sont des éléments qui endiguent la tendance d'évacuer.

Conclusions

Je reprends les deux exemples cliniques commentés par Anzieu, celui de sa pratique et celui reconstitué, de l'analyse de Becket avec Bion. Il y a dans les deux un même phénomène tranféro-contre-transférentiel sauf que, dans le premier des cas, il peut être seulement déduit, à tel point il est discret, tandis que dans l'autre, il a une ampleur macroscopique. Tout est vaste dans le fragment des années '30: la pathologie de Beckett, la

dépendance réciproque entre lui et sa mère, la conviction de l'analyste de la nécessité de la séparation de la mère, l'essai de provoquer ce fait, l'opposition du patient, la séparation de l'analyste. Tout est microscopique dans le fragment des années '90: la névrose obsessionnelle, la dépendance maternelle seulement évoquée, l'opposition et l'abandon de la part du patient suggérées seulement par la séance manquée et la disposition sombre. La demande de l'analyste est implicite, contenue dans l'encouragement que M. *fasse vivre* ses émotions dans la séance. La demande est reprise, encore plus subtilement, dans l'essai de l'analyste d'amener le discours du patient dans le *ici et maintenant*. M. insiste de parler de sa mère: «Je devais vivre avec elle». L'analyste renonce à l'interprétation de transfert et suit son patient dans la discussion sur sa mère.

Les deux cas ont, en essence, un moment de non compréhension dans son sens large, celui de la compréhension erronée et celui de la polémique avec le risque de rupture. Chez Beckett, l'insistance de l'analyste a fait que la non compréhension augmente, ferme l'espace analytique, précipite le temps et arrête l'analyse. Dans l'autre endroit, l'analyste de M. a réussi à dilater (à temps) l'espace et le temps intérieurs. Ceci a été un moment où la non-compréhension comme erreur et polémique a laissé la place à la non compréhension comme suspens et ambiguïté, comme temps d'attente de la future compréhension.

Dans l'espace et le temps étendus sont rentrés non seulement le vécu émotionnel désiré dans le présent de la séance avec l'analyste, mais aussi l'aplatissement nostalgique non désiré vers le passé avec la mère. Comme je l'ai souligné au début de mon texte, le rêve apporte au premier plan un espace interne, à l'intérieur duquel il *crée du temps*: puisqu'il met les pensées en mouvement, en dramatisant. Par extension, l'analyse dans son ensemble offre un espace onirique où le temps est créé, espace internalisé par le patient, future source de temps intérieur.

La dispute et la rupture dans l'analyse de Beckett avec Bion ont été nourries par ce contre-transfert qui s'oppose à la fonction analytique et qui tient du « contre » dans le sens de «opposé au transfert». Par une pression non-endiguée, par une demande d'essence narcissique et par une appartenance excessive au passé de l'analyste, ce contre-transfert a poussé le transfert du patient au-delà de l'espace et du temps de l'analyse. Il a été,

comme dirait Winnicott, un empiètement trop ample, trop précoce même pour cacher le soi sous la conformité. Cependant, nous apprenons d'Anzieu que l'analyse de Beckett semble avoir dépassé une impasse: il a avancé de «l'autre côté du miroir» (Anzieu, p. 210)[2] et il est revenu nous raconter dans son style littéraire unique.

Bion, à son tour, a appris probablement, comme analyste, de cette expérience. Elle aurait contribué à ses idées sur la «terreur sans nom», «le jumeau imaginaire» (Anzieu, p. 216)[2] ou, pourquoi pas, à sa conception sur la manière dont la mémoire et le désir dérangent l'analyste, en occupant son espace et son temps d'expérience. Une telle conception de Bion semble être l'opposé du moment conflictuel raconté, où Beckett se sépare d'un analyste trop rempli de désir, se sépare de lui pour ne pas se séparer de lui-même.

Après des années d'expérience, Bion aura été différent, et ce «contre» du contre-transfert aura été de plus en plus quelque chose qui signifie *tenir du* et *être proche* du transfert. Il sera devenu celui de qui Anzieu a appris et celui qui, en tant qu'analyste de Grotstein, a offert une fois une interprétation qui commençait ainsi : «Vous êtes la personne la plus importante que vous allez jamais rencontrer; c'est pourquoi, il est très important de bien vous entendre avec cette personne importante». Et Grotstein de compléter: «En regardant en arrière vers les années d'analyse avec lui, je me souviens que beaucoup de ses interprétations étaient centrées sur cette prémisse» (Grotstein, 1993, p. 57)[15].

RÉFÉRENCES

1. AISENSTEIN, M. (2011). À propos du contre-transfert chez Lacan. Guyomard, P. et all, *Lacan et le contre-transfert*, PUF. Paris, 2011.
2. ANZIEU, D. (1992). *Beckett*, Ed. Seuil / Archimbaud. Paris, 2004.
3. BARAZER, C. (2011). "Entre hommes", pas question de contre-transfert! Guyomard, P. et all, *Lacan et le contre-transfert*, PUF. Paris, 2011.
4. BEZOARI, M., FERRO, A., (1991). L'oscillazione significati-affetti. *Revista de psicoanalisi*, 2/1991, pp. 380-403.

5. BINSWANGER, L. (1947). *Discours, parcours et Freud*, Gallimard. Paris, 1970, letter du 20 février 1913.
6. DENIS, A. (1995). Temporality and modes of language. *International Journal of Psychoanalysis* 76/1995, pp. 1109-1119.
7. FERRO, A. (2006). Marcella : d'une situation sensorielle explosive à la capacité de penser. *Revue Française de Psychanalyse* 2/2006, pp. 431-443.
8. FREUD, S. (1900). *L'interprétation des rêves*, PUF. Paris, 1973.
9. FREUD, S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. *La technique psychanalytique*, PUF. Paris, 1997.
10. FREUD, S. (1910). A propos de la psychanalyse dite "sauvage". *La technique psychanalytique*, PUF. Paris, 1997.
11. FREUD, S. (1913). La disposition à la névrose obsessionnelle. *Névrose, psychose et perversion*, PUF. Paris, 1997.
12. FREUD, S. (1915). Observation sur l'amour de transfert. *La technique psychanalytique*, PUF. Paris, 1997, p. 118.
13. GREEN, A. (2000). *Le temps éclaté*, Les Editions de Minuit. Paris, 2000.
14. GREEN, A. (2011). *Du signe au discours*, Ithaque. Paris, 2011, p. 81.
15. GROTSSTEIN, J. S. (1993). Wilfred R. Bion: O privire asupra vieții și operei sale. Bion, W. R. (1967), *Gânduri secunde*, Ed Sigmund Freud. Binghampton, New York, 1993.
16. GUYOMARD, P. (2011). Lacan et le contre-transfert: le contrecoup du transfert. Guyomard, P. et al., *Lacan et le contre-transfert*, PUF. Paris, 2011, pp. 11-76.
17. ORASANU, B. (2002). *L'identification projective: les enigmes d'un concept*, ANRT. Lille, 2004.
18. RACKER, H. (1957). The Meanings and Uses of Countertransference. *Transference and Countertransference*, the International Psycho-Analytical Library, 73: 1-196. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1988.
19. ROSENBERG, B. (1991). Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie. *Monographie de la Revue Française de psychanalyse*, PUF, Paris.
20. SEARLES, H. (1979). Countertransference-Experiences with Jealousy Involving an Internal Object. *My work with borderline patients*, Jason Aronson Inc. Northvale, 1994, pp. 229-260.

21. THOMPSON, C. (2002). Le contre-transfert, est-il un cadre? *Transfert et états limites*. André J., Thompson C., éd., PUF. Paris, 2002, pp. 23-40.
22. WINNICOTT, D. W. (1947). Ură în contratransfer. *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei. București, 2003, pp. 256-267.
23. WINNICOTT, D. W. (1949). Amintirile nașterii, trauma nașterii și anxietatea. *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei. București, 2003, pp. 232-255.
24. WINNICOTT, D. W. (1952). Psihoză și îngrijirea copilului. *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei. București, 2003, pp. 287-297.
25. WINNICOTT D. W. (1954-5). Poziția depresivă în dezvoltarea emoțională normală. *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei. București, 2003, pp. 339-358.
26. WINNICOTT, D. W. (1955-6). Varietăți clinice ale transferului. *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei. București, 2003.
27. WINNICOTT, D. W. (1956). Preocuparea maternă primitivă. *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei. București, 2003.
28. WINNICOTT, D. W. (1956). Pediatrie și nevroză infantilă. *De la pediatrie la psihanaliză*, Ed. Trei. București, 2003, pp. 406-412.

Une approche historique au concept de contre-transfert

Commentaire sur

«L'espace et le temps du contre-transfert»

de Brîndușa Orășanu

*Giampaolo Kluzer*¹²

Résumé

Dans cet article l'auteur essaye de montrer, d'un point de vue historique, comment le pressant désir de Freud de prendre la distance de sa pratique hypnotique initiale pour pouvoir construire une nouvelle théorie et pratique psycho analytique, plus scientifique et libre de toute influence suggestive, lui a de fait empêché de donner un juste poids aux éléments contre transférentiels présents dans la relation analyste-analysant. Seulement dans un de ses derniers écrits, "Constructions dans l'analyse", il aborde ce thème, même si dans une façon implicite, soulignant les éléments personnels contre transférentiels présents dans le travail de construction de l'analyste.

Abstract

In this article, the author tries to illustrate, from a historical point of view, how Freud's urgent desire to take a distance from his initial practice in hypnosis to be able to establish a new psychoanalytical theory and practice, more scientific and out of all kind of suggestive influences, has blocked him to give an adequate value to the countertransference aspects involved in the analyst-analysand relation. Only in his latter writings, "Constructions in analysis", he approaches this issue, even if in an implicit way, underlying the personal countertransference elements existent in the working of the construction of the analyst.

¹² Italian Psychoanalytical Society Milano; paolokl@tin.it.

Mots-clés: transfert, contre transfert, hypnose, suggestion, neutralité, construction, désir de l'analyste.

Key words: transference, countertransference, hypnosis, suggestion, neutrality, construction, the analyst's desire

Puisque le travail de Mme Orășanu, que nous venons d'entendre, a exploré et commenté les dimensions spatiales et temporelles du contre-transfert d'une façon que je considère tout à fait complète et ajournée, c'est évident, pour moi, en reprenant ce qu'elle dit à propos des différentes significations possibles du terme contre-transfert, que ma discussion sur son papier serait une contre-discussion non pas dans le sens d'une discussion qui s'oppose mais plutôt d'une discussion qui se situe proche de, à côté de la sienne.

Puisque le temps est limité, je me limiterai, moi aussi, à développer seulement un aspect du thème en discussion, celui historique, qui a signé non seulement la réflexion de Freud sur le contre-transfert, mais aussi la réflexion psycho-analytique post freudienne.

Cet aspect historique peut être mieux compris si on tient compte d'une des préoccupations majeures qui a hanté Freud tout au long de son activité scientifique de création de la théorie et de la pratique analytique. Après les années de son intérêt pour l'hypnose (son séjour de quelques mois à Paris chez Charcot, ses visites à Bernheim, à Strasbourg, sa pratique hypnotique durée presque dix ans à Vienne, avec beaucoup de remaniements techniques) Freud, à partir de 1895, dédie tout ses efforts pour élaborer une nouvelle théorie et pratique clinique qui devraient instaurer une séparation et une distinction nette avec l'activité hypnotique précédente.

L'instauration de la règle fondamentale des associations libres pour le patient et de l'attention librement flottante, et silencieusement flottante, pourrait-on ajouter, pour l'analyste, bouleverse d'une façon radicale, le délicat rapport «des forces» du couple thérapeutique. Le patient hypnotisé, passif, dans un état proche du sommeil, qui est séduit par le thérapeute et subit ses interventions actives et autoritaires, cède la place, sur la scène analytique, au patient actif qui prend lui la parole et qui essaye, avec son

discours, parfois même confus et incohérent, de séduire l'attention de l'analyste silencieux. Freud saisie d'une façon géniale et révolutionnaire la consigne d'une des ses premières patientes, Emmy von N. qui, à la suite d'une de ses approches thérapeutiques que aujourd'hui on pourrait qualifier de nettement rationalisant et didascalique lui dit d'une façon impérieuse : «Ne bougez pas, ne faites rien, ne dites rien». L'insatisfaction de Freud pour la répétitivité monotone de la méthode hypnotique et sa forte ambition de créer une nouvelle pratique psychothérapeutique, plus sérieuse et scientifique et moins susceptible de critiques par les milieux médicaux académiques ont un rôle très important pour la naissance de la Psycho analyse. La position de neutralité de l'analyste, son abstinence à assumer attitudes suggestives, le setting qui assure au patient le maximum de liberté expressive verbale sont autant de garanties, pour Freud, d'avoir complètement pris la distance vis-à-vis de l'hypnose. Et pourtant Freud ne pouvait pas imaginer que les éléments suggestifs du cadre hypnotique, qu'il pensait d'avoir fait sortir par la porte du nouvel édifice analytique, auraient pu faire retour en passant par la fenêtre, sous la forme complexe de l'ensemble inséparable des manifestations transférentielles et contre-transférentielles.

Ca n'est pas par hasard qu'au début c'est seulement du transfert que Freud semble s'occuper, comme d'un phénomène pathologique et négatif, qui entrave le travail positif de la remémoration. Et pourtant c'est bien un différent maniement du contre-transfert qui est à la base de la différente réaction de Breuer et Freud, lorsque les deux sont confrontés par les mêmes manifestations transférentielles de leur patientes. Breuer, effrayé par le transfert de Anna O. prends la fuite et renonce à poursuivre pour toujours son entreprise psychothérapeutique. Freud, tout en adoptant une attitude défensive inconsciente qui lui permet de croire que les manifestations affectives adressées à lui par sa patiente sont en réalité adressées à quelqu'un d'autre, (hypothèse du faux rapport) commence au contraire sa nouvelle réflexion psycho analytique qui se poursuivra pendant toute sa vie.

Dans la pensée freudienne le destin des concepts de transfert et de contre-transfert est très semblable aux destins d'autres concepts fondamentaux de la progressive construction de l'édifice analytique, tels que ceux d'inconscient, refoulement, identification à l'objet, trauma. On ne

peut pas ici retracer et décrire le chemin évolutif de chacun de ces concepts. On peut se limiter à souligner cet élément qui les met en commun: tous apparaissent dans la réflexion Freudienne d'abord comme des composants d'un fonctionnement pathologique, mis en évidence dans le travail analytique avec des patients. Progressivement, dans le cours des années, leur présence et leur rôle sera reconnu comme ubiquitaire et universel dans l'économie de la vie psychique de tout individu, donc même de tout analyste.

Le terme de contre-transfert est explicitement et brièvement employé par Freud seulement en deux textes, contrairement aux références bien plus nombreuses relatives au transfert. Les deux textes sont : «Prospectives futures de la thérapie psycho-analytique» de 1910 et «Observations sur l'amour de transfert» de 1915. Dans le premier Freud indique le contre-transfert comme le résultat de «l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin» et souligne que «aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le lui permettent», ce qui a comme corollaire la nécessité pour l'analyste de se soumettre à une analyse personnelle. Dans le deuxième texte Freud décrit des possibles attitudes amoureuses mises en acte par des patientes (évidemment femmes!) qui devraient alerter le médecin et lui permettre de se prémunir contre l'apparition d'un contre-transfert (donc d'un sentiment amoureux analogue) qui pourrait le saisir.

Si les références explicites au contre-transfert sont donc minimales dans l'œuvre freudienne les références implicites, et donc involontaires et inconscientes, sont multiples. Seulement la conviction de l'auteur d'avoir créé un cadre analytique neutre, d'où a été éliminé tout élément suggestif qui pourrait la relier à la pratique hypnotique, lui empêche de reconnaître, dans cette même pratique, le rôle de l'inévitable influence personnelle de l'analyste.

Pourrait on donc voir, dans cette attitude de Freud, la présence d'une tache aveugle due à son transfert spéciale vis-à-vis de sa création analytique ? Son écrit théorique «On bat un enfant» et son cas clinique de «L'homme aux loups» montrent dans une façon éclatante, mais jamais explicite, comme la compréhension du matériel clinique passe

nécessairement à travers la construction subjective contre-transférentielle de l'analyste.

Le texte de 1937, «Constructions dans l'analyse» peut être lu comme le texte final qui consacre, d'une façon évidente, la contribution active de l'analyste, aussi et surtout avec son contre-transfert, à la création de l'espace et du discours analytique. Néanmoins, même dans cet écrit, le terme contre-transfert est absent, comme est absente toute référence à quelque chose qui pourrait relier ce terme à d'autres contenus du texte.

La réflexion analytique post freudienne, comme souligne Mme Orășanu en se référant aux travaux de P. Heimann et de W. Bion à partir de la fin des années quarante, a eu le grand mérite de renoncer au postulat de la neutralité analytique, entendu comme absence d'éléments suggestifs, historiquement reliés à l'hypnose, dans l'activité de l'analyste. Cette nouvelle explicitation d'un thème qui, comme j'ai essayé de montrer plus haut, avait été déjà présentée dans la pensée Freudienne mais seulement d'une façon implicite, amène les nouvelles générations d'analystes à se confronter avec une nouvelle tâche dans leur travail : celle d'être toujours, et le plus possible, conscients du rôle que leur propre histoire personnelle, même si filtré par leur analyse personnelle passée et leur auto-analyse successive et permanente, à la compréhension de ce qui se passe sur la scène analytique. La nouvelle et pas du tout simple tâche de l'analyste serait donc celle de limiter au maximum, dans sa relation à ses patients, les interférences qui pourraient limiter leur liberté expressive.

Et néanmoins, même dans cette nouvelle perspective d'un travail analytique «plus moderne», on peut retrouver encore, dans certains écrits sur ce sujet, des allusions qui semblent se détacher avec difficulté, de l'attitude freudienne idéalisée de l'analyste neutre, non-intrusif et non-suggestif. L'expression même de Bion, qui a été accueillie avec beaucoup de succès, et qui se réfère au travail de l'analyste qui devrait se faire dans un état «sans mémoire et sans désir» ne semble pas être assez incompatible avec la notion de «rêverie» du même auteur? S'il est vrai que toute superposition directe et automatique entre la relation analyste - patient et la relation enfant - parent devrait être toujours avancé d'une façon prudente et critique il pourrait tout de même être utile de se référer, à ce propos, au concept de «violence primaire» utilisé par P. Aulagnier dans son livre «La

violence de l'interprétation» pour indiquer l'inévitable recours de la mère à des interprétations tout à fait arbitraires et subjectives de la conduite et de l'expressivité de l'infans qui ne peut pas encore faire recours à la parole pour communiquer ses besoins et ses désirs. À ce propos, cette auteur s'exprime d'une façon très incisive lorsque elle affirme que «dans une relation satisfaisante mère-enfant on peut imaginer que l'enfant a besoin que la mère soit capable d'avoir des désirs sur lui et que la mère puisse désirer que son enfant ait besoin d'elle». Tout le problème réside dans le fait que cette situation du couple, initialement tellement asymétrique, ne se fige pas, mais puisse évoluer dans le temps avec le renoncement progressif, de la part de la mère, de son rôle initial omnipotent et omniscient, à la faveur d'une progressive autonomie de l'enfant vis-à-vis d'elle. Au moins dans les phases initiales d'une analyse n'existe-t-il un besoin d'aide bien précis de la part de l'analysand et un désir aussi précis chez l'analyste que ce dernier puisse utiliser au mieux le cadre analytique qui lui est proposé? Et si on parle de mémoire de l'analyste peut-on vraiment imaginer que celui-ci puisse perdre toute trace des points de repère qui constituent son identité personnelle et professionnelle antérieurs à sa rencontre avec l'analysand et qui, dans le processus de la cure, représentent autant d'éléments indispensable pour assurer son individualité unique et irrepérable?

Dans cette même ligne de pensée je voudrais reprendre un autre point, commenté par Mme Orășanu, qui serait à signaler un moment de virement et de changement dans l'attitude de l'écoute analytique. Je me réfère à la notion de respect qui apparaît soit dans l'œuvre de Ferro que dans celle de Winnicott. D'une façon très pertinente Mme Orășanu associe le respect pour l'espace analytique souhaité par Ferro à propos des personnages et des scènes évoqués en séance par l'analysant et le respect pour le processus de type temporel souhaité par Winnicott. Cette remarque m'a amené à penser, par contre-opposition, à la notion de «pratique du soupçon» attribuée par certains critiques de la psychanalyse, à la doctrine freudienne. Est ce que ce terme, qui indique justement une attitude particulière vis-à-vis de toute manifestation manifeste apte à cacher un sens latent, a vraiment perdu, aujourd'hui, tout droit d'existence dans notre théorisation ? Ne pourrait-elle pas être utilement associée à la notion de

respect pour formuler un nouveau concept de respect méfiant ou de méfiance respectueuse ?

Encore un point pour la discussion. Sommes-nous certains que c'est le sujet qui avance vers l'environnement et non pas l'inverse? Ne doit-on pas tenir compte aussi du mouvement spontanée de l'environnement-analyste très chargé de désir et de séduction inévitables qui va vers le sujet? La théorisation de J. Laplanche sur la séduction généralisé réciproque qui caractérise toute rencontre entre deux «autres», surtout quand il en existe une nette asymétrie de forces tel que dans la relation analytique, souligne toute l'importance des inévitables empiètements évoqués par Winnicott, qui peuvent seulement être contrôlés et atténués par l'analyste attentif, mais qui ne peuvent pas être certainement tout à fait évités.

Pour terminer je voudrai vous donner un bref exemple de *enactement* personnel, qui semble contre-dire une phrase un peu trop optimiste du texte de Mme Orășanu qui affirme: «il est improbable que l'analyste parle au patient de son passé où celui-ci n'existe pas».

Tout au long d'une séance un patient de 33 ans, dans sa troisième année d'analyse, parle de sa rencontre, il y a deux jours, avec un ancien camarade d'université. Celui-ci est resté très pratiquant dans la religion catholique, tandis que lui, mon patient, a pris des distances de la pratique religieuse. Il a éprouvé, tout de même, de l'envie vis-à-vis de cet ami qui a des points de repère très fixes dans la religion. C'est bien d'avoir des certitudes. Cela simplifie la vie. J'écoute avec irritation toutes ces louanges qui me semblent éloigner le patient de notre pratique analytique où les doutes et les questions ouvertes l'emportent sur les certitudes. Je suis «réveillé» des mes pensées par une question du patient : «Nous y sommes, Docteur?» qui me fait répondre d'une façon impulsive : «Non, je ne suis pas là où vous y êtes». Le P. est surpris de ma réponse: il voulait simplement savoir si le temps de la séance avait échoué. J'ai pu assez facilement comprendre que sa question et son discours antérieur sur la religion avaient eu une résonance particulière avec les vicissitudes de mon éloignement critique de mon milieu familial très religieux.

RÉFÉRENCES

1. AULAGNIER, P. (1975). *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF.
2. FREUD, S. (1910). *The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy*, S. E., **11**, 141.
3. FREUD, S. (1915). *Observations on Transference Love* (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis, III). S. E., **12**, 159.
4. FREUD, S. (1919). *A Child is Being Beaten*, S. E., **17**, 177.
5. FREUD, S. (1918). *From the History of an Infantile Neurosis*, S. E., **17**, 3
6. FREUD, S. (1937). *Constructions in Analysis*, S. E., **23**, 257.
7. LAPLANCHE, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF.

COUNTERTRANSFERENCE: OUR DIFFICULTIES IN THE TREATMENT OF SUBSTANCE ABUSE

*Luis Rodriguez de la Sierra*¹³

Abstract

In this paper, the author is trying to clarify, through different psychoanalytical theories (A. Freud, P. Heimann, H. Deutsch, M. Little, C. York, H. Rosenfeld etc.) and also through his own clinical practice with addictive patients how the analytic treatment of these patients does not succeed if one insists on a rigid adherence to the classical method. This means that many parameters have to be introduced in the analysis and that the analyst must play a more active role, i.e. those aspects of psychoanalytical technique that can (arguably) be modified to meet the needs of particular classes of patients. The so called parameters are really not very different from the technique which Anna Freud called "developmental help". The author underlines the countertransferential difficulties encountered in the treatment of the addict, that are not very different from many that we find in the treatment of adolescents. In both cases the analyst is bombarded from

Résumé

Dans cet article, l'auteur essaye de clarifier, par des différentes théories psychanalytiques (A. Freud, P. Heimann, H. Deutsch, M. Little, C. York, H. Rosenfeld etc.), et aussi par son expérience clinique avec les patients addictifs, comment peut échouer le traitement analytique avec ce type de patients si quelqu'un insiste avec une rigide adhésivité à une méthode classique. Ça signifie qu'il y a plein des paramètres à introduire dans une analyse, et que l'analyste doit jouer un rôle beaucoup plus actif, i.e. ces aspects de la technique psychanalytique qu'Anna Freud nommait « aide développemental ». L'auteur souligne les difficultés contre-transférentielles rencontrées dans le travail avec les addictifs, qui ne sont pas tout à fait différentes de ceux que nous rencontrons dans le traitement d'adolescents. Dans les deux cas, l'analyste est bombardé de partout avec une intense quantité et qualité des contenus devant

¹³ British Psychoanalytical Society; lrdelas@escobar.fsnet.co.uk.

every corner with an intensity both in quality and quantity, which, unless well prepared for in advance, one is very much in danger of succumbing to. The relevance of the empathy and the therapist's personal values, opinions and attitudes to the addict and the alcoholic need to be acknowledged. This is one of the occasions when the benefits from a personal psychoanalytic or psychotherapeutic experience are clearly seen.

Key words: addiction, countertransference, empathy, psychopath, splitting, addict collusion

laquelle il est menacé de succomber s'il n'est pas bien préparé en avance. Il est important de prendre en compte l'empathie et les valeurs, les opinions et les attitudes personnelles de l'analyste envers l'addictif et l'alcoolique. C'est ici une des occasions où les bénéfices d'une expérience psychanalytique ou psychothérapeutique personnelle sont bien évidentes.

Mots-clés: addiction, contre-transfert, empathie, psychopathe, clivage, collusion addictive

We are all possibly aware of the greater attention that patients with problems of drug addiction and alcoholism are receiving at the moment. Perhaps it is appropriate, then, that we should turn our attention to two clearly difficult areas which we have to face with this, until now, largely neglected group: their complicated transference and our no less complicated countertransference.

The transference relationship

The transference relationship is always an affective one because the analysis is not an intellectual but an emotional process and, for the analysis to proceed, we need what we call rapport. It is only when we make direct contact with the affects by empathy that we can interpret them intelligently and be certain of how the patient is feeling. Accurate empathy is indispensable to sound analysis, and the wisdom we need is a combination of intelligent insight and emotional understanding. We have to register and interpret affect in impulse-object terms, but we also have the further task of analysing the affects themselves. This, of course, applies to all patients, but it is of the utmost importance to bear it in mind when treating the addict

who not only deals in a very complex way with his feelings but is also capable of provoking disconcerting and confusing feelings in the analyst, who may not always be emotionally ready to deal with them (Rodríguez de la Sierra, 1995)[16]. The issue of countertransference is therefore perhaps more relevant than ever in the treatment of the drug addict, the drug abuser and the alcoholic.

It is not my intention now to go in depth into the vicissitudes of the concept of countertransference in the history of psychoanalytic thinking. I would be content with mentioning only what could be called the three main viewpoints of the concept. Before I do that, I would like to clarify that I do not understand countertransference as representing the whole gamut of feelings, attitudes and reactions that an analyst might have about his or her patient. I will restrict the term only to the analyst's *unconscious reactions* to the analysand, particularly to the analysand's own transference. In this respect, Paula Heimann's remarks about the first diagnostic interview with the patient become especially relevant: (1) can the patient be helped by analysis? (2) can they be helped by my analysing them? (Heimann, 1959-1960, pp. 155)[11].

Attitude towards patients

Some analysts - possibly misunderstanding Freud's recommendations (Freud 1910, 1912, 1913, 1919)[5-8] - seem to think that the ideal attitude of the analyst towards his or her patient should be an almost inhuman one, devoid of emotions and feelings. The responses of the analyst to his patient are thus seen as being due to the arousal of unconscious conflicts by the transference of the patient, conflicts that - if not: acknowledged and recognised - become psychological blindspots in the analyst.

Other analysts have the view that all their countertransference responses are imposed on them by the patient.

Paula Heimann (1949-1950, 1959-1960)[10, 11] - and long before her, Helene Deutsch (1926)[2] - and Little (1951)[14], Gittelsohn (1952)[9] and Sandler (1976)[19], presents the view that countertransference manifestations can be used, in a controlled fashion, for the purpose of the

work of analysis. Freud said that the countertransference is "the result of the patient's influence on [the physician's] unconscious feelings", (Freud, 1910)[5] and quite rightly said that they must be recognised and overcome. But it is also true that, when this occurs, it should be used purposefully. In this context, we should also remember his remark that "everyone possesses in his own unconscious an instrument with which he can interpret the utterances of the unconscious in other people"(Freud, 1913).

My own personal understanding of countertransferential phenomena sides with the third of the approaches mentioned above. It goes without saying that I see a personal analysis as a *sine qua non* condition for the proper and therapeutically useful application of the countertransference to the understanding of the psychopathology of the patients I refer to in this chapter. In addition to it - unfortunately, in some cases, in lieu of a personal analysis - there is also a constant need for clinical supervision, seminars and discussions with other colleagues.

Categories of patients

While many of these patients are thought of as suffering from borderline disorders, the reality is more complex. We can see a much greater variety that goes from the neurotic patient to the patient where either the alcoholism or the drug addiction serves the purpose of keeping a psychosis at bay, and to the overtly psychotic person. There is an unfortunate tendency to see these patients as belonging to one and the same category and many erroneous generalisations come out of this misconception. Many times these patients are denied their right to be recognised as psychiatric patients per se as opposed to a sociological phenomenon abandoned to much speculation and theorising. I would like to cite here one such generalisation, an important one to be considered. It is one that Yorke (1970)[20], I realised later, had noticed before me: the tendency to classify the psychopath and the addict as being one and the same. If it is true that addicts may have their fair deal of trouble with the law and become involved in delinquent and criminal acts (in the same way that children, as Anna Freud (1965b)[4] tells us, lie and steal in order to obtain their supplies of sweets), they are not to be confused with the

psychopath with whom they, by definition, cannot be equated. The psychopath experiences no internal conflict and cannot create one. Instead, they establish a conflict with the outside world that they try to alter by attempting to change the environment both concretely and through the use of magical thinking. The addict does experience an internal conflict and tries to resolve it through the ingestion of substances, which they, unconsciously, use as medicines to "cure" themselves in that way. This difference is an important one and has to be taken into account for the proper comprehension and management of the two conditions that I will try to illustrate with the following vignettes.

John

John, a 75year-old, the son of divorced parents, had felt abandoned and rejected by his father, whom he had not seen since the age of ten. Undermined by his mother - who constantly criticised him and who found it difficult to tolerate his presence because he reminded her of her ex-husband - John had a very poor self-esteem and had failed disastrously in his studies, in spite of being very intelligent. At school he started mixing with the bad crowd and started experimenting with drugs, first with hashish and afterwards with amphetamines, to which he became addicted, after experiencing for the first time in his life positive feelings of self-esteem. He felt that speed gave him a stronger, more powerful personality which, he thought, helped him to obtain his friends' admiration. In the course of treatment, he was able to acknowledge his feelings of inferiority and how he took drugs in order to improve himself and feel, in his own words, more normal.

Linda

Linda, a 19 year-old girl who had been sent to a detention centre with a long history of antisocial activities, including shoplifting, handling of stolen goods and vandalism, found herself a patient in an adolescent unit as a result of a probation order. She experienced no remorse over her delinquent activities and was convinced she had been caught only as a result of not being clever enough. The family history revealed an early life of emotional deprivation with a sadomasochistic relationship with a mother who had never helped her to master her environment, leaving her with the conviction that she could only conquer

the environment by altering it if she had special powers. Magical thinking permeated her mental life, and she only responded to treatment whenever she felt that she was in the presence of a more powerful and clever therapist whose magic she could steal.

Neglected group of patients

The understanding and treatment of the delinquent and psychopathic patient have been dealt with by other authors (Aichhorn, 1935 [1], Hoffer, 1949 [12], Eissler, 1950 [3]), and I do not intend to enlarge any further on a theme that is beyond the scope of this paper. However, I would like to end by mentioning another frequently observed difference: the affect of the addict is usually a troubled and depressed one; there is none of the defiance, self-confidence and open aggressiveness of the psychopath in them unless, obviously, under the effects of drugs or alcohol.

Very often this group of patients is dismissed as unmanageable and untreatable and left to the care of organisations and people who may soon find themselves overwhelmed by the enormous challenge that the addict and the alcoholic present, but it is my personal opinion that this neglected group of patients - who may be seen by some as impossibly difficult - is as entitled to ask for help, and obtain it, as anyone else.

Many of the people who suffer from a compulsion to use drugs and alcohol do so because of a powerful psychological dependency that pushes them towards drugs and alcohol in order to avoid, regulate or run away from feelings which can be extremely painful and distressing. An additional complication is the great difficulty (or impossibility at times) to distinguish between symptoms resulting from pharmacotoxic effects and the underlying pathology. The question of physical dependence has to be borne in mind when thinking about those so seriously addicted to their drugs that their craving for the drug requires immediate gratification and becomes the major priority in their lives. Because problems of substance abuse can occur at any level of society and affect any kind of socio-economic group, it becomes extremely important for the therapist to assess how close or remote the patient's problems are to his or her own problems.

However harmful the drug may be felt to be, it has a necessary function, since the addict feels there is something bad inside them (anxiety, guilt, perversion, psychosis, etc.) and uses the drug as if it were a medicine to anaesthetise or destroy the badness, to 'cure' themselves. Drug abusers are self-medicators who desperately and in vain try to deal with powerful, intense and disturbing inner experiences that threaten to overwhelm them. Often, these patients crave to be united with an ideal object. Frequently, when they develop an initially intense positive transference reaction when meeting an analyst, this is linked with the unconscious fantasy that this ideal object has finally been found. Alas, the conflict experienced by the addict is that at the same time, they dread that union with the object and feel persecuted by it. They then become addicted to acting out the drama of fantasy introjection and separation from the drug, a relationship to the drug which is confused and bound up with the relationship to the analyst. The enormous aggression involved, the envy of the object, the great demand for the gratification of very primitive oral fantasies, might create in the analyst fears of being devoured or destroyed, and one often becomes concerned with giving too much or too little. The therapists who become preoccupied with giving too much or too little find themselves in a dangerous situation; they experience difficulties in setting boundaries and in containing both their anxiety and that of the patient. Very often the therapist retreats to his containing role and unnecessarily prescribes either too much, too little or no medication, irrespective of the patient's realistic needs.

Many of the initial reactions of the patient are of such an intense and threatening quality that the therapist becomes overwhelmed and unwilling to respond positively to what is experienced by the analyst as a dangerous and threatening storm coming from within the patient. It is here where, in addition to an accurate understanding of the addictive psychopathology and a great deal of empathy on the side of the analyst, one must be prepared to adopt the role of the indestructible object if one is to meet the great challenge the addict presents us with.

Alan

Alan, a 19-year-old heroin addict, the only child of an apparently normal family, good-looking, intelligent and a good athlete, concealed a violent nature under a pleasant and polite facade. Like many of his kind, his self esteem was rather low. Previous to his drug-taking, he had a history of outbursts of violence in school manifested in the bullying of other children and, occasionally, gang fights and vandalism. His eccentricities, shyness and outbursts of violence had made him a rather isolated youth with no friends at school. He hated his violence and immediately conveyed to me that heroin made him feel much more peaceful, more at ease with himself, less aggressive and less violent. He felt less paranoid and more willing to make friends with others, he felt better liked, particularly by the trendy youths who were experimenting with soft drugs and also cannabis and even heroin as something glamorous, attractive and daring.

Alan was in analysis with me for four years. After an initial period, when I felt he was trying to frighten me with accounts of indiscriminate and dangerous drug-taking, he seemed to feel reassured by my apparent lack of response. As the working alliance developed, he spoke of the deterioration of all his relationships, starting with his parents who, unable to tolerate the distress to which he submitted them, had ended up by asking him to leave. The analysis of some of the developmental contributions to his self-destructiveness made possible his making me into a stronger, saner and safer object than his parents. However, this improvement did not last long, and he went out of his way to make analysis extremely difficult. He would either attack me, saying that my interpretations were stupid and banal, or he would miss sessions constantly. He came to see me after a whole week when he had not turned up or telephoned me to cancel. He was surprised to find me in my consulting room and expressed surprise at my persistence when I told him that I would always be there at his times, irrespective of whether he attended his sessions or not. After that session, he started to show some improvement in that he was able to reduce the count of heroin he was injecting and started to attend more regularly. He was then able to see that his struggle to fight off the treatment was equivalent to his attempts to fight his drug dependence. He eventually left at the end of four years of analysis, having been able to abandon his heroin habit and succeeded in getting into university. He still keeps in touch with me, and I have seen him once or twice a year during the last few years. It was clear to me that in order to gain

84 *Countertransference: our difficulties in the treatment of substance abuse*

his trust and if I were to have any hopes of succeeding with him, I could not accept his destructive rejection of me and of analysis. At the same time, it was obvious that I should help him to separate from me and let him take on the responsibility for himself in making it possible for him to get into university.

In the transference, Alan displayed his highly ambivalent attitude towards the drug, now transferred onto me. As a result of his identifying me with the drug, I would become sometimes an enemy, a persecutor to get rid of. The message contained in his need to miss sessions was a mixed one: in one way it was his attempt to free himself from me; on the other hand, he was also putting me to the test to see whether I would contain and survive his aggression. To have interpreted the missing of the sessions only as an attack against me would have been a mistake and would have lost sight of his need to defend himself against an imaginary attack coming from me.

Kevin

Kevin, another heroin addict, would report - after missed sessions - dreams of being persecuted by vampires wanting to destroy him and suck his blood.

The understanding of this phenomenon and the way in which the analyst deals with it would greatly influence the possible outcome of these analyses. Erroneous interpretations based on the analyst's reaction to feeling massively attacked, might contain a defensive-aggressive component (on the part of the analyst), which, while possibly gratifying unconscious masochism connected to guilt on the part of the patient, could also be an example of what I might - paraphrasing Freud* - refer to as a "negative countertransferential therapeutic reaction" on the part of the analyst.

* Freud describes a phenomenon met in some analyses as a type of resistance to cure: at every point where an advance might be expected in the progress of the treatment, the patient gets worse instead, as though certain subjects preferred suffering to being cured. Freud connects this phenomenon with an unconscious sense of guilt inherent in certain masochistic structures (The Ego and the Id 1923). Nowadays psychoanalysts often employ the expression in a more descriptive way as a designation for any particularly obstinate form of resistance to change met with during the treatment (Laplanche and Pontalis 1973).

Some of the countertransferential difficulties that the therapist experiences in the treatment of alcoholics and addicts may be the result of some sort of resistance on the part of the therapist (who may respond in a negative way, demonstrating some of their unresolved underlying feelings which are stirred up by this sort of patient).

We see this when the analyst finds it difficult to listen with empathy and instead listens to his patient mechanically. I am talking about situations where, once the analyst obtains a positive transference from the analysand, he responds with interpretations that are off the mark, wrong interpretations which disturb the progress and achievements of the patient and the relationship between them. It is as if we were talking about some sort of negative therapeutic reaction on the part of the analyst whose own unconscious masochism reflects and exaggerates the patient's. I would imagine that here we can also see a reflection of what constitutes one of the pathognomonic symptoms of the addict, namely the oscillations of self-esteem.

Reluctance on the part of psychoanalysts

There are many other reasons why many psychoanalysts are reluctant to take these patients on. Their impatience and tension intolerance predispose them against the very slow method of analysis. The enormous aggression that these patients act out both against themselves and against the analyst must certainly be one of the reasons which make them so undesirable. For the treatment to provide any hope of improvement, the relationship to the drug must be transferred to the analyst. The addict oscillates between seeing the drug as a helpful friend and being persecuted by it. In the analysis of these patients we see how they oscillate from idealising us to feeling persecuted by us, thus providing an explanation for their sudden absences, lateness and relapses. All of this is extremely confusing for the analyst, who might experience it as an attack against him without taking into account that it is more important to remember that, if the addict is running away from us, it may also be because he fears being attacked by us.

In addition to all this, most people who work in the field, in spite of whatever they may say in public lectures or write in their papers, know that the analytic treatment of these patients does not succeed if one insists on a rigid adherence to the classical method. This means that many parameters have to be introduced in the analysis and that the analyst must play a more active role. By *parameters* I mean those aspects of psychoanalytical technique that can (arguably) be modified to meet the needs of particular classes of patients. Frequency of attendance, length of sessions, degree of management of, and interference in, the patient's life, insistence or not on the use of the couch, are all parameters that may be varied to meet the clinical needs of patients who do not belong to the categories for which classical analytical technique was originally designed (Rycroft, 1968)[18]. The so-called parameters are really not very different from the technique which Anna Freud called "developmental help".

Even Rosenfeld (1960)[17], who states that there is no need to deviate from the classical method, advised me to introduce certain parameters in the case of a young heroin addict I consulted him about sometimes. When I pointed out to him that his advice seemed to be very different from what he advised in his book, he smiled and told me that, with time and experience, I would learn that sometimes there was a difference between theory and practice. This is a point that many therapists find difficult to accept and - returning to the subject of the countertransference - they feel quite anxious and guilty about some of these parameters and tend to think of them as either acting out on the part of the therapist, enactments or, even worse, they attempt to condemn the analyst who thus deviates from the classic, orthodox analytic line, thinking of him or her as either a fool or an ignoramus.

The countertransferential difficulties encountered in the treatment of the addict are not very different from many that we find in the treatment of adolescents. In both cases the therapist is bombarded from every corner with an intensity both in quality and quantity, which, unless well prepared for in advance, one is very much in danger of succumbing to. The most common and easiest way out is to think of the patient as untreatable and reject him, even if it is clear that the patient is sufficiently motivated and has some potential for a future psychotherapeutic alliance. In cases like this, a metapsychological assessment is most helpful as one might be able

to show to other colleagues areas of psychopathology that can be understood and into which one can help the addict or the alcoholic to gain some insight. The initial rejection of these patients by some therapists does confirm the addict's suspicion of human relationships and all the doubts and negativism about their primary object relationships return to the fore.

Sean

Sean is an attractive, intelligent and articulate 26- year-old university student hoping to qualify in one of the helping professions. I saw him for an assessment at one of the places where I work. He specifically required some sort of intensive psychoanalytically oriented treatment. He had a history of drug-taking that went back to his mid-teens. He felt extremely anxious and guilty about it and very much wanted to stop doing it. There were many other aspects of the underlying pathology, but I would only mention here that, when I discussed him with my other colleagues, we all thought we could understand what he was talking about. His use of drugs was an interesting one, and it was not difficult to realise that his use of cocaine represented an attempt to keep depressing feelings at bay, something that also applied to his use of amphetamines. His use of heroin and alcohol, on the other hand, seemed to be connected to his problems over sex and aggression. He had spoken about what appeared to be bisexual conflicts, and, although he now had a more or less stable heterosexual relationship, it was quite clear that his homosexual fears were greater than he admitted, and both his use of heroin and alcohol were unconsciously aimed at regulating these bisexual conflicts. We all understood the importance of this, and everybody pointed out how that had to be taken into account, as well as his aggressive and destructive impulses, when trying to understand his use of heroin, particularly when injecting it intravenously. After a long discussion (some of the people at the meeting had an experience with this patient, others not), where people spoke openly about their countertransferential fears in relation to these patients, a vote was taken, and it was decided to offer this patient some sort of psychotherapeutic help. At that moment, the chairman, quite out of character, decided to exercise his right to vote - something I had never seen him do before. His vote of course changed the whole picture and no treatment could be offered to this patient.

This clinical vignette illustrates some of the problems for both the patient and the therapist. The rejecting therapist may not always be aware that his rejection, or rather, his rejectiveness, is, unconsciously, his way of being sensitive to the very damaged narcissism of the patient, or in other words to the very low self-esteem and the great fears and anxieties about being accepted. It is a shame that many of these therapists try to justify rather than understand their feelings. It is also a shame that very often they think that, when the patient succeeds in finding a therapist who takes up the challenge, such a therapist has been seduced by the patient and is heading for disaster. This is, of course, a very superficial approach as, if one looks deeper, one becomes aware that the dynamic interaction between therapist and patient is much more complex than that. Hence the need to understand such exchanges. It is true that many times it is a lost war from the beginning, but there is a difference between entering a lost war knowingly and not hoping to win but attempting to do something about it, and foolishly failing into the trap that these patients (alcoholics mostly) present at times to therapists who, narcissistically vulnerable, respond with grandiose and omnipotent ideas of their being the only ones who understand and can help.

Masochistic tendencies

A common feature in these patients is the highly masochistic way of relating to their external world accompanied, it goes without saying, by a very low self-esteem. These patients, unconsciously, succeed in manipulating the therapist into responding to them in a sadistic way. In recent years, we have seen the influence of a certain confrontational style practised in some institutions modelled along the lines of what is (rightly or wrongly) perceived as rehabilitation programmes imported from North America. Many of these organised therapeutic interventions often offered to the addict and to the alcoholic do exploit, unconsciously, the masochistic tendencies of these patients. In these institutions patients are compelled to acknowledge the futility of their will and are told that in order to improve, they must submit their will to a Higher Power (God). Even if it sounds contradictory, I must say that I have been surprised many times with the

positive therapeutic effects that the gratification of such masochistic tendencies produces.

The therapist's views

The therapist's personal values, opinions and attitudes to the addict and the alcoholic need to be acknowledged. This is one of the occasions when the benefits from a personal psychoanalytic or psychotherapeutic experience are clearly seen. Some therapists may be rather intolerant and hostile to addicts and alcoholics in a normal social situation but, through self-analysis, they might be able to use such feelings constructively in the therapeutic situation for the treatment to be effective.

For the less experienced therapist, it must be difficult to accept that one cannot be too ambitious with these patients, as we do not often achieve internal psychic changes of great magnitude. Even in cases where the addiction appears to have been cured, these patients remain rather fragile and very much in need of care and support. The feelings of frustration and their clinging onto the therapist might provoke in the latter a rejection of these patients and a loss of interest in them. Some of these patients may become patients for life in the sense that, once the treatment is finished, they may feel reassured and safer knowing that there is a possibility of resuming contact with the therapist even if it is only by letter once a year. The main problem remains that improvement in the life of some addicts is often more superficial than in other patients and very much related to being able to preserve the good relationship to the object (or analyst), even after treatment, in theory, has ended. This requires special patience and skill on the therapist's part and a capacity to understand and tolerate the great needs and demands of the addict. It is the presence and abundance of such great needs and demands that make it necessary to introduce in the psychoanalytical treatment of the addict the parameters I referred to earlier on. They may at times make the analyst wonder about the feasibility of the treatment. Here I would like to quote Julia Mannheim (1955)[15], who, in her touching account of her analysis of a female addict, illustrates this point well: 'Many analysts agree that in the treatment of borderline cases, severely traumatised at all stages, some modifications, without impairing

the neutral reserve of the analyst, are found to be necessary. The panic-stricken anxiety, deriving in part from lack of parental support, must come to a first abatement. Unless they can rely on the analyst in the role of the "ordinary, devoted mother", they behave like traumatised pre-Oedipal infants and their anxiety excess does not permit them to gain insight' (p. 67).

Personal understanding and handling of countertransference problems are absolutely necessary, for such problems can prevent the analyst from recognising the addict's specific needs and conflicts, and from supplying the explanations that may increase the ego strength so as to enable it to deal with the painful affects in their regressed form.

Some therapists with unresolved adolescent conflicts over authority figures may unconsciously collude with the addict. The therapist identifies with the addict's rebelliousness and is seduced by the pseudo-romantic and dramatic presentation of the drug and alcohol abuser. These therapists may also have unresolved unconscious impulsive fantasies that are stirred up and gratified through the patient's acting out. The addict then unconsciously perceives the therapist's unconscious approval of his or her behaviour. This is likely to happen among drug workers in drug addiction units who have not had the benefit of a personal analysis or personal therapy. In such situations, they become identified with the victim aspect of the patient and join forces with them in [a therapeutically needless and misguided] battle against society.

In some therapeutic communities and rehabilitation hostels, it has become fashionable for the treatment of drug and alcohol abusers to be conducted by previous patients. The value of the personal experience that such healthcare professionals may have had with drugs has been magnified to the detriment of the need for their own personal therapy. It is a curious phenomenon as nowhere else in the field of psychiatric or psychotherapeutic treatment: having had the illness becomes a *sine qua non* condition for treating it. In my experience as a consultant to some of these institutions, only the healthcare professionals who have then gone on to a personal analysis or some kind of psychotherapeutic treatment do not succumb to the pressures of the work. Many of the others, sooner or later, end up relapsing.

The need of the addict to split and provoke envy in the therapist is something that we must be attentive to. Many of them take great delight in telling you how Alcoholics Anonymous or Narcotics Anonymous really disapprove of our work and obviously try to get us to retaliate with some kind of caustic remark. They are often quite surprised when I encourage them to continue attending those meetings because I personally believe they are a great help and I know of the limitations of my analytic or psychotherapeutic work with these patients. In other words, I need friends in the outside world, and that is the role that many of these groups fulfill.

REFERENCES

1. AICHHORN, A. (1935). *Wayward Youth*. New York : Viking Press.
2. DEUTSCH, H., (1926). *Occult processes occurring in psychoanalysis*. In: *Imago* **12**: 418-433
3. EISSLER, K. R. (1950). *Ego psychological implications of the psychoanalytic treatment of delinquents*, *Psychoanalytic Study of the Child* **5**: 97-121.
4. FREUD, A. (1965b). *Normality and Pathology in Childhood*. New York : International Universities Press.
5. FREUD, S. (1910). *The Future Prospect of Psychoanalytic Therapy*, S.E. **11**.
6. FREUD, S. (1912). *Recommendations to Physicians Practicing Psychoanalysis*. S.E. **12**.
7. FREUD, S. (1919). *Lines of Advance in Psychoanalytic Therapy*. S.E. **17**.
8. FREUD, S. (1923). *The ego and the id*. London : Hogarth Press.
9. GITTELSON, R. (1952). *The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation*. in: *International Journal of Psychoanalysis* **33**: 1-10
10. HEIMANN, P. (1949-50). On countertransference. In: *Collected Papers: About children and children no longer*. London : The New Library of Psychoanalysis.
11. HEIMANN, P. (1959-60). Countertransference. In: *Collected Papers: About children and children no longer*. London : The New Library of Psychoanalysis.

92 *Countertransference: our difficulties in the treatment of substance abuse*

12. HOFFER, W., (1949). *Deceiving the deceiver*. In: Eissler, KR (ed) *Searchlights on Delinquency* 150-5. New York : Universities Press.
13. LAPLANCHE, J., and PONTALIS, J.-B., (1973). *The Language of Psychoanalysis*. London : Hogarth Press.
14. LITTLE, M., (1951). Counter-transference and the patient's response to it. In: Little M (1981) *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York : Jason Aronson.
15. MANNHEIM, J., (1955). *Notes on a case of drug addiction*. *International Journal of Psychoanalysis* **36**: 66-73.
16. RODRÍGUEZ DE LA SIERRA, L. (1995). *Of sentiments and sensations*, *British Journal of Psychotherapy* **12** (2).
17. ROSENFELD, H. (1960). On drug addiction. In: *Psychotic States: A Psychoanalytic Approach*. London : Hogarth Press.
18. RYCROFT, C., (1968). *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. London : Penguin Books.
19. SANDLER, J., (1976). *Countertransference and role responsiveness*. *International Review of Psychoanalysis* **3**: 43-47.
20. YORKE, C., (1970). *A critical review of some psychoanalytic literature on drug addiction*. *British Journal of Medical Psychology*: **43**: 151-184.

THE REGRESSIVE POTENTIAL OF COUNTERTRANSFERENCE

Monica Balaşa¹⁴

Abstract

The notion of countertransference has known a troubled history within the bound of psychoanalysis and was borrowed, more or less successfully and more or less adequately, by multiple psychotherapeutic currents, some placed entirely outside the spectrum of psychoanalysis. The author will try to approach countertransference from a psychoanalytical perspective, more specifically the way countertransference and regression (both of the patient and analyst) manifest themselves, as well as the adjustments necessary between the two, considering that without a good capacity for regression the analyst may miss the "unconscious to unconscious" meeting point - that, on the one hand; on the other, a regression too emphasized or too long of the analyst may jeopardise the treatment, by activating the unconscious defence mechanisms, both in the therapist and the patient, leading to the consolidation of resistance. This specific manifestation and adjustment make the

Résumé

La notion de contre-transfert a connu une histoire troublée dans les frontières de la psychanalyse, et elle a été empruntée, dans une manière plus ou moins satisfaisante ou adéquate, par multiple courants psychothérapeutiques, les uns étant complètement placés au-delà du spectre de la psychanalyse. L'auteur va essayer une approche psychanalytique du contre-transfert, spécifiquement la manière dans laquelle se manifeste le contre-transfert et la régression (du patient et de l'analyste à la fois), aussi bien que les aménagement nécessaires entre les deux, étant considéré que sans une bonne capacité de régression, l'analyste puisse perdre le point de la rencontre «inconscient – inconscient» - d'une part; d'autre part, une régression trop accentuée/prolongée par l'analyste puisse affecté le traitement, par l'activation des mécanismes inconscients de défense chez le thérapeute et le patient aussi, conduisant à la consolidation de la résistance. Cette manifestation et cet

¹⁴ Romanian Society of Psychoanalysis; monica.balasa@monsmedius.ro.

profession of psychoanalyst "an impossible profession" (Freud, Green), considering that self-analysis is one of the (incomplete and insufficient) solutions at the therapist's disposal.

Key words: countertransference, regression, capacity for regression, regressive functioning in countertransference, self-analysis.

aménagement spécifiques font que la profession de psychanalyste soit une «profession impossible» (Freud, Green), l'auto-analyse étant une des solutions (incomplète et insuffisante) du thérapeute.

Mots-clés: contre-transfert, régression, capacité de régression, fonction régressive dans le contre-transfert, auto-analyse.

Considerations about countertransference.

Countertransference and regression (capacity for regression, regressive functioning).

Countertransference, self-analysis, interpretation.

Countertransference has become a notion vital to our identity as psychoanalysts. Due to the fact that the notion has been borrowed by various schools of psychotherapy, some situated far from the psychoanalytical spectrum, defining and understanding the notion from a psychoanalytical point of view is all the more valuable.

"I'm wondering if you countertransferred on me", I was told by a patient after years of therapy, triumphantly declaring every so often that "I didn't transfer anything to you", signalling and signalling to herself precisely the fact that a transfer had indeed taken place, despite her extreme caution in entering the analysis, many years ago, after a string of experiences of abandonment, including by therapists preceding the current treatment and despite exposure as a baby to a massive pathological projective identification by her mother.

A patient with 3 sessions scheduled every week, face to face, is given an interpretation beginning with "your therapist" instead of "your mother". The patient intervenes, in a voice barely hiding how much she was waiting for a "mistaken" intervention that gives way to an unconscious thought that was thus shared with her: "Ah! I knew it! It's counter transference!"

A patient outrightly states in one of the first meetings: "I hope that you're a good therapist and don't allow countertransference and leave a mess of me". When asked to clarify the meaning of "a mess" the answer is vague: "I've seen people end up "a mess" after therapy".

A woman whose son spends a lot of time in a competitive sports environment tells the following: "I took him to a sports psychologist and he told me that she taught him something she wasn't supposed to, but... *She taught him countertransference!*" After the surprised and inquisitive reaction these received, she quickly added: "It's best that the other suffer, rather than my son."

Here is the extent to which and the manner in which the notion revolves around psychoanalytical circles and not only, polarizing the fears of patients regarding what will happen in a psychotherapist's office or a psychoanalyst's practice.

As I will try to show you, and I will return to this later, the psychoanalyst must manage countertransference through his work, including the "fear" of countertransference, a dilemma that, if it remains unconscious, unapproached or unsolved, risks halting the treatment, deviating the process or turning it into something that's not psychoanalysis any more.

The case of Lacan is famous, no doubt, summarily dismissing the notion of countertransference ("countertransference does not exist") and whose theory about transference (the denial of its pulsional and regressive dimensions) seems to be born out of countertransference to patients in general and to the psychoanalytical theory in particular.

There is a true chasm opening up between countertransference as "ethical and technical mistake", coming from and originating in the wake of Lacan and countertransference as a central element of traditional psychoanalytical practice, associated with transfer and the analysis thereof.

Conversely, I would remind you of Sacha Nacht's statement that "it matters not what the therapist says or does", all that matters is "what he or she is".

I am convinced that many of the papers presented these days will refer to the history of the notion of countertransference, and I believe it is fair to say it is one of the most interesting and captivating routes taken by a psychoanalytical notion.

I will only draw attention to a few moments that I consider relevant to the topic to be discussed in this paper and which refer to the connection between countertransference and regression.

It is inevitable that I should refer to the inaugural moment, the year 1910, when Freud mentions the notion of countertransference in "The Future Chances of Psychoanalytic Therapy" and when **the idea of countertransference in its unconscious dimension** is presented for the first time. The development of the idea took half a century to arrive to the developments we know today.

In "Rives et dérives de contre-transfert", Paul Denis [3] amply quotes Ida Macalpine, who, in 1950, explicitly referred to the regressive motions in the analytical relationship and the regressive aspects of transference. Moreover, she notices that the psychoanalytical framework itself is of such nature as to induce regression, and shows that the regression of the patient "invites" regression from the psychoanalyst.

Paula Heimann is the one who will refer to countertransference as to an instrument indispensable to the investigation of the patient's unconscious mind, opening together with Winnicott the way to a *complete* study of the analytical situation, taking into account the emotional response of the analyst to the emotional content of the patient.

Winnicott wrote *very openly* about regression, without defining it, considering it to be somehow self-evident. He uses concepts such as

"regression", "regressive motion", "pathology of a regressive nature" ea. in a very intuitive fashion that fits very well with the notion of regression.

According to the writings of Freud [8, 9], more technical and drier on the topic, it can be inferred that regression appears to be a specific manner for the psychic to function, derived from and similar to the dream, implying *at the same time* the idea of "backward motion" to stations (fixation points) further and further away from ourselves.

Winnicott also speaks of countertransference in relation to hatred. In itself, the title of his 1947 article is revolutionary: ("Hatred in countertransference")[13]. I quote the following phrase: "I propose that the mother hates her baby before the baby can hate his mother, and before knowing whether mother hates him." In terms of countertransference this would somehow preface the oft-quoted hypothesis of Michael Neyraut [12], namely that transference would actually be preceded by countertransference, as if countertransference would contain transference, making it possible.

This is an important hypothesis for the topic we are dealing with in this paper, the asymmetry of the relationship between therapist and patient is best highlighted from the perspective of countertransference, to the extent that the therapist which has undergone a thorough personal analysis and follow the patient on the road the latter indicated. The partisans of the psychoanalyst's "objectivity" may rejoice: "objectivity", as far as psychoanalysts are concerned, is set aside, for a more "modest" purpose: that of the patient expressing their whole "share of the truth".

By his own countertransference the psychoanalyst specifically offers the patients unconscious mind *a psychic space and time* to express itself. This "offer" is *psychoanalytical* so long as the therapist keeps the gates to their own unconscious mind open. This opening is not fixed, static, stable, given or self-evident. The mind of the psychoanalyst must work to be in contact with its own unconscious mind. This is part of what Louise de Urtubey [4] calls in her ample monograph on interpretation the "labour of countertransference". I propose the hypothesis that the possibility of this "opening" is intimately connected to the capacity for regression.

In absence of this opening (towards their own unconscious mind) the relationship between analyst and patient loses its psychoanalytic specificity, which can be the case at times or even stages of a course of therapy, or may even be the rule in many therapies that may or may not declare themselves psychoanalytical.

The regressive capacity in countertransference allow *the journey to* and *access to* the therapist's own psychic territories, which are put to the disposal of the patient when the psychoanalytic couple experiments with fusion, symbiosis, chaos, primitive feelings, archaic fears, anguish, vacuum (or "that which is missing" - whether it is defined as "lost object", "irrepresentable" "empty" or is defined by the term "castration").

The working psychoanalyst possesses a regressive capacity derived from dreaming and it is analogous to "the hallucinatory representation of desire" (G. Pragier). I believe it is this regressive capacity that Winnicott, and, indirectly, Bion [2] is referring to when writing about the metabolisation of beta elements and turning them into alpha elements.

Moreover, the analyst's mind allow the coexistence of a regressive capacity ("thinking" as in a dream) and the possibility of structured functioning, to allow the act of thinking and interpreting that allows on top of that, the support function ensured by a correct and opportune testing of reality (if the patient feels that the psychoanalyst has a good grasp on the testing of reality, he or she will more easily allow themselves to be immersed in their own psychic reality). Thus, regressive capacity and structured thinking: a cleavage and not quite, as cleaved theories don't want to know about each other.

The therapeutic effect in psychoanalysis derives from this ineffable and indescribable exchange between the unconscious territories of the psychoanalyst-patient couple, to the extent that this exchange can be deciphered and decoded in the form of an interpretation. Louise de Urtubey whom I have quoted above brilliantly shows that the source for the psychoanalyst's interpretations can be found in his or her countertransference.

It may be observed that the regressive potential of countertransference is reached through a cumulated effect:

- on the one hand, through the regression corresponding to each course of therapy and each individual patient (regression by the patient);
- on the other hand, from the countertransference of the psychoanalyst towards his profession, the theories he adheres to, the psychoanalytical framework, his ideal of humanity (the list could go on) and not least, his own unconscious mind.

I would like to give a special mention to the psychoanalytical framework. The psychoanalytical framework is a border territory in which resistances that "don't fit" in the framework are at play, and I will only list psychotic elements or anguishes born out of very deep regressions, which may be the case when we are dealing with a succession of previous courses of therapy, or a course of therapy interrupted prematurely.

The mentions of countertransference cited in the beginning of the paper seem to refer to the reactive aspect of countertransference, to be "punitive", dangerous, intrusive, destructive potential. Without denying that in a therapeutic relationship there may be moments or stages when things go wrong, when the therapist can't understand, or "speaks" about himself *ea.*, I wish to show that, to a good extent, what I have cited refers to the projections of those entering a therapeutic relationship.

It's about what they fear the patient will do to the therapist, the projection of an anguish that comes together with the latent request addressed to the therapist to resist these "attacks", aggressions, disorganisations and so forth. Without a "labour of countertransference", without understanding what comes from the patient towards the analyst and the other way around, this request will remain unanswered.

For this understanding to be possible a few conditions are necessary, such as: a good psychic identity of the psychoanalyst; the ability to suspend their psychic identity, to the uncertain and even dangerous line between the self and the non-self, which comes back, among others, to having experienced, in their personal analysis, their own regression and moving past it, as well as exploring their own psychotic areas. Moreover, the psychoanalyst must be ready to keep contact with the obscure and suffering parts of himself or herself, and, even more so, to possess a certain

psychic resilience that allows him to withstand the continuous assault by the projective identifications of patients, many of them "toxic and violent" (Antonino Ferro) - or beta elements, in Bion's language, to metabolise them and thus transform them in the elements preceding finding a direction.

Another condition is to physically have come to "dream of their patients" - the words of André Green [10] refer to the metaphorical sense, although it is no less true that countertransferential dreams (in the true sense of the word) are some of the most precious gifts the unconscious mind may bestow upon the psychoanalyst, as dreams, as it is known, always reveal more.

Countertransferential dreams are unquestionably doubly valuable: they position the psychoanalyst relative to his own unconscious mind, in relation to what is at play in the psychoanalytic couple. Moreover, his countertransferential dreams contribute to the mental health of the psychoanalyst as they have the capacity "to integrate and to repair the mind of the psychoanalyst" (A. Ferro) [7].

Further condition is to offer the patient a place in their mind together with the availability to allow themselves to be transformed by the psychoanalytical experience, with the specifics of each course of therapy.

I will use a phrase written by Giuseppe de Chiara to introduce the theme of self-analysis of the unconscious countertransference:

"Countertransference becomes an operation significant to analysis only from the moment when the therapist is, above all, capable of sufficient and continuous psychoanalytic transformation, in order to be capable of adequate self-analysis".

The reference points the psychoanalyst may use to self-analyse unconscious counter transference are not very numerous:

- the internalised function of their former psychoanalysts/supervisors (in the role of the psychoanalytical third party);
- the above-mentioned countertransferential dreams;
- the patient's own communications on their psychoanalyst, present in either their latent or manifest speech.

Without the necessary discipline to practice adequate self-analysis, the patient will find it harder to arrive to the internalisation of their own

capacity for ulterior self-analysis. The patient experiences the ebb and flow of the psychoanalytical relationship, the moments when he is understood, or isn't, and the fact that he sometimes is understood only after a silent, often tenacious effort, is most certainly not only perceived but also taken over, most often unconsciously.

I now return to the question I am proposing, namely the connection between countertransference and regression and the means through which the therapist may recognise and manage their own regression.

I believe it is appropriate to mention that whenever serious personality pathologies are in question, the regressive processes are implied, as if the connection between these and the primitive, archaic formations of psychic life is self-evident. Pierre Fédida [5] suggests that we are actually dealing with a shift of the discussion from the regressive processes to the serious pathologies it implies, obscuring the problem of the way the analyst comes to relate to regression in his current practice.

Most likely recognising regressive moments is similar to the ability to self-analyse countertransferential dreams, sometimes possible only retrospectively.

Either way, in case the regressive capacity of the psychoanalyst is cleaved in the ordinary sense of the word, countertransference may become regressive. "Detoxification", the mental hygiene of the psychoanalyst is compromised, tainted. We now get to what I have called *regressive functioning in countertransference*, which implies that the regression of the psychoanalyst invites the regression of the patient and of the psychoanalyst yet again after that, in a boomerang-type mechanism.

In his *Clinical Journal*, Ferenczi [6] highlights (before its time) the considerable importance of countertransference in the face of so-called "tough" patients (serious neurotic and non-neurotic structures), becoming the "precursor of modern psychoanalysis" (Green). At the same time, he writes down for us the experiment in which he awards equivalent times to the patient's analysis and his own analysis, showing how a true alienation of the psychoanalyst - patient relationship can be reached. I believe that we

are dealing with a famous example of regressive functioning in countertransference.

I propose the hypothesis that regressive functioning in countertransference is a mechanism of defence from:

- death pulsions (the fantasy of immorality attached to the profession of psychoanalyst) and affiliated destructive pulsions;

- sadism;

- unconscious hatred;

- perversion;

- the castration anguish or its equivalent, the vacuum anguish ("that which is missing")

Regressive functioning in countertransference may bring with it:

- failing reality checks and the inability to adequately integrate the current problems of the patient;

- preferring interpretations of the rationalization type to those that produce insights;

- avoiding the interpretation of transference, especially when circumscribed to a seductive countertransference, resulting in acting out outside of the analysis;

- symbiotic, symbiotic functioning of the psychoanalytical couple;

- halting the treatment by mobilising unconscious defence mechanisms to the quasi-continuous regressive motion;

- relying on the patient (who is drawn into becoming the psychoanalyst's psychoanalyst) - Ferenczi;

- somatisation;

- obscuring of the narcissistic part of transference or, conversely, considering the whole transference as narcissistic.

I will end with an anecdote reproduced after Paul Denis:

"A man falls off the edge of a cliff and is about to fall into a chasm, hanging by a grassy bush, suspended above the void opening up below him. He begins to pray:

- Can anybody help me?

The voice of God answers him:

- I am God and I can help you!
- Praises to you, Lord!
- God continues:
- Do you have complete faith in me?
- Absolutely!
- Then I will help you, but for that you will have to let go of the bush.
- Can anybody else help me?"

The psychoanalyst must know how to make safety nets. Safety nets to be able to catch the freefalling patient, but that can also catch him or herself in the dramatic and sublime situations when he throws himself after his patient.

REFERENCES

1. ABENSOUR, L. (2008). *La tentation psychotique*, PUF, „Petite bibliothèque de psychanalyse”.
2. BION, W. R. (1982). *Transformations*, Passage de l'apprentissage à la croissance, PUF, Paris.
3. DENIS, P. (2010). *Rives et dérives du contre-transfert*, PUF, Paris.
4. De URTUBEY, L. (1999). *Interpretation*, tomes I et II, PUF, Paris, sous la direction de ANDRE, J. et THOMPSON, C., (2002). *Transfert et états limites*, PUF, coll. "Petite bibliothèque de psychanalyse", Paris.
5. FEDIDA, P. (2001). *Par où commence le corps humain*, PUF, „Petite bibliothèque de psychanalyse", Paris.
6. FERENCZI, S. (2005). *Jurnal clinic*, EFG, Bucureşti.
7. FERRO, A. (2011). *Psihanaliza şi copilul*, EFG, Bucureşti.
8. FREUD, S. (2004). Şansele viitoare ale terapiei psihanalitice (1910), in *Opere esenţiale*, vol.11, Editura Trei, Bucureşti.
9. FREUD, S. (2003). *Interpretarea viselor*, Editura Trei, Bucureşti.
10. GREEN, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, PUF, Paris.
11. GREEN, A. Démembrement du contre-transfert, travail présenté au colloque franco-italien de Palerme, 22-23 novembre 1997.

12. NEYRAUT, M. (2008). *Le transfert*, P.U.F., Paris.
13. WINNICOTT, D. W. (2004). *Procesele de maturizare*, Opere 4, Editura Trei, București.

THE FIRST INTERVIEW AND COUNTERTRANSFERENCE

*Gianina Micu*¹⁵

„[...]

Past and future, ever blending
Are the twin sides of same page:
New start will begin with ending
When you know to learn from age”

(Mihai Eminescu - *Glossa*)

Abstract

It is a certified fact that the therapeutic meeting psychoanalyst-patient during the preliminary interview engages the protagonists in an explicitly convergent intercession, an agreement in the conscious register for a joint effort that aims to cure suffering and ameliorate self-knowledge. This facet of the relation defines the therapeutic alliance. However, what happens in parallel, in the subsurface of the meeting implies, likewise from the beginning, the more cryptic register of the unconscious, subtly looms in both the patient's precocious transference

Résumé

C'est déjà une évidence le fait que la rencontre thérapeutique psychanalyste – patient, pendant les premiers entretiens, engage les deux protagonistes dans une interaction convergente explicite, dans un pacte sur le registre conscient de faire un effort commun pour soigner la souffrance et pour améliorer la connaissance de soi-même. Ce visage de la relation définit l'alliance thérapeutique. Mais, en même temps, ce qui se passe dans la profondeur de la rencontre, depuis le début, c'est le plus codifié registre de l'inconscient, qui se déploie subtilement, à la fois, dans les

¹⁵ Romanian Society of Psychoanalysis; dr_geanina@yahoo.com.

movements and in the therapist's countertransference response. The paper, centered mainly on the latter aspect, sets to give a possible answer to such inquiries as how much, in what way and if they could be traced so early in the cure, and especially, to what extent are or could be considered (in) the key of the future analysis.

Key words: the first interview, countertransference, therapeutic alliance, transference, analytical relation, emotional "storm".

mouvements transférentiels précoces du patient et dans la réponse contre-transférentielle de l'analyste. Le travail, centré surtout sur ce dernier aspect, se propose à donner des réponses possibles aux questions comme par exemple: combien, comment et si les deux protagonistes pourraient-ils s'engager tellement tôt dans la cure et, surtout, jusqu'à quelle limite les réponses resteront-ils la clé (dans) la future analyse.

Mots-clés: premier entretien, contre-transfert, alliance thérapeutique, transfert, relation analytique, «tempête» émotionnelle.

In his article from 1992, "Comments on the Transference and Countertransference in the initial Analytic Meeting", Ogden begins the argument of his own perspective regarding the existence – ever since the starting point – of some unconscious movements in (and between) the therapist's and the patient's psychic starting from the statement according to which „there is no difference between the analytic process in the first meeting and the analytic process in any other analytic meeting” and goes on by saying that „the analyst in the initial meeting is no more or less an analyst, the analysand is no more or less an analysand, the analysis is no more or less an analysis than in any other meeting”¹⁶. Far be it from me to question the opinion of one of past years most remarkable psychoanalysts, I venture the start of my enouncement regarding the first meeting in therapy by tinting Ogden's statement. Probably, from a technical point of view for example, the difference between the first meeting and the ones that follow

¹⁶ “[...] there is no difference between the analytic process in the first meeting and the analytic process in any other analytic meeting: the analyst in the initial meeting is no more or less an analyst, the analysand is no more or less analysand, the analysis is no more or less an analysis than in any other meeting”. (Ogden, Th., *Psychoanalytic Inquiry*, (1992)12: 225-247.

in analysis is not a notable one; or, at least it is not a significant one. Maybe not even from an essential point of view, as in terms of the content of the process, the psychic structure of each protagonist, there is no difference between the first meeting and any other meeting. Howbeit I'd tint the idea Ogden [10] laid out. And this mainly regarding the interaction established between the two. Certainly, from my point of view, the first meeting in the therapeutic context is not the same with future ones, and the one that is not the same in the first meeting as the ones that are to follow in any of the other meetings between the actors of the analytic scene is the relation between them. The starting point begins between two strangers, which will never happen afterwards, in a real and full way. The first meeting means, among others, the encounter of two different minds, with a different content and functioning ways not mutually shared initially.

So if we accept this tinting that brings separately at the forefront of argumentation not only the physical functioning of each one - each one being, at least potentially, able to assume one role or another, in different contexts - but what is new, particular and unrepeatable, the common psychic space, the new world, shared among and by the two, the light in which this first meeting can be discussed would capture a specific atmosphere, special, somehow similar, otherwise different from all the other meetings.

So let us speak, therefore, about the relationship. That is about, to a large extent, what is sounded out, what is negotiated and what is set in the first session. And this in both the conscious register, rationally agreed, explained, of a necessary *alliance* for the settlement of a spiritual problem that the patient brings into discussion as reason for the therapy required, and the register of affective exchange, let's call them *transferential-countertransferential*, with all that they involve, a landing especially decipherable in "après-coup", the place where in the greatest extent, I think, the decision to start therapy is made and the path for the future analytic approach is chosen, once the starting point is decided.

If, in respect to the patient's unconscious desire to stake the transferential valences from the first moment of interaction with his therapist, a majority of *pro* opinions has already been written and admitted, the problem of the unconscious response, countertransferential, with which

the therapist "vibrates" "resonates", "enters the same wavelength" with that of the psychic world brought by the patient - from the very beginning - a controversial and awkward subject, turned over night, in a true Cinderella of the psychoanalytic theory and practice, gaining increasing interest, and finally becoming, in terms of contemporary psychoanalysis, one of the its major topics: from something regarded as insignificant or even undesirable (as in Freud's first comments on the topic) countertransference is now thought of as a key in the analytical process, a real pivot in the guiding axis that shows the way out of the neurotic symbolism maze. Seen today as a fine reception apparatus of explicit messages and, especially of those, default, non-verbal through which the patient presents the internal world, the countertransference now designates, how the analyst comes to be curious, at first, then impressed, sometimes disturbed by the contents of another subjective world, different from his own, being able to provide, through this, an important source of information regarding the patient and a starting point in discerning meanings otherwise (too) encrypted. As though, even if at the level of the pre-conscious and conscious everyone has their own language through which we send messages, at the unconscious level there is a common language that would facilitate further understanding of what seemed different and specific. Given these considerations, the concern for the interaction at the unconscious level (often even not displayed) that could take place or takes place in the first meeting between psychoanalyst and future analysand seems to have a core, especially because the first meeting is the least "contaminated" by the subjectivity subsequent to the relationship. The first meeting, in my opinion, brings along the premises of a decisively clear content – which can be a good indication for the future process, subjected to a certain extent to distortion, unconscious bilateral dodges and delay in revealing what, to a larger extent, is exposed from the beginning. Except that in a way *that* can be heard, shared, understood only later, in the common language acquired in the analytical relationship.

A few things about countertransference

So, trying a very summarized entry of the notion, I shall begin by saying that countertransference has entered the psychoanalytic thinking range somehow through the back door, being initially seen as an obstacle in the healing process, an obstacle introduced by the psychoanalyst.

In the four pages, gathered from all his vast work, in which Freud introduces the term of countertransference and makes comments with regard to it, the topic initially has a narrow sense, being mentioned as „the analyst’s neurotic transfer to his patient”, (Freud, 1915), Freud assigning it an iatrogenic, artefactual effect which made the father of psychoanalysis ask full caution in his manifestation by the analyst’s self-control and abstinence. However, with all its initial holdback on the inclusion of countertransference as real and useful element of the analytical process, ever since 1915, Freud opens the gates of research in this direction, when he says that “It is a very remarkable thing that the Unconscious of one human being can react upon that of another, without passing through the Conscious.” (Freud, 1915, p. 194), which he immediately comments afterwards as deserving a „more thorough investigation” (ibid). Further research, specifically those of the psychoanalysts who support the object relation theory, starting with M. Klein, D. Winnicott, P. Heimann, M. Little, Reich, Gitelson et al., have expanded in time the concept of countertransference beyond neurotic aspects of the analyst, today including the psychoanalyst’s emotional responses to the patient’s presence being included under its broad spectrum, as a whole, becoming an increasingly important part in the psychoanalytical technique. Although each esteemed theoretician of post-freudian psychoanalytical technique and practice contributed in one way or another to a greater significance given to the matter in question, the crucial work that marked the change in the approach perspective on countertransference and its valorization in the healing process being that of Paula Heimann, in 1950, in which it is mentioned for the first time as „main psychoanalytical instrument” (Heimann, 1950)¹⁷ [8], an instrument, I would say, equally valid during the

¹⁷ Heimann, P., 1950, On counter-transference. *Int. J.Psychanal.* 31:81-84.

analysis as well as at the start of it. However, if for the Kleinians, the countertransference still holds a tint of pathology, although it is distinguished as a potential source of valuable information about the very nature of this pathology, it brings forward the existence of a living space between the analyst and the patient, and for the intersubjectivists, the countertransference seems to reveal new perspectives in clinical understanding, the psychic space which appeared in the therapeutic relationship, being considered a „new place”, distinct from the other’s, viable between patient and therapist, a place of reflection and creation of a shared world (R.D. Hinshelwood, 1999)¹⁸ [7].

The expansion of the countertransference notion to including all the emotional movements of the analyst involved in a therapeutic relationship with his patient incorporates in a generous (but also complicated way) a very wide range of concepts (from a theoretical point of view) and also affects (from the point of view of the clinic experienced) - whose discernment and recognition can be considered a *sine qua non* condition for a successful cure. Thus, to what extent are countertransferential movements *projective identifications* of the analyst (some analysts like Weiss, Sandler ea. considered projective identification a significant element of countertransference), and in what distinctive way are they sympathy and empathy feelings of the therapist’s towards his patient’s feelings (McDougall, Kohut) and, most important, I would emphasize, to what extent are they *transferential in interferences from the analyst* towards that analysand (as sometimes Kleinian psychoanalysts consider them and seldom actually are) – these are all aspects which, starting from the acceptance of them being unavoidable, outline the difficulty of the work the analyst has to perform in understanding the patient, by first understanding himself with respect to him.

¹⁸ R. D. Hinshelwood, Countertransference, Int. J. Psychoanal., 1999, 80, 797.

About the first interview – from the psychoanalytical point of view of the transference – countertransference relationship

In the 2010 scientific report on the results obtained from a systematic study, which started in 2005, conducted by a team of the European Psychoanalytical Federation (EPF), a study that featured the first psychoanalytical interviews¹⁹, the following observation is recorded, as specific to the nature of interaction at the beginning of the therapy: „Our impression is that the unconscious psychodynamics (*in the first interview – my addition*) can be so strong and „blind” that it is difficult for the mind to comprise and easily experience, go through and develop the multiple stages of process” (id., p.70)²⁰ [4].

Therefore: is the first therapeutic meeting any different from the others that follow? Can we speak of a countertransferential response so early in an analysis? If the answer is positive, can it be somehow detected by this countertransference? In what way does this influence the subsequent course of the analysis? And: is there such a preoccupation justified for the 45 minutes of a meeting which will potentially last months/years and will bring in time more clinical material than one session could comprise, no matter how concentrated its content is?

In the psychoanalysis technique recommendations that Freud makes in 1913, right from the start of the part regarding „On beginning the treatment” the importance which he saw in the the beginning of the psychoanalytic treatment which he presents in analogy to the chess game is highlighted by commenting: „[...] only the openings and the end-games admit of an exhaustive systematic presentation and that the infinite variety of moves which develop after the opening defy any such description”²¹ [5]. Compared to the purpose – mainly diagnosis – of the conventional

¹⁹ EPF workshops on Initiating Psychoanalysis, The Specific Dynamics of Initial Interviews: Switching the Level, or Opening up a Meaning Space? EPF Bulletin 64, 2010, Supplement, pp.57-80

²⁰ Id. „Our impression is that unconscious dynamics can be so powerful and „blinding” that they are difficult for the mind to apprehend and easier to experience, perceive and elaborate in multiple stages of processing”.

²¹ Freud, S. (1913), *On the Technique of Psychoanalysis*, Publishing House Trei, Bucharest, 2010, p.129.

anamnestic interview of a treatment preamble – as it was approached previous to the psychoanalysis and continues to be addressed today in allopathic medical practice – the psychoanalysis sets forth a new dimension, the relational one, in which the implicit communication assigns only a much more modest, secondary role to the psychopathological diagnosis. The reception of the unconscious voice is sensitized, with an emphasis on *understanding* the phenomenon, rather than classifying it. The knowledge regarding the way one relates, empathy and especially transference and countertransference has made the scholastic, rigid, schematic way in which the first meeting was held between therapist and patient become inappropriate and obsolete.

After Freud, it was Glover who first discussed in 1928 the specifics of the first psychoanalytical interview in relation to the therapy sessions, in his monography on psychoanalytic technique by making a distinction between the psychoanalytical consultation (interview) and those he appointed as ordinary, i.e. the anamnestic interview. The ideal attitude is described as one in which the patient was given the opportunity to say what he meant. In turn, around the 50s, Stekel said that „during the first interview, it is important for the therapist to decelerate the patient’s motivation for treatment demand”, and the therapist should be „a listener” throughout the first interview and be aware of the fact that the precocious interpretations might excessively increase the patient’s anxiety. It is among the first time the conveyed *affects* are brought to discussion during the first meeting in the psychoanalytical office.

In „The Initial Interview in Psychiatric Practice”, published in 1954 under the guidance of M.Gill, R. Newman si F. Redlich [6], in the preamble of the first three interview analyzed in the book, they review the evolution of the clinical practice taking into consideration the first meeting, a meeting for therapy demand. They mention the huge contribution that Dr. K. Menninger’s „Manual for psychiatric case study”²² brought by putting forward the preliminary interview in terms of doctor-patient *relationship*. The fear of psychic patient is again questioned, being commented as greater than that of a patient with a suffering in the somatic sphere, which

²² Manual for Psychiatric Case Study, 1952, p.34.

determines Menninger, by summarizing his paper, to even recommend a „reducing the patient’s anxiety in order to facilitate the establishment of an interpersonal relationship”²³.

In his book from 1954, Gill notes in the chapter „Contribution to the initial interview” that „the psychoanalytic thinking had a great influence not only the psychiatric theory and practice but also, in a direct way, on the interview practice [...]”²⁴ [6].

Similarly, a series of other papers by more or less prestigious authors have consistently developed the importance of the first interview in therapeutic practice by shifting more and more the emphasis, according to the theories of that time, from diagnosis to interpersonal relationship between therapist and patient, as well as from the information exchange to the affect exchange between the two.

Ever since 1979, Bion [3] highlighted by the very plastic and suggestive expression of „emotional storm” triggered by the meeting of two persons, the exceptional emotional intensity to which the analyst and patient are exposed especially in the beginning, when the difference in potential between individuals hitherto unknown reaches climax proportions. Hence the idea – often conveyed in practice – that at the beginning, in the first session, in the first words, in the first topic covered, the patient expresses the *quintessence* of the things that are to be deciphered and further understood, in hours and tens of hours of analysis.

Subsequently, the psychoanalytic literature records the contribution of other authors on the unconscious relational dynamics during the first interview: Dantlgraber - in 1982, Ogden – ten years after, in 1992, Rothstein - in 1994 and 2002, Quinodoz- in 2001, Caligor – more recently, in 2009 etc.

Now regarded not only as a (first) interview, but as process of psychoanalysis, the first meeting between analyst and analysand aims at evaluating the interaction between the two, by proposing if we were to stick to the terms of clarifying a diagnosis, a relational diagnosis and not one of pathology brought to the office.

Ascertaining from the clinical practice of countries with tradition in exercising psychoanalysis that the number of patients to undergo a

²³ Id., p.35.

psychoanalytic process for solving animating problems is decreasing – detrimental to other therapies – psychoanalysts within the European Psychoanalysis Federation, based on the idea that the way in which the patient can gain a real sense on what psychoanalysis means and on what he can obtain by means of such a therapy, have concluded that one of the fundamental moments in the decision to join an analysis is the first meeting.

Bringing our discussion on the first interview at the present moment, I can say that my own clinical observations strongly reinforced by the findings and comments of the EPF work group (EPF workshops on Initiating Psychoanalysis, 2005-present) I entitle myself to acknowledge the existence of a parallel process between patient and therapist, present ever since the first meeting: an explicit conscious one and implicit unconscious one. Regarding this latter one, the results of the EPF group record in the third stage of the report drawn up after recording, transcribing, and studying dozens of initial interviews, an unconscious dynamics which they commented as much stronger than we expected²⁵. To Bion's expression later taken over by Reith in 2010 („emotional storm”), they prefer that of „unconscious storm” in an attempt to avoid confusion with affective manifestations mentioned in clinical semiology. The dynamics of the patient's transference manifestations can be so intense that they may occur (and they often do) with maximum intensity just before the actual meeting, along with scheduling the meeting, the meeting's phone or/and its awaiting. And, although the analyst's experience might imply an anticipation of the true „storm” of feelings, the novelty of the situation and the inherent ingenuity, as of a beginner able to let himself be „surprised” (Ogden, T.H., 1992)[10] by a new course, by contents he only later denominates, all of them creating the context of the similar intensity countertransference response, and the transference-countertransference dynamics may be so intense that both protagonists can be strongly affected and even troubled by the event.

Focusing the psychoanalytic process and understanding from a person (whether patient or analyst) to a bipersonal procedural psychology now makes possible the understanding of the existence ever since the first therapeutic

²⁴ Id., p.37.

²⁵ EPF workshops on Initiating Psychoanalysis, EPF Bulletin 64, Supplement, p.70.

meeting, of an interaction between two persons, the transference-countertransference matrix gaining central importance from the beginning.

Comments

In my opinion, the first meeting is the most conventional, most formal of all the future meetings and paradoxically, thereby through these attributes the one that offers the best analyzable content. The psychic intimacy that the subsequent psychoanalytic process implies is not yet built. The patient presents himself somewhat impersonal, the relationship being personalized later in time. I believe that „the transference” awaits its complementing and implicitly the acceptance in the therapist’s unconscious response (Bion’s „role sensitivity”), which he detects fastidiously and without intermediation, facilitating either in terms of repetition – by means of a passive role-play, either in terms of healing – by recognizing and actively playing a role demanded by the patient, now modulated, yet creative, because of the novelty of the relationship. In other words, the transference scenario of the patient’s beliefs becomes possible, and comes to life, to the extent to which it finds an another’s receiver, namely that of the psychoanalyst. On the other hand, just as in order to come to life, the patient’s transference needs the other’s receptive psyche, we may speak of „countertransference” insofar as there are correspondences, confirmations from the patient. A decantation is thus produced between the way in which the patient speaks, by freely associating what the psychoanalyst feels in the relationship and the atmosphere jointly created in the session.

We can conclude that each of the two actors of the first meeting has an importance in what takes place in the hour, as well as in what will further happen. We can also state, as it is widely accepted today, that each analyst is unique, just as every patient is unique and in extension, the meeting between the two is unique. Even just as an observer, in the classical and theoretical position of „white screen”, the analyst’s presence particularly changes the experience, all the more today, far from being designed as a neutral, detached presence, the analyst himself as participant with his own emotions and his own range of perception skills and response to the patient’s presence.

If the anxiety of the patient, unsure whether he will be understood, vulnerable to revealing his intimacy and spiritual issues in front of a stranger, is sometimes at the edge of *tolerableness*, awaiting to be comforted and reassured, the analyst doesn't overcome this period without stage fright or anxieties: the one sitting in front of him is a new person, with new issues, bringing perspective to a new process (new data, new emotions), all of them meaning, in the first moment, a way of dealing with new aspects of his own psyche, and last but not least, with his own ignorance. In other words, as Mette Mohler mentions in his recent paper on the analyst's anxieties in the first interview, „the meeting between two strangers is dramatic for both of them”²⁶.

As a conclusion, I hope that debating the transference - countertransference dynamics, which makes possible the subsequent verbalization and interpretation of unconscious psychic contents, found its place in the psychoanalytic working atmosphere of the first interview, the enigmatic force that expresses the unconscious interaction of the two protagonists, most commonly bringing forth a part of the psychoanalytical process in order to find and retrieve a reflection and mentalizing space able to designate what the beginning had already made known.

REFERENCES

1. AISENSTEIN, M. (2004). A propos du contre-transfert chez Lacan. Quelques questions ouvertes, *Le seminaire, livre X, L'angoisse*, pp.77-90.
2. B.C.P.S.G. (2008). Forms of Relational Meaning: Issues in the Relations Between the Implicit and Reflective-Verbal Domains, *Int. J. Psychoanal*, 18:125-148.
3. BION, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London, Karnac.
4. EPF WORKSHOPS ON INITIATING PSYCHOANALYSIS, (2010). The Specific Dynamycs of Initial Interviews: Switching the Level, or Opening up a Meaning Space? *EPF Bulletin* 64:57-80, Supplement.

²⁶ Moller, M., (2011). The Anxiety of the Analyst in the First Interview.

5. FREUD, S. (1913). *On the Technique of Psychoanalysis*, Publishing House Trei, Bucharest, 2010, pp.113-153.
6. GILL, M., NEWMAN, R., REDLICH, F.C., (1954). *The initial interview in psychiatric practice*, International Universities Press, Inc., New York.
7. HINSHELWOOD, R. D., (1999). Countertransference, *Int. J. Psychoanal.*, **80**:797-809.
8. HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. *Int. J. Psychanal.* **31**:81-84.
9. MOLLER, M. (2011). The Anxiety of the Analyst in the First Interview, The XVI Psychoanalytical European Congress, Copenhagen, 2011.
10. OGDEN, T. H. (1992). Comments on transference and countertransference in the initial analytic meeting. *Psychoanal. Inquiry*, **12**:225-247.
11. QUINODOZ, D. (2001). The psychoanalyst of the future: wise enough to dare to be made at times. *Int. J. Psychoanal.*, **82**: 235-247.

DIMENSIONS CONTRE-TRANSFERENTIELLES DANS LA THÉRAPIE DES CONDUITES ADDICTIVES

Rodica Matei²⁷

Résumé

Le continent somatique représente un territoire inconnu pour la psychanalyse et, pour cette raison, évité. L'expression du patient dans ce registre est souvent ignorée par le thérapeute, même si elle regarde les besoins les plus profondes et structurantes de la personnalité de celui-ci. En tenant compte de la psychogénèse des comportements addictifs, la douleur subjacente aux symptômes corporels trouve son origine dans les plus précoces étapes de développement du psychisme, étapes dans lesquelles les mots n'existaient pas comme moyen d'élaboration psychique. L'anxiété devant le renoncement aux symptômes addictifs ou somatiques est plus intense car la capacité d'élaboration psychique du Moi risque à être débordée face aux mouvements psychiques. Parmi les signifiants qui opèrent dans l'espace psychanalytique, au-delà des représentations de choses et des

Abstract

The somatic continent is an unknown land for psychoanalysis and, for this reason, it is avoided. The patient's expression on this register is frequently ignored by the therapist, even if it refers to the deeper and structuralized levels of his personality. Considering the psychogenesis of the addictive behaviors, the pain subjected of the body symptoms finds his origin into the earliest stages of the psychic development, stages when the words were not yet skills of the psychic elaboration. The anxiety in front of the loss of the addictive or somatic symptoms is more intense because the capacity of psychic elaboration of the Ego risks to be overcome by the psychic movements. Through the signifiers that operate in the analytic space, except thing-representation and word-representation, it is necessary to consider also the affect, the body impression and the act. In the case of an

²⁷ Société Roumaine de Psychanalyse; rodica.matei@rdslink.ro.

représentations de mots, il est nécessaire à inclure l'affect, les états corporels et l'acte. Chez l'addictif, le processus de représentation n'a pas réussi à arriver jusqu'à la représentation de mots. Il utilise donc, des modalités spécifiques de représentation et il essaie à les intégrer dans l'espace analytique. Dans le transfert, l'analyste est mis à l'épreuve de les reconnaître et il doit essayer à aider le patient de les mettre en mots. La solution addictive s'impose dans la mesure où la psyché, dont la capacité de représentation fait défaut, trouve en elle une réponse à ses besoins. Les fonctions corporelles acquièrent une valeur symbolique, les fonctions et les zones érogènes sont investies, pour remplacer la fonction d'élaboration propre au processus de pensée.

Mots-clés: Conduites addictives, pulverisation des affects, fusion symbolique, élaboration, espace corporel, métaphore corporelle.

addictive patient, the representation process didn't succeed in gaining the word-representation. Thus, he's utilizing the specific manners of representation and he tries to integrate them in the analytic space. In the transference, the analyst is challenged to recognize them, and he must try to help the patient to verbalize them. The addictive solution is a necessity of a psyché with the capacity of representations in deficit to the extent it finds in itself a response to his needs. The body functions are attributed a symbolic value, the erogenous functions and zones are invested so as to replace the the function of elaboration belonging to the thinking process.

Key words: addictive behaviors, spread of affect, symbolic fusion, working through, body space, body metaphor.

La psychanalyse représente l'art de guérir la souffrance psychique par les mots. Souvent, la souffrance psychique est tellement profonde qu'elle ne puisse pas monter jusqu'au conscient, mais elle reste enracinée dans la couche la plus profonde de l'inconscient, le corps. Le corps représente notre première et, en même temps, notre dernière frontière. Alors, le sujet ne ressent pas la souffrance psychique, car elle ne monte pas aux frontières du conscient, ou si elle le fait, c'est par le biais du champ somatique, là où les mots n'ont pas suffisamment pouvoir. Également, nos mots n'amènent pas, pour le sujet avec ce type de fonctionnement, un soulagement, mais ils engendrent un mouvement des fantasmes tellement

archaïques qu'ils sont enracinés dans le soma. Les mots semblent passer au delà du sujet, mais, en fait, ils nous répondent avec réactions somatiques ou avec des fantasmes concernant le corps.

Les patients qui manifestent des comportements de type addictif s'expriment souvent par le biais du corps, ou, par ce que j'ai nommé «la métaphore corporelle». Ce type de patient va répondre aux interprétations avec des réactions somatiques au lieu de les élaborer. Ses associations vont regarder leur corps dans sa réalité physique, les rêves et les fantasmes vont regarder le registre corporel.

Dans la relation mère-bébé, le corps représente la seule réalité reconnue par la mère. C'est seulement à travers lui que l'enfant a réussi à se faire entendu par elle. Chaque fois que son corps a parlé, la mère a entendu. Alors le corps est resté pour le sujet addictif le seul espace transitionnel qu'il est arrivé à aménager. S'il y a des lacunes dans le processus de différenciation psyché-soma, dans la cure analytique, la régression pourrait concerner le corps et le besoin de séparation corporelle échoué. Les interdictions précoces qui viennent de l'inconscient de la mère peuvent se référer aux gestes, mouvements, expression d'émotions et marquent le fonctionnement mental du bébé. Il va renoncer à certains aspects de sa personnalité, sentiments, pensées ou zones corporelles.

Pour qu'il soit capable de renoncer à ce type d'investissement du corps, il est nécessaire, dans la cure, de lui offrir un autre espace qu'il puisse investir. Un espace à lui, mais où il ne se sent pas abandonné par l'autre. Un espace où il y a de la place pour deux. Pour le patient somatisant, tant que pour celui qui a un fonctionnement addictif, cet espace sera au début l'espace même de la séance. Cet espace sera vécu par lui comme un corps proprement dit, où chaque élément a un rôle vital dans le fonctionnement de la relation analytique. Mais un espace où les émotions ne savent pas trouver leur place et où leur expression risque de mettre en danger toute la relation analytique.

Même si le corps représente le fondement de notre développement psychique et ses traces sont présentes dans notre entière vie affective, la technique psychanalytique ne l'a pas pris en considération, en se proposant même d'éviter l'interprétation de chaque manifestation corporelle dans la relation thérapeute-patient. Quand même la relevance des réactions

somatiques dans l'espace analytique ne doit être pas négligée, celle-ci étant, en certains cas, la seule modalité dans laquelle le patient puisse s'exprimer, son dernier cri de l'aide.

On pourrait dire que le continent somatique représente un territoire inconnu pour la psychanalyse et, pour cette raison, évité. L'expression du patient dans ce registre est souvent ignorée par le thérapeute, même si elle regarde les besoins les plus profondes et structurantes de la personnalité de celui-ci.

Mijolla et Shentoub par exemple, remarquent l'impossibilité de la rencontre avec l'alcoolique, car le thérapeute n'est que «le vecteur d'une élaboration impossible, épargnée par l'alcoolisation».

Certains auteurs, comme McDougall, regardent ces symptômes comme des tentatives infantiles d'auto-guérison, comme solutions à une douleur mentale insupportable.

Dejours aussi, relève le rôle symbolisant de certaines somatisations, surtout apparues dans le cours du travail analytique. Celles-ci s'inscriraient, selon cet auteur, dans un mouvement de réorganisation et de reprise du processus de mentalisation. Par ces «somatisations symbolisantes», le corps malade ouvrira la voie des conflits psychiques vers la représentation mentale.

En tenant compte de la psychogénèse des comportements addictifs, la douleur subjacente aux symptômes corporels trouve son origine dans les plus précoces étapes de développement du psychisme, étapes dans lesquelles les mots n'existaient pas comme moyen d'élaboration psychique. L'angoisse devant le renoncement aux symptômes addictifs ou somatiques est plus intense car la capacité d'élaboration psychique du Moi risque à être débordée face aux mouvements psychiques. De même comme dans la première enfance, le corps est là pour contenir les tensions psychiques qui paraissent sans limites à l'individu. Le patient qui manifeste des tendances addictives va régresser à un stade archaïque de fonctionnement psychique, stade dans lequel la seule voie de la décharge de la tension psychique était celle somatique. Pour cette raison, dans la thérapie des conduites addictives, il est nécessaire d'accorder toute l'attention aux manifestations somatiques ou aux symboles corporels qui apparaissent.

Si, dans la cure analytique, la réactivation des traumas archaïques engendra leur expression dans le registre corporel, le rôle du thérapeute se révèle ici d'une grande importance, en ce que concerne le besoin de séparation corporelle, qui va s'exprimer en rapport avec l'espace analytique, même avec l'espace physique de la séance.

La capacité de symbolisation faisant défaut, le processus va se reprendre en rapport de la personne de l'analyste. L'analyste doit contenir dans un premier temps ce mouvement fusionnel, et ensuite, introduire petit à petit le patient dans l'univers symbolique qui permettra la séparation. L'analyste va nommer les affects, il va aider le patient à construire des représentations des événements signifiants. Ils font ensemble un travail de structuration psychique et d'introjection des fonctions maternelles.

Au fur et à mesure que ce processus s'opère, l'individu entre dans l'univers de la parole et il pourra désinvestir le corps, ou l'objet de l'addiction en tant que représentant de la mère rassurante. La capacité de représenter la mère rend compte de la structuration de la psyché et donne à l'enfant la possibilité de remplacer les manifestations corporelles par les paroles. Ainsi il entre dans l'univers du langage et il aura accès à la fonction symbolique de celui-ci. La séparation affective et corporelle a lieu à travers le langage. Si la mère ouvre à son enfant la porte de cet univers symbolique, elle lui offre un espace transitionnel où ils pourraient se retrouver tout en restant séparés.

Brelet-Foulard, dans son article «La rencontre avec l'alcoolique: le mal compris», montre que :

«... l'alcoolique... demande à être écouté également aux autres niveaux que celles psychiques! Somatique, et, sans doute relationnel, et certainement social ... Mais les mots qu'il (le psychanalyste) les a à dire, l'écoute du psychique de l'alcoolique ... donnent un contour ferme à la rencontre».

Elle relève aussi les lacunes narcissiques de l'alcoolique qui font qu'il se retrouve avec nous dans une relation en miroir qui a comme spécifique la circularité, dans le sens d'une compensation de l'état de l'autre, dans une communication symbiotique.

En parlant de patients fragiles du point de vue narcissique, McDougall remarque certaines particularités cliniques, qu'on a rencontré

dans les cas présentés ci-dessus. Ces patients ne font pas la distinction entre leurs fantasmes sur les pensées et vécus de l'analyste et la réalité psychique de celui-ci. Le sentiment du soi corporel et psychique fait défaut et le patient aura besoin de fusionner avec un autre pour se sentir vivant. Dans ce mouvement, l'autre perd son autonomie et il est vécu comme une extension du patient.

Du point de vue affectif, ce type de patient met les affects en dehors de la psyché par un travail de „désaffectation”. Tout échange affectif avec l'autre le fait sentir qu'il perd ses limites du soi corporel et psychique. C'est dans le champ du corps qu'il se sent en toute sécurité à exprimer ses mouvements libidinaux. La crainte de mort psychique sous-tend tout échange affectif avec l'autre. La solution addictive est, parmi autres comme la pathologie narcissique, borderline ou psychosomatique, la conséquence de l'impossibilité de se sentir un être distinct et séparé.

Dans la cure analytique des patients qui manifestent comportements de type addictif, j'ai pu observer une série d'éléments spécifiques qui influencent tant le cadre analytique, que le transfert et le contretransfert. La réactivation d'un mode de fonctionnement archaïque va marquer la relation analytique, faisant que le transfert se joue dans le registre somatique et corporel.

L'aspect le plus signifiant consiste dans la difficulté, même l'impossibilité du sujet d'associer libre, de parler de ses vécus. Pour cette raison, l'angoisse est souvent débordante, en bloquant toute communication. Le discours du patient devient impersonnel, en se référant aux événements apparemment neutres, sans liaison apparente avec soi-même. Il va exprimer ce qu'il ressent aussi par le biais soit des objets qu'il amène dans la séance, soit de son corps. On retrouve aussi une angoisse intense qui s'exprime par le besoin de la fusion avec l'analyste, de se sentir proche de lui, de connaître sa vie privée.

Ces demandes du patient envers le thérapeute acquièrent l'intensité d'un besoin primaire, qui met en danger l'alliance thérapeutique et même le travail analytique si le cadre s'avère trop rigide.

Dans ce moments du processus analytique il est nécessaire de travailler en nous accordant au rythme et à la capacité d'expression du

patient, en gardant la neutralité, mais en apprenant de lui comment peut-il être aidé.

«Il est reconnu que, dès sa naissance, la psychanalyse, dans le sillage de Freud, à privilégié le rôle du langage dans la structuration de la psyché et dans la cure psychanalytique. Mais il existe d'autres voies de communication que le langage» (McDougall, *Théâtres du corps*, p.22)[24].

Le discours du patient, ainsi comme ses *actings* dans la séance ou en dehors, nous transmettent d'une manière codifiée, ses sentiments et ses vécus inconscients. Ce fait n'est pas nouveau, mais ce qui constitue la spécificité des patients addictifs c'est le registre corporel dont cette codification a lieu. Ce type d'image implique soit parties du corps, soit sensations corporels, soit fantasmes concernant le fonctionnement corporel. Mais il s'agit d'un corps fantasmé, ou érotise dans le terme de Dejours, et pas d'un corps dans sa réalité matérielle, et ce pour cette raison qu'on parle de la métaphore corporelle. Les manifestations des phénomènes psychosomatiques dans la cure analytique révèlent l'absence de liens verbaux avec les fantasmes sous-jacents, ainsi comme en trouve dans les symptômes névrotiques.

L'analyste aura la mission de gérer l'espace analytique d'une manière dont il y aura place tant pour le besoin fusionnelle du patient, que pour sa besoin de différenciation. L'espace analytique sera vécu par le patient comme le corps-univers maternel, avec lequel il ressent le besoin de fusionner dans une première étape, pour pouvoir ensuite se séparer sans avoir le sentiment de le détruire ou d'être détruit.

En ce que concerne le transfert, Brelet-Foulard relève la place que l'analyste occupe dans l'économie du sujet alcoolique : il va se substituer à l'alcool et la relation analytique sera marquée de la toxicomanie de l'objet. L'alcoolique, montre Brelet-Foulard, développe une véritable réaction thérapeutique négative, marquée par idéalisation massive et ambivalence. L'alcoolique, et tout adictif, va attaquer l'activité de la pensée, il refuse chaque interprétation avec haine. Par contre, il essaie à reconstruire les zones psychiques défailantes en utilisant l'identification projective, par une relation thérapeutique qui fonctionne selon le principe des vases communicantes.

Du point de vue contre transférentiel, l'analyste pourra se confronter avec des sentiments d'impuissance ou culpabilité, liés à l'apparente incapacité d'aider le patient par les moyens classiques de la psychanalyse, surtout les difficultés d'établir le cadre, à cause de la faible capacité du patient de tolérer la frustration et de s'adapter aux demandes du cadre.

«Le fait que la signification du surgissement des phénomènes psychosomatiques échappe souvent à l'analyste est parfois considéré comme un affront narcissique et peut conduire certains analystes à penser que les problèmes psychosomatiques devraient être traités ailleurs, que nos efforts devraient se limiter à ce qui est psychologique et capable d'être verbalisé» (McDougall, *Théâtres du corps*, p.22)[24].

On s'identifie avec la souffrance du patient, comme nous dit Brelet-Foulard, en essayant à le soutenir, en attendant que la relation thérapeutique se lie, en luttant contre la pulsion de mort. En même temps il faut que l'analyste puisse survivre à cette période qu'elle nomme glacière en attendant que les mots accomplissent leur travail.

L'analyste pourra sentir comme un affront narcissique le surgissement des phénomènes psychosomatiques pendant la cure, si leur signification lui échappe. Il va se défendre en pensant que les problèmes psychosomatiques devraient être traités ailleurs, que nos efforts devraient se limiter à ce qui est psychologique et capable d'être verbalisé.

Comme la relation avec le langage est court-circuitée chez ces patients, ils vont ressentir comme douloureuse la mise en paroles de leurs émotions inconscientes. En ces conditions il revient au thérapeute le rôle de donner du sens aux phénomènes corporels, d'amener les paroles là où il n'existe que la réaction organique. Face à cette incapacité du patient d'élaborer et de fantasmer, l'analyste peut ressentir de sentiments de confusion, angoisse, impuissance. Il arrive à ressentir la détresse et la douleur du petit enfant, que le patient ne se permet pas de revivre.

Gisèle Harrus Révidi, dans son livre «Psychanalyse des sens», montre comment, dans une transgression du cadre analytique traditionnel, l'analyste met son corps, ses sens, à la disposition de l'analysant, dans des moments où la verbalisation rencontre ses limites. Il y a des moments où l'analyste doit emprunter son espace corporel, ainsi comme il le fait habituellement avec son espace affectif et son espace mental, pour aider le

patient de nommer ou renommer ses perceptions. L'analyste, pour aider le patient de trouver sa réalité perceptive, devra mettre en scène, dans le réel, son corps, ses sens. Le patient aura besoin de la réalité de l'autre, l'analyste, pour retrouver une identité entre ses sens et son psyché, pour recréer une cohésion psychosomatique perdue.

L'accès aux mots est bloqué pour les personnes pour lesquelles le *holding* et *handling* ont fait défaut. Alors ils cherchent à reprendre le processus de la séparation en recréant la fusion primaire, où la mère et le bébé ont un corps pour deux, et c'est elle qui nomme ce que le bébé ressent. Gisèle Harrus Révidi parle d'un «détournement sensoriel» là où le sens que la mère donne aux perceptions et aux besoins de l'enfant est faux. Par l'étayage, les processus affectifs seront élaborés à partir de l'expérience sensorielle, et l'expérience affective sera liée à l'expérience sensorielle en éloignant le sujet de sa propre réalité. Le langage peut assurer la liaison entre sensoriel et affect et là où il fait défaut, là où les mots ont donné un faux sens aux expériences sensorielles archaïques, le patient ne peut recourir qu'au moyen d'expression qui font partie de l'univers de la réalité. Soit ils utilisent des objets qui font partie de l'espace analytique, soit ils amènent des objets dans l'espace analytique, soit ils utilisent leur propre corps pour réveiller en nous ce que s'est passé avec eux et ils ne sont pas capables même de ressentir. Gisèle Harrus Révidi parle ici de la nécessité d'un *handling* réparateur dans le processus thérapeutique, *handling* symbolisé par un acte qui ne puisse faire partie que du réel.

L'analyse classique n'autorise que l'écoute, en s'interdisant l'approche de tout autre sens. Mais il y a des moments en analyse où des traumatismes archaïques sont réactivés et l'aire transitionnelle ne puisse être créée que en passant par le réel, soit par le réel du corps de l'analyste, soit par le réel de l'espace analytique. Si toute autre réalité extérieure n'est pas accessible, le sujet n'a à la disposition que le réel de son propre corps par lequel il va essayer de s'exprimer. Alors l'analyste doit mettre au travail tous ses sens, le voir, le goût, le touché, l'olfaction pour comprendre ce que se passe dans le patient. L'espace analytique sera vécu comme un espace transitionnel, un espace qui n'est ni dedans, ni en dehors de la psyché. Les limites matérielles de cet espace sont le corps du bébé-patient et celui de la mère analyste. Dans cet espace il y a des moments où le patient peut

amener de phénomènes transitionnels qui tiennent du corporel, des bruits, des odeurs, des gestes, comme s'il aurait besoin de se faire reconnaître par son corps aussi. Il a besoin de partager avec son analyste le plaisir de sentir son corps vivant, mais aussi d'exprimer par cette voie des affects archaïques, comme l'amour, la haine, la terreur.

L'analyste devra utiliser sa capacité de retourner à un mode de fonctionnement archaïque pour pouvoir entendre ce que le patient ressent, et entrer en contact avec lui. Si l'analyste n'est pas capable de se confronter avec ses expériences archaïques il ne pourra que ressentir le vide de l'autrui, ayant un sentiment de impuissance et de frustration. Alors il doit faire appel à son corps, à ses vécus corporels, aux traces sensorielles archaïques.

Ce que je propose c'est de penser une autre manière de comprendre et d'élaborer ce que le patient amène dans la relation analytique. Une fois que le sujet arrive à investir le thérapeute, on s'engage sur un chemin qui descend vers de territoires où les outils thérapeutiques paraissent au-delà des coordonnées psychanalytiques. Mais ils ne sont pas, ils doivent seulement changer de registre. Il faut ici nous demander que ce soit ce que constitue l'essence du processus psychanalytique. Ce n'est pas l'interprétation, l'élaboration. Ceux-ci représentent des moyens par lesquels on réalise le phénomène thérapeutique central, notamment la communication maîtrisée par l'analyste de l'inconscient à l'inconscient, la rencontre entre deux êtres, dont l'un prend le rôle de guide sur le chemin vers le Soi-même de l'autre. Ce but peut demander, surtout dans le cas des conduites addictives, des moyens techniques spécifiques, que je vais essayer à crayonner ici.

«La question de la causalité se complique avec la nécessité de distinguer entre les causes de l'actualisation du symptôme et son origine dans les premières transactions entre mère et nourrisson et leur effet sur l'organisation et la structuration de la psyché» (McDougall, p. 37)[25].

Cette transaction va se reprendre entre patient et l'analyse-mère, y compris l'espace analytique, la relation analytique, la personne de l'analyste. Mon hypothèse est qu'au lieu de jouer le conflit dans son corps, l'individu va essayer d'aménager l'espace analytique pour contenir ses angoisses archaïques.

Le patients qui n'ont pas accès à la parole, ont la tendance de recourir à une expression plus concrète, plus matérielle de la tension psychique. Il semble que ce type de patient a vécu l'interdiction de quitter le corps de la mère, de se séparer. Cette interdiction vise la façon même de sentir et de vivre son propre corps. Dans l'inconscient, le sujet ne ressent pas qu'il a droit à un corps à lui, pour lui. Il ne ressent pas que son corps lui appartient. Son corps est la propriété de la mère, dans le fantasme. Alors il va «parler» soit à travers le fonctionnement corporel, soit à travers les métaphores concernant le corps. Le psychotique va utiliser le corps comme code dans son discours, le sujet somatisant va s'exprimer par le corps même, par un fonctionnement somatique «autistique». Ces dernières sujettes se sentent psychiquement plus soulagés pendant les périodes de maladies somatiques, car ils arrivent, en fin, d'exprimer tout ce qu'ils n'ont pas pu élaborer.

La façon dont ce type de patient aménage le cadre fait que le travail analytique se déroule différemment par rapport à la cure des sujets qui ne somatisent pas. Le cadre même est investi comme un corps vivant, le corps de la mère, désiré et rejeté en même temps. Le sujet ressent inconsciemment des désirs fusionnels et des angoisses d'annihilation par rapport au cadre. Le transfert rends compte lui aussi de ce besoin de fusion-séparation. McDougall parle d'un transfert osmotique, dans lequel le patient se sent un avec le corps et le Moi de l'analyste, comme si il n'y avait pas de limites entre lui et l'analyste.

L'espace analytique doit fonctionner, avec ce genre de patients comme un espace potentiel, ou le sujet peut se sentir libre d'aménager son univers. Le cadre doit être assez flexible en ce qui concerne les modalités d'expression que le patient utilise. L'analyse doit aider des tels sujets à tolérer leur émois, elle doit les apprendre qu'il n'est pas interdit ou dangereux de fonctionner psychiquement. Le sujet a besoin de sentir qu'il y a de la place dans l'espace analytique pour ses peurs, rages et finalement ses joies et ses silences. Mais pour arriver à cela, il va mettre en question chaque élément du cadre, y compris la neutralité de l'analyste.

Chaque comportement addictif est destiné à aider le sujet de mettre un écran sur des sentiments qu'il ne sait pas supporter et élaborer. Ces sujets ne sont pas investis par les parents comme personnes séparées, mais

comme parties d'eux-mêmes. Alors, dans la cure analytique ils vont essayer, dans un premier temps, à recréer cet espace où il n'y a pas de la place que pour un. Si dans un moment l'individualité de l'analyste ou du patient se fait sentie, le patient peut vivre ce fait comme une menace de mort, et donc peut se sentir attaqué et en danger. En même temps, la seule voie de se guérir c'est celle de la séparation et de confrontation avec ses sentiments les plus angoissantes. L'analyste doit aider le sujet à trouver le chemin vers les mots pour contenir et élaborer les conflits les plus archaïques et pour s'éloigner de la voie de la somatisation ou de l'addiction. Le cadre analytique doit résister aux affects les plus intenses du patient, et l'analyste doit prouver que son narcissisme n'est pas menacé par celui du patient, qu'il n'est pas si fragile comme celui de sa mère. Les sujets qui, confrontés à des situations chargées d'affects intenses, ont la tendance de fuir et de nier leur sentiments et de recourir à des comportements addictifs, sont des sujets qui, en pulvérisant l'affect, ont un sentiment de vide, de mort psychique. Ce videment est mené à assurer la survie psychique, en manque de la fonction de pare-excitation, qui fait défaut à ce sujets. L'analyste ressent ce sentiment de mort interne, et dans son contretransfert peut se sentir impuissant, annulé et, d'autre part, si il essaie de se faire écouté, menaçant pour le patient. L'autre joue le rôle du «self-objet» que Kohut décrit. Il est un objet à manipuler, à attaquer, à maîtriser aussi comme les choses se passent entre le bébé et l'objet transitionnel. Mais, les personnalités addictives n'ont pas pu intérioriser l'objet, ainsi qu'ils n'ont que des objets transitoires, qui sont contingents et éphémères. Tant que l'objet est là pour soulager, les sujets se sentent réconfortés, si l'objet n'est plus présent, le sentiment de vide revient.

Pierre Noaille souligne le fait qu'un tel patient, opposé au model freudien, nous pousse au limites de la neutralité, de l'attitude interprétative, vers le maternage, l'intersubjectivité, l'affect, le corporel, le sensoriel. En étant au limites de l'interprétables, le psychanalyste est mis dans la position de comprendre un autre registre d'expression, dont le contenu n'est pas forcément interprétable, mais surtout doit être toléré, contenu. Un tel patient doit sentir qu'il ne provoque ni terreur, ni dégoût, ni rage dans l'analyste, que ses besoins ne sont trop pour lui. Ainsi il se produit une « métabolisation de l'altérité », nécessaire pour pouvoir

ensuite trouver les mots et les investir. Alors l'analyste doit supporter différentes positions transférentielles même s'il les ressent comme une menace à sa propre subjectivité.

Searles montre que, pour construire un Moi plus indépendant chez le patient, le transfert doit passer par deux étapes:

- la symbiose pathogène, avec les gratifications et les terreurs spécifiques au stade symbiotique,
- ensuite la symbiose thérapeutique à partir de laquelle le patient arrivera à l'individuation.

Searles attire en même temps l'attention sur le piège de rendre responsable, pour les sentiments trop intenses du patient, le transfert de l'image des parents persécuteurs sur la personne de l'analyste. L'analyste devra prendre contact et maîtriser ses mouvements affectifs et surtout reconnaître le noyau de réalité dans la relation analytique.

On retrouve chez ce patients une fuite dans le réel et dans le concret. Le transfert n'a pas lieu dans le registre affectif, mais il se manifeste par les biais des perceptions concrètes, matérielles et corporelles du thérapeute et du cadre. Pour illustrer, je vais présenter la réponse d'Anne répond à une interprétation que je lui avais donné.

Anne raconte un rêve dans lequel elle trouve dans une armoire une pilote qui était bordée avec de fil de fer barbelé. Quand j'interprète que cette pilote puisse représenter son désir d'être contenue et réchauffée par moi et exprime aussi peur d'être heurtée par moi, Anne répond que je ne peux pas l'envelopper comme une pilote parce que mes os ne sont pas flexibles.

On a à faire ici avec la même fuite et intolérance envers le monde interne. Les sentiments de tels patients envers moi sont liés de mon état présent, de mon statut d'analyste qu'impose des limites à la relation. Ils ne peuvent pas utiliser l'espace analytique comme espace de jeu, de création. Dans la relation analytique il n'y a place pour «comme si», les interprétations du transfert engendre en eux angoisse et le sentiment de perte de limites entre nous.

Chez Anne j'ai pu constater sa difficulté de séparer la réalité affective de celle corporelle. La douleur psychique n'a pour Anne qu'une connotation corporelle, dont elle décrit les manifestations en détail. Son corps est celui qui recevra les mouvements affectifs, mais il est en même

temps vidé de tout sens physiologique. Anne est immune à toute douleur et besoin physique. «Je suis capable de pulvériser toute sensation physiologique. J'ai mal et si je veux, le mal disparaisse, j'ai soif et boom, je fais la disparaître.»

Son corps est devenu le seul univers ou il y a de la place pour ces affects. Cette réalité fait qu'il lui est impossible à utiliser l'espace analytique, qui lui suscite angoisse et le sentiment du vide. Dans notre travail analytique je me suis centrée sur ce mouvement de refuge dans son corps de tout affect. J'ai mis en mots ses affects qu'elle exprimait par le biais du corps dans l'ici et maintenant, en relation avec moi, avec la manière dont elle me perçoit et aussi en lui rendant compte de ce qu'elle suscite en moi, de ma position envers ses angoisses, ses attaques, ou l'expression de ses besoins. Ainsi elle a pu sentir l'espace analytique comme un espace de jeu et négociation et renoncer à l'expression corporelle pour se manifester dans la relation analytique. Le travail analytique classique est rendu impossible par son incapacité à s'exprimer et le refus violent des moments de contact affectif avec moi. Dans ces moments l'interprétation était ressentie par elle comme un attaque, comme étant étrange et, surtout, comme faisant intrusion dans son monde interne. Mon contretransfert à ses réactions si intenses, c'était de me sentir maladroite, insensible, mais aussi abusée. En fait elle revivait en relation avec moi les souffrances produites par sa mère et aussi me faisait sentir ces souffrances. Sa mère attaquait ses réussites ainsi comme Anne attaquait mes interprétations réussies. En lui relevant cette répétition défensive, on a ouvert une voie vers sa sexualité et les abus de son enfance, qu'elle a pu lier des ses symptômes présents, en commençant ainsi la psychanalyse.

Luise ne pourrait métaboliser les affects qu'en le transformant en rage, rage derrière laquelle on trouvait l'angoisse et la méfiance en l'autre. Quand on a pu comprendre la fonction de défense de la rage, Luise a commencé à s'exprimer par des explosions psychosomatiques (les affections dermatologiques), en mettant ainsi au premier plan sa peau et sa fonction défaillante. Luise reprenait, par le biais de cette somatisation, un processus inachevé de son évolution affective, qui serra accompli dans le travail analytique. La somatisation de Luise rend compte des lacunes archaïques de la relation avec une mère trop rigide et obsessionnelle qui a

empêché le développement du sentiment d'une unité fusionnelle et, par cela, a rendu impossible la différenciation et le sentiment d'intégrité corporelle et psychique.

Anne, boulimique, dépendante de médicaments, avec un corps torturé par une mère jamais contente de ses performances, sentait que ses mots n'arrivent pas à moi, comme s'ils ne pouvaient pas être entendus au delà des murs de son corps. Elle a le fantasme qu'elle est une petite fille, fermée dans un corps vide et trop grand pour elle, ainsi que, pour me voir, elle doit sauter pour arriver à regarder par la fenêtre de ses yeux. Anne demande souvent :

«Vous m'entendez? Vous comprenez? Vous me voyez?».

Souvent elle ressent que je l'étouffe, que je mets un mur autour d'elle.

Luise est emmuré dans un corps dont la peau est endommagé par des lésions que les médecins n'arrivent pas à diagnostiquer. Son corps matérialise ce mur symbolique qui l'empêche de sentir libre, féminine, belle. Aucun affect ne peut pénétrer ce mur. Ses réponses à mes interprétations sont de réactions corporelles ou des analyses logiques du contenu.

Parmi les signifiants qui opèrent dans l'espace psychanalytique, au delà des représentations de choses et des représentations de mots, il est nécessaire à inclure, nous montre Green, l'affect, les états corporels et l'acte. Chez l'addictif, le processus de représentation n'a pas réussi à arriver jusqu'à la représentation de mots. Il utilise donc, des modalités spécifiques de représentation et il essaie à les intégrer dans l'espace analytique. Dans le transfert, l'analyste est mis à l'épreuve de les reconnaître et il doit essayer à aider le patient de les mettre en mots. Pierre Noaille, découvre chez le toxicomane, une représentation qu'il la nomme représentation limite entre psychique et corporel, la séparation entre les deux n'étant achevée et l'aire intermédiaire étant inexistante. Il parle donc, chez le toxicomane d'une psyché imprégnée avec des éléments de corporalité. La solution addictive s'impose dans la mesure où la psyché, dont la capacité de représentation fait défaut, trouve en elle une réponse à ses besoins. Les fonctions corporelles acquièrent une valeur symbolique, les fonctions et les zones érogènes sont investies, comme montre Aulagnier [8], pour remplacer la fonction d'élaboration propre au processus de pensée.

RÉFÉRENCES

1. ABRAHAM, N. et TOROK, M. (1978). *L'écorce et le noyau*, Paris. Aubier-Flammarion.
 2. ABRAHAM, N. et TOROK, M. (1984). The Lost Object - Me: Notes On Identification within the Crypt. *Psychoanal. Inq.*, 4: 221-242.
 3. ANDRE, J. (1995). *Aux origines de la sexualité féminine*. Paris, PUF.
 4. ANZIEU, A. (1989). *La femme sans qualité*. Paris, Dunod.
 5. ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, Dunod.
 6. ANZIEU, D. (1981). *Le corps de l'œuvre*. Paris, Gallimard.
 7. ANZIEU, D. (1974). *La psychanalyse du génie créateur*. Paris, Dunod.
 8. AULAGNIER, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris, PUF.
 9. BACHELARD, G. (1978). *La psychanalyse du feu*. Paris, Gallimard.
 10. BERGERET, J. (1982). *Toxicomanie et personnalité*. Paris, PUF.
 11. BRAUNSCHWEIG, D. et FAIN, M. (1975). *La nuit, le jour*. Paris, PUF.
 12. BRUSSET, B. (1993). *L'assiette et le miroir*. Toulouse, Privat.
 13. CORCOS, M. (2000). *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris, Dunod.
 14. CORCOS, M., Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires, *Dialogue* 3/2005, n° 169, pp. 97-109.
 15. FREUD, S., *Cœuvres complètes*. Paris, PUF.
 16. LE POULICHET, S. (sous la dir. de), (2000). *Les addictions*. Paris, PUF.
 17. M'UZAN de M. (1976). *De l'art à la mort*. Paris, Gallimard.
 18. M'UZAN de M. (2005). *Aux confins de l'identité*. Paris, Gallimard.
 19. MARINOV, V. Rêver, fantasmer, découper à travers la technique du collage, in *Soins Psychiatrie*, n°162, avril 1994, pp. 21-26.
 20. MARINOV, V. (2008). Les signifiants corporels dans les troubles de conduites alimentaires, in *L'archaïque* (sous ma dir.), Sèvres, Ed. EDK.
 21. MARINOV, V. (2000). La névrose obsessionnelle : l'apport freudien, dans *La névrose obsessionnelle, contraintes et limites* (en collaboration avec A. Cohen de Lara et J. Ménéchal). Paris, Dunod,, pp. 95-102.
 22. MARINOV, V. (2008). *L'anorexie, une étrange violence*. Paris, PUF.
- MARINOV, V. MCDUGALL J., BRELET-FOULARD, LANOUZIERE J., (2001). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris, PUF.

134 *Dimensions contre-transférentielles dans la thérapie des conduites addictives*

23. MARTY, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris, PUF, « Que sais-je ? ».
 24. MCDOUGALL, J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris, Gallimard.
 25. MCDOUGALL J. *Eros aux mille et un visages*, Paris, Gallimard, 1996.
 26. MIJOLLA, A. de, SHENTOUB, S. A. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris, Payot.
 27. PIRLOT, G. (2009). *Psychanalyse des addictions*, Armand Collin.
 28. PIRLOT, G. (2002). Paradoxical Immune Diseases After Cessation of Addictive Behavior: (M')Otherness Pathology in the Psychic or Immunological Self. *Psychoanal. Rev.*, **89**: 339-361.
 29. SEARLES, H. (1979). *Le contre-transfert*. Paris, Gallimard.
 30. WINNICOTT, D.W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris, Gallimard.
- Ouvrage coordonné par CHASSING, J. L., (1998). *Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*, Editions de l'Association freudienne internationale.

**Aspects institutionnels
de la psychanalyse**

**Institutional aspects
of psychoanalysis**

ARBITRARINESS, PSYCHOANALYTIC IDENTITY AND PSYCHOANALYTIC RESEARCH

Joseph Schachter and Horst Kächele²⁸

Abstract

From the outset, psychoanalysis extensively utilized arbitrary convictions which subsequently generated and perpetuated an intolerance of criticism and dissent. Defensiveness about the arbitrariness and the need to protect the professional psychoanalytic identity engendered fear of, disinterest in, and criticism of analytic research whose findings might threaten unsubstantiated arbitrary convictions. For these, and other complex reasons, American psychoanalysis has generated limited formal, empirical analytic research. Recently, psychoanalysis has declined in status and prestige, due, at least in part, to societal changes. The persistent arbitrariness and the dearth of research have prevented effective responses to the external forces responsible for the decline. The most effective way to respond to the continuing decline is to develop a broad research program focused on providing empirical

Résumé

Depuis sa naissance, la psychanalyse a largement utilisé des croyances arbitraires qui, par conséquence, provoquent et maintiennent une intolérance au criticisme et au désaccord. Les défenses contre l'arbitraire et le besoin de protéger l'identité professionnelle psychanalytique a déclenché angoisse de, désintérêt pour, et criticisme sur la recherche psychanalytique, les résultats de laquelle pourraient menacer les affirmations arbitraires sans consistance. Pour cette raison, et pour des autres plus compliqués, la psychanalyse américaine a développé une recherche analytique empirique, formellement limitée. Récemment, la psychanalyse a perdu de son statut et de son prestige à cause, au moins partiellement, des changements sociaux. L'arbitraire qui persiste encore et le déficit de la recherche ont déterminé des réponses effectives aux forces externes responsables pour ce déclin. La plus adéquate manière

²⁸ Joseph Schachter, Michael Reese Hospital & Medical Center Chicago, IL, Fax: 314-842-3835; Horst Kächele, International Psychoanalytic University Berlin, horst.kaechele@ipu-berlin.de.

bases for the fundamentals of psychoanalysis. You cannot graft research onto the current psychoanalytic clinical identity; it cannot flourish. Therefore, all psychoanalytic education should be modified by having all teaching conducted jointly by researchers and clinicians if the necessary research cadre is to be developed.

Key words: Arbitrariness, Psychoanalytic Identity, Psychoanalytic Education, Psychoanalytic Research, Research ethic, Research setting.

de répondre à ce déclin continu est de développer un programme de recherche centré sur les bases empiriques pour les fondements de la psychanalyse. On ne peut pas semer une recherche sur l'actuelle identité clinique psychanalytique ; elle ne va pas fleurir. Par conséquence, toute la formation psychanalytique doit être modifiée par donner de cursus de formation coordonnés simultanément par de chercheurs et cliniciens, si on trouve nécessaire le développement d'un cadre de recherche.

Mots-clés: arbitraire, identité psychanalytique, formation psychanalytique, recherche psychanalytique, éthique de la recherche, cadre de la recherche.

Motto:

"The human mind cannot grasp the causes of phenomena in the aggregate. But the need to find these causes is inherent in man's soul. And the human intellect, without investigating the multiplicity and complexity of the conditions of phenomena, any one of which taken separately may seem to be the cause, snatches at the first, the most intelligible approximation to a cause, and says: 'This is the cause!'"

(L. Tolstoy, 1869, p. 1178)[72].

A History of Freud's Unwitting Arbitrariness

Arbitrariness refers to an intense conviction that lacks substantiation or supporting data. Arbitrariness, Webster's New Twentieth Century Dictionary states, is based on one's preference, notion or whim. Scrutiny of the history of psychoanalytic thinking exposes a previously unrecognized difference in the psychodynamics of *witting*, compared to *unwitting* arbitrariness.

In *witting* arbitrariness the conviction is without basis or plausibility; one example is the belief that "the eclipse of the moon means the gods are angry". Such witting arbitrariness may serve a variety of useful purposes when little or no information is available about the nature of the particular phenomenon. It is probably useful, perhaps necessary, for all fields and all individuals occasionally to utilize witting arbitrariness since knowledge about the nature of many phenomena is so limited. However, if a field or an individual relies primarily, or exclusively, on witting arbitrariness over time it is probably a sign of dysfunction.

Unwitting arbitrariness refers to a conviction whose basis is plausible though upon subsequent review we realize it is erroneously conceived. For example, the ancient belief that the earth was flat was plausible given the

known nature of the universe that could be seen with the naked eye. Subsequent knowledge proved this was erroneous.

Freud's first conviction was his initial theoretical hypothesis / conviction that childhood traumas were the cause of adult neuroses (Freud & Breuer 1893)[17]. He thought the plausibility of this conviction was substantiated by the clinical material provided to him by the patients that he treated with Breuer's cathartic method. He failed, however, to appreciate and to acknowledge that all these initial patients were *hypnotized* and therefore extremely susceptible to his suggestions (Schachter, 2002)[58].

Most likely, Freud was subtly suggesting ideas to these patients, of which he was un-aware; this conclusion is supported by his report that in each of 18 consecutive hysteric patients he discovered the causative childhood trauma. Freud's treatment at that time lasted only several weeks or a few months, so from our current position we can posit that it is unlikely that he could have "discovered" this relevant childhood trauma in 18 consecutive hysteric patients, or that chance or coincidence could explain the finding. Most likely, these "findings" resulted from Freud's suggesting in some manner, to each patient, the existence of the childhood trauma that his theory had led him to expect. The fact that Freud cited these "findings" as evidence of his theory indicates that he was not aware he was making suggestions to patients, and, indeed, later, he explicitly denied doing so: "I can assert without boasting that such an abuse of suggestion [to persuade the patient to accept things which we ourselves believe] has never occurred in my practice" (1937b, p.262)[23]. However, Freud (1909)[18] actually provides one explicit example of a suggestion he made in proposing to his patient, the "Rat Man," that the patient's father had threatened to castrate him as a child, although there was no recollection or information about such a childhood event.

The most convincing evidence that Freud made covert suggestions to patients, and was unaware that he did so, was his stunned realization, from his self-analysis, that the stories patients were telling him about childhood traumas were not authentic. He adapted to this recognition by his famously reformulating his theory claiming that a childhood *fantasy* can be pathogenic. Critically, however, neither he, nor his followers, considered

asking *why* all these patients told him stories of childhood traumas that were not veridical. There is no indication that either Freud or his followers ever considered that Freud, based on his theory, might have suggested unwittingly to these patients their experiences of childhood traumas which later evidence acknowledged were not genuine.

Freud's belief that his patients' reports constituted valid evidence of his etiologic theory was supported by his observation of therapeutic benefit to his patients; the "Rat Man" improved dramatically. Given Freud's conscious view and understanding of the treatment situation, his conviction that his patient's material validated his etiological theory is plausible, though, in retrospect, erroneous. Because of his limited knowledge of the treatment universe, Freud's conviction should be categorized as *unwitting arbitrariness*. It is noteworthy that several of his contemporaries, Breuer, Fliess and von Krafft-Ebing (Schachter, 2002)[58] rejected Freud's claim that his clinical material substantiated his theory. Of course, the lack of substantiation of Freud's hypothesis does not mean that it may not be correct – just that we *don't know* whether he was correct.

Freud was deeply concerned that analytic treatment be viewed as a scientific enterprise (Schachter and Kächele, 2007)[59]. To establish a scientific ambience in treatment Freud proposed that the analyst maintain an attitude of neutrality toward the patient to prevent the analyst from making suggestions to the patient (and probably also to protect the analyst from erotic countertransference (Stone, 1961 ; Anzieu, 1986 ; Glenn, 1986; Moi, 1990)[61, 265, 49]; Freud, 1912, "for the doctor a desirable protection for his own emotional life; Freud, 1915 [1914] "a woman's subtler and aim-inhibited wishes... making a man forget his technique and his medical task for the sake of a fine experience" (p. 170)[19]. Given Freud's view of the treatment situation and his understanding of the nature of suggestion, his conviction about the value of neutrality is plausible and should be considered an unwitting arbitrary conviction, although subsequently we've learned that neutrality cannot prevent the analyst from communicating suggestions.

Witting Arbitrariness of Freud's Colleagues

We differentiate Freud's reasons for believing his etiological theory from those of his followers. They had neither access to the detailed clinical material available to Freud, nor access to direct evidence of the patient's therapeutic improvement. Thus, their belief was based primarily on Freud's statements, rather than on any plausible view of the universe of Freud's treatments. Therefore, we regard this acquiescence of Freud's followers as *witting arbitrariness*.

Consistent with our characterizing Freud's colleagues' belief in his etiological theory as witting arbitrariness is Eagle's (1983) assertion that "just as therapeutic success would not vouchsafe the validity or truth of Freud's etiological hypotheses, *it does not vouchsafe the validity of current etiological hypotheses*" (p. 43, italics added)[12]. Fonagy and Target (2003) [15] concur that clinical data cannot validate developmental hypotheses.

Further support for this critical conclusion is provided by Roth's experimental observation (personal communication, 2007)[55] that, in animals, genetic defects and environmental defects may produce the same effects on the brain. It would not be possible, therefore, to determine the etiology of a specific effect on the brain simply from the nature of that effect.

To follow our distinction, absent a concern about the scientific character of analytic treatment among his followers, their adopting the analytic stance of neutrality reflects a witting arbitrary conviction on their part.

Many of Freud's later colleagues accepted many of his other convictions. Contemporary analysts still perpetuate his belief that his clinical material substantiated his etiological theory (Lothane, 2001)[43]. All they had were Freud's reports; essentially, they took him at his word, impressed by both his incisive intellect and his powerful authoritarian personality. Failure to accept Freud's convictions was dangerous; he brooked little dissent from his views, and expeditiously excommunicated critics such as Adler, Rank, Jung and others from the "Psychoanalytic Movement."

On a larger, organizational scale, there are many other examples of witting arbitrary convictions in psychoanalytic institutions; excluding psychologists because their academic education was inadequate as a basis for psychoanalytic training; homosexuals were too psychopathological to become competent psychoanalysts. Witting arbitrary convictions in the treatment domain include: treatment should be five [or four] sessions per week; the analyst should sit behind the couch; the patient's questions must not be answered; and medications prevent meaningful analytic work.

Why were Freud's followers so prone to accept witting arbitrary convictions? Conflicting answers have been proposed. Roustang (1976)[56] suggests that Freud's disciples' beliefs were all related to their transference relationship to Freud. Roustang also wondered whether in Freud's countertransference his disciples were not each in turn responding to some part of the master's diffracted desire. In a related comment, Bergmann (1997) pictures that Freud "supported the autocratic structure of psychoanalysis and was pleased by the formation of the secret committee, safeguarding its orthodoxy" (p. 76) [5].

Deutsch (1940)[10] presented an alternative view: "It was never any fault of Freud's that they cast him in this role and that they... became 'yes men'" (pp. 189-190, quoted by Eisold, 1997, p. 99)[13]. Eisold concludes: "Passively, indirectly they manipulated him into the role of president for life he had sought to avoid" (p. 99)[13]. On the other hand, Freud, from whatever source, seemed intolerant of independent views; his response to a 1911 presentation by Adler was "This is not psychoanalysis" and will "do great harm to psychoanalysis" (Eisold, p. 97)[13]. These conflicting views reflect how difficult it is in historical reconstruction to determine which is the canonical version.

The Transmission of Witting Arbitrariness

The institutionalization of the "training analysis," has played a crucial role in the transmission of analysts' witting arbitrary convictions of Freud's views to subsequent generations of analysts (Reeder, 2004)[53]. Freud's (1917) description of the analyst's role elucidates the analyst's influence: "The doctor listens, tries to direct the patient's processes of

thought, exhorts, forces his attention in certain directions, gives him explanations and observes the reaction of understanding or rejection ..." (p. 17)[20]. After 1922 institutes were required to have each candidate complete a training or didactic analysis with a recognized psychoanalyst (a member of the International Psychoanalytic Association (IPA) in order to become a psychoanalyst.) (Mosher and Richards, 2005)[50]. We assume that, historically these "training analysts" would have acquired their own arbitrary convictions that Freud's etiological theory had already been substantiated.

Multiple factors lead candidates to accept their "training analyst's" belief in Freud's convictions. For example, analysts' questioning or criticizing early theory, might be characterized as a "resistance" that had to be overcome for the successful completion of a "training analysis." Further, interactive forces foster a candidate's identifications with the "training analyst," identifications likely to include the analyst's fundamental belief in Freud's etiological theory. In addition, since many candidates find their "training analysis" to be personally therapeutic, they may credit Freud's etiological theory, basic to treatment, with the therapeutic gain. The "training analysis" as an educational prerequisite for the would-be analyst, thus serves as a significant and powerful institution for transmitting Freud's early unwitting arbitrary convictions, and, in the process, for squelching questioning and criticism. Psychoanalytic training is largely based on transference (Arlow, 1972; Roustang, 1980; McDougall, 1995; Kirsner, 2000)[1], [57], [48], [37]. The real allegiances of analysts, Eisold observed, "are to their analysts and to the lineages of analysts that define particular schools of thought" (p.101); the threat to psychoanalysis, he concluded, "is the unacknowledged dependencies of analysts themselves" (p. 101)[13].

Many years ago, Knight (1953)[39] stated bluntly that "our [training] regulations may have the effect of drying up the supply of research psychoanalysts" (p. 215, quoted by Thomä, 1993, p. 2)[68]. Bernfeld (1962)[4] (quoted by Lothane, 2007) believed that "the inventors of our training system" *intended* that it quash dissent, that it would be a "barrier against heterodoxy" (p. 476)[44], but he cited a handful of dissidents as evidence that it had been unsuccessful in doing so. We consider the fact

that he could only cite a handful of innovators in contrast to the thousands of non-innovative analysts, constitutes evidence that it worked all too well. Excessive authoritarianism in psychoanalytic education arises from the complete condensation of all important functions into the training analyst position, plus the lack of an agreed methodology for determining the validity of our theoretical propositions (Auchincloss and Michels, 2003)[2].

In retrospect, it is understandable that a profession whose tenets have not been validated might attempt to prohibit criticism. Freud initiated this protectiveness and once this prohibition of dissent is relinquished, the body of work becomes exposed to serious risk. Psychoanalysis eased the prohibition of dissent – not without struggle – when it began to listen to and to tolerate the dissenting views of Melanie Klein and Kohut. Other divergent views multiplied rapidly until we have reached the widespread contemporary diversity which we regard as a sign of dysfunctional disintegration rather than of healthy vitality. As Cooper (2007)[9] notes, “pluralism alone is chaos and a plurality of authoritarian orthodoxies provides no means for selecting among them.”

Arbitrary Convictions and the “Singularity of Identity”

A structured prevalence of arbitrary convictions is likely to have close ties to what Nobel Laureate Sen (2006)[62] termed “singularity of identity,” a distortion that occurs when one of the individual’s identities far outweighs recognizing many other identities (such as man/woman, spouse, parent, sibling, friend, religious identification, political identification, etc.). Kernberg (2006)[35] refers to a rigid role commitment to a group identity as foreclosure, a term with a pathological connotation. An analyst with arbitrary convictions may well enjoy the image of himself/herself as an infallible authority in one domain, psychoanalysis, which then becomes that individual’s most salient identity.

We speculate, and would like to recommend testing by systematic research, that one’s professional identity as a psychoanalyst is more encompassing than comparable identifications in other professions such as law, medicine or teaching. Consistent with this hypothesis is the fact that, despite the continuing decline in the numbers of analytic patients, and the

observation that the majority of graduate analysts spend most, or all, of their practice time doing analytic psychotherapy rather than traditionally defined psychoanalysis, few psychoanalytic institutes teach psychoanalytic psychotherapy in their educational curriculum. This policy is described by Kernberg (2007) as “practically suicidal for psychoanalysis” (p. 191)[36]. Teaching analytic psychotherapy to candidates would demand an exploration of the relationship of psychotherapy to psychoanalysis, thus diffusing the uniqueness of the identification of the practitioner as a psychoanalyst. A viable alternative consists in conceiving a concept of broad spectrum psychoanalytic therapy as Thomä & Kächele (1994a,b) [70], [71] have demonstrated in their two volumes on Psychoanalytic Practice (see also Kächele 2010)[32].

“The illusion of singularity” writes Sen, “draws on the presumption that a person not be seen as an individual with many affiliations, nor as someone who belongs to many different groups, but just a member of one particular collectivity, which gives him or her *a uniquely important identity*” (p.45, italics added)[62]. At one time, for example, psychoanalytic institutes criticized dual roles, e.g., of biochemical researcher *and* a psychoanalyst. One problem with a singular identity is that it demands protection from diffusion and therefore restricts inclusion in the group of those who maintain other identities. According to social identity theory, multiple identities are useful and important (Johnson et al. 2006)[31]. The need for singularity interferes with the capacity to make reasoned judgments utilizing the person’s other identities as resources.

Sen adds: “An illusion [of singular identity] that can be invoked for the purpose of dividing people into uniquely hardened categories [such as non-training analyst and training analyst] can be exploited in support of fomenting inter-group strife” (p.178)[62]. This may contribute to understanding intense internal conflicts and splits within psychoanalytic organizations large and small; reportedly, at any one time approximately one-third of the institutes of APsaA are embroiled in serious internal conflicts.

Why would analysts develop a more pronounced singularity of professional identity than other professions? The social attraction hypothesis of social identity theory suggests that individuals identify with

groups that are prestigious or distinctive and enhance self-esteem (Johnson et al., 2006)[31]. Many analysts, Arlow (1972)[1] noted have been recruited from the middle class, liberal, intellectual stratum of society and put behind them identification with family, religion or national group. The term "classical Freudian psychoanalyst" writes Cooper (2007)[9] "identified one as being directly in Freud's lineage and even more importantly, it identified one as being a "true believer." This desire, not only to remain in the direct lineage of the father but to uphold every one of his beliefs is a necessity in religions and monarchies."

We speculate that this identification may increasingly be a defensive reaction to an underlying sense, perhaps largely outside of awareness, that many of the traditional tenets of psychoanalysis are actually unsubstantiated beliefs, characterized as witting, arbitrary convictions. Knafo, the author of a New York Times article about the New York Psychoanalytic Institute, noted that "So far, the Freudians haven't had much success in proving the validity of their master's theories."

Myerson, Director of the Houston-Galveston institute, in discussing his institute's internal conflicts at the IPA Congress in Berlin in July (2007), noted that lack of agreement about what psychoanalysis is, provokes anxiety. Luyten (2007)[46] concludes that we're really not clear whether there are differences between psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. Similarly, Cooper notes that analysts of different schools "not only disagree as to whether certain interventions represent good analysis, but cannot agree on whether they represent psychoanalysis at all." Analysts are unable to agree either on a theory of therapeutic action, on the goals of analytic treatment or on how to determine whether the goals have been met (Smith, 2007)[65].

These uncertainties, both about validation and about epistemology, we hypothesize, evoke a defensive reaction formation of intense certainty or conviction that the fundamentals of psychoanalysis are solidly based, beyond those of many other professions – which Jonathan Lear (1998) has termed "knowingness." Psychoanalysis, therefore, becomes conceived of as superior and its uniqueness supports a special professional identity. Support for this view is provided by the results of marketing surveys of views of psychoanalysts by the public and by mental health professionals.

One of the prominent characterizations of analysts was “arrogance” (Zacharias, 2002)[75].

Empirical studies demonstrate that uncertainty, particularly self-conceptual uncertainty, motivates and facilitates identification with groups that are clearly defined, distinctive entities (Hogg, 2004)[28]. Hogg et al (2007)[29] speculate that chronic and extreme levels of uncertainty, perhaps associated with personal or widespread life or societal crises, may motivate people to identify strongly as [psychoanalytic] “true believers”.

What maintains and replenishes a practitioner’s identity as a psychoanalyst? One’s identity can be reinforced as a result of exposure to “identity primes” that stimulate processing of identity related information (Forehand et al., 2002)[16]. Examples include participating in a psychoanalytic study group, attending a psychoanalytic meeting or reading a clinical psychoanalytic paper (not a research psychoanalytic paper).

Experiences after analytic treatment that are connected to the prior treatment may constitute identity primes as well. Freud (1937a)[22] recognized that analytic work continues after treatment had ended. This analytic work, occurring after treatment, may include the effect of extra-therapeutic contact with the prior analyst and/or thoughts about the prior analyst which serve as identity primes and revitalize the identifications with the former analyst (Geller, 2005)[25]. In a follow-up study of ten (non-psychoanalyst) analytic patients two spontaneously mentioned that they were “able to recall the voice of the analyst as a soothing presence in times of stress or to recall the analyst’s office as an inner source of support and containment” (Falkenström et al., 2007, p. 644)[14]. Further, self-analysis, which may reflect identification with the analyst, was correlated with post-termination improvement.

Arbitrariness, Psychoanalytic Identity and Psychoanalytic Research

Freud, deeply concerned to protect the scientific bona fides of psychoanalytic treatment, had, however, no interest in empirical analytic research in his lifetime. When offered empirical findings that supported some of his hypotheses, he said in 1934 that they were of little consequence, and added, condescendingly, “still, they can do no harm.” (quoted in

Shakow and Rapaport, 1964, p.129)[64]. (An analyst might speculate that Freud had some concern that, indeed, they might do some harm.) Freud, personifying a psychoanalytic identity that eschewed empirical research, was one of the templates for a psychoanalytic identity, which was transmitted to generations of analysts. In this context, formal psychoanalytic research first appearing in the 1950's (Pumpian-Mindlin, 1952)[51] and, more seriously in the 1960's, was seen as alien to the psychoanalyst's identity; it belonged to "other." Rado, founder of the Columbia University Psychoanalytic Center, was a lone, dissenting voice who insisted that the future lay with an "increasingly rigorous application of the scientific method to psychoanalytic work" (1955, p. 335) (quoted by Busch, 2006, p.82)[7].

Arbitrariness and the singularity of psychoanalytic identity are no friends of psychoanalytic research. Garb (1998)[24] observed that when scientific and personal beliefs contradict, clinicians are highly prone to accept the latter and discount the former. Thus, there has always been and continues to be significant distrust of those who would question, let alone test, the validity of the great theories and practices of the masters. One expression of analysts' criticism of research is that Irwin Hoffman's recent plenary address to the APsaA, which was intensely critical of and ridiculed psychoanalytic research, evoked a standing ovation from the audience of analysts; Cooper (2007)[9] suggests "that the audience was reassured in their ignorance." A questionnaire found that those analysts with the strongest convictions about the fundamentals of analytic theory and practice read the fewest research papers (Schachter and Luborsky, 1998)[61]. The authors hypothesized that intense convictions about analytic beliefs were defensive reaction formations against underlying concerns that psychoanalytic theory and practice may actually rest on shaky grounds. Such analysts would have the greatest concern that analytic research might question or criticize fundamental tenets, and therefore, would have the most fear of, and avoidance of, analytic research reports.

Eagle (1983) [12] noted that "Many contemporary psychoanalytic writers do not seem to be either aware of or interested in these basic issues of reliability, hypothesis testing, or elementary rules of evidence" (p.41). Green (2000)[26] called infant researchers to task for trying to destroy psychoanalytic theory. Luyten et al (2007)[47] make a related observation:

“the prospect of having to give up cherished ideas, an inevitable correlate of research and dialogue with individuals of other persuasions, may engender fear – in clinicians that research will increasingly intrude on their “old ways” ...” p. 596). Probably included in their “old ways” is a conviction that psychoanalytic treatment is effective, and analysts may have a concern that research may fail to confirm that (Busch, 2006)[7].

A Survey of Psychoanalytic Research by American Psychoanalysts

For purposes of this survey, a paper was defined as a research paper if it contained empirical data about analytic treatment or outcome, or, if it dealt with methodological or conceptual issues in analytic research; papers that reported neuroscience research were included. If the generous definition of research by Leuzinger-Bohleber and Fischman (2006)[41] were utilized, it would appear that a great deal of analytic research is being published. Our data (presented below) documents the dearth of published psychoanalytic research. The invention of the term, conceptual research, (Dreher, 2000)[11] appears to veil the “inconvenient truth” that little psychoanalytic research is published. Further, the recommendation from an IPA conference that “any effort for validation must be rooted in the history of psychoanalytic clinical thought” (Freedman et al., 2000) attempts to apply an inappropriate strait jacket to research formulation.

Members were divided into two groups of analysts: 1. The current members of the two leadership groups of APsaA, the Executive Council (Board of Directors) and the Board on Professional Standards (BoPS); and 2. A random sample of current members of APsaA. The PEP CD-ROM was used to identify analytic research papers published during the five year period from 1998-2003.

Results for the Executive Council are that of 56 Councilors, 10 had published a total of one or more papers, and one (2%) had published three research papers. For BoPS, of 62 Fellows, 19 had published a total of one or more papers, and three Fellows (5%) had each published one research paper.

A random sample of 165 Active members (approximately a 10% sample of 1707 Active members) was selected from the roster by choosing

one member from the same selected position on each of the 165 pages of the roster. If the selected position contained an Affiliate member, the next Active member was chosen. Results were that 36 members (22%) published one or more psychoanalytic papers; thus, 78 % of this random sample of Active members published no psychoanalytic papers. Seven members (4%) published one or more psychoanalytic research papers, a total of 9 papers. Thus, 96% of this random sample of active members published no research papers. Extrapolating from this 10% sample, the total active membership of 1707 would publish 90 papers over a five-year period, an average of 18 papers per year.

In order to check whether this annual number of research papers found is a reasonable estimate, we reviewed 908 papers published in one year, 2003, in 16 journals in the PEP CD-ROM. Twenty-one research papers had been published, constituting 2.3% of the total papers published. This is consistent with the estimate of 18 research papers per year from the review of members

One qualification is in order. Judgment of whether a paper should be considered a research paper was made by only one author (J.S.) so there is no assessment of the reliability of these judgments. However, the judgment did seem clear in most cases.

These results indicate how few APsaA members produce research papers: 4% of the general members and 2 - 5% of the leaders. These findings support our proposition that the identity of a contemporary APsaA psychoanalyst does not include competence in, or involvement in, psychoanalytic research.

Analytic Research and the Current Decline in American Psychoanalysis

Luborsky and Spence (1971) asserted the need to accumulate data during actual analytic sessions, and added that "Ideally, two conditions should be met; the case should be clearly defined as analytic, meeting whatever criteria of process and outcome a panel of judges might determine; and the data should be recorded, transcribed and indexed so as to maximize accessibility and visibility" (p. 426)[45]. During the intervening

37 years, although great strides have been made in the latter, the former remains problematic.

Studying the effects of analytic treatment is extraordinarily complex for many reasons, including difficulties in randomization, the absence of a placebo group and lack of manualization (Busch, 2007) as well as the risk of investigator bias because of experimenters' beliefs and expectations. Numerous independent replications are necessary to be convincing, and multi-center participation may be necessary. While many impressive empirical contemporary psychoanalytic studies have been conducted, and both the American Psychoanalytic Association and the International Psychoanalytic Association are increasing efforts to develop research (Schachter and Kächele), a great deal more research is needed (Wallerstein, 2007; Luyten, 2007)[74], [46]. Four percent of members is an inadequate base for developing the extensive research programs needed. To accomplish this will require a scope and breadth of a research cadre far beyond APsaA's current reach and conception. Even doubling the research output of American psychoanalysis in the next few years from 18 to 36 research papers per year would be inadequate to meet research demands including assessing effectiveness of psychoanalytic treatment with many different groups of patients, comparing effectiveness of psychoanalytic treatment to that of psychoanalytic psychotherapy and delineating the mutative factors in psychoanalytic treatment with many different groups of patients. Luyten et al. refer to a growing awareness of the need for empirical evidence "to support psychoanalytic assumptions and therapies" (p. 572)[47]. If you accept the thesis that the foundations of psychoanalysis have not been validated and are constituted by witting, arbitrary convictions, the magnitude of the research enterprise becomes apparent.

We recognize that research is not a panacea. Buchholz (2006)[6] cautions that psychoanalytic practice should be *informed* by research but not *determined* by research. For example, it would be useful for the analyst to know if, hypothetically, use of the couch influenced outcome of treatment for a particular group of patients – but it is the analyst's clinical decision whether to use the couch for a particular patient. Buchholz also cautions that there is no more agreement about empirical methods for studying either "analytic process" or outcome, than there is about analytic

theory and practice. Consequently, few if any empirical findings ever become replicated. However, research can help clinicians correct their opinions and stimulate them with new ideas. Despite all these caveats, we believe there is no alternative to developing empirical research to examine and test tenets of analytic theory and practice.

We have detailed elsewhere evidence that psychoanalysis is undergoing a marketing decline (Schachter and Kächele 2010)[60]. We do not believe that public relations or advertising can reverse this widespread decline.

Rocha Barros (1998) [54] warned that the essential crisis is not the “marketing crisis” but the crisis in the intellectual and scientific domain where we produce a dearth of exciting new knowledge. Stone (1975) [66] wrote that resistance to the reexamination of our basic procedural assumptions betrays an unscientific (sometimes antiscientific) non-rational component that is “the greatest single obstacle to the progress of psychoanalysis” (p. 335-6) (quoted by Reeder, p. 189)[53]. Few institutes make any effort to teach analytic research.

The required enterprise demands a fundamental change in the conception of a psychoanalyst’s identity to enable the generation of the large number of skilled researchers required. Thomä (2004) [69] hoped that the psychoanalyst’s identity would be abandoned so that this identity will no longer hamper “the development to a scientific community” (p. 213). Psychoanalytic education needs to be reoriented towards open, skeptical questioning and interdisciplinary, critical research (Kernberg, 1984; Thomä and Kächele, 1999; Kirsner, 2000; Auchincloss and Michels, 2003). This change in goal and ideal requires a dramatic change in psychoanalytic education. *We believe that psychoanalytic research cannot be grafted onto the current psychoanalytic clinical identity; it cannot flourish.* Clinically-based training programs will never generate the necessary research cadre. Psychoanalytic identity must shift to encompass *both* clinical and research knowledge and competence. Levy (2008) [42] proposes that educational leadership should be shared among clinicians, scholars from multiple disciplines and research investigators.

Research competence cannot be learned from clinicians who teach the practice of our craft, which is different from educating analysts (Bartlett,

2007)[3]. Many clinicians, believing they must be confident about their knowledge about both theory and practice, are defensive about their knowledge about both. Consequently, not only do they not encourage an inquiring attitude in candidates, often they are hostile to research. For example, although most analysts have not had the experience of having either a former or current patient participate in a research project, they routinely and defensively refuse permission for a former or present patient to participate in a research study. For a candidate to develop research competence, some of the teachers of psychoanalytic education need to be researchers. In addition, including researchers as teachers will provide a research role model with whom candidates can identify. It is noteworthy that the Columbia University Psychoanalytic Center for Training and Research, which is located in a large research institute, generates considerable psychoanalytic research.

We propose that all psychoanalytic education be taught *jointly* by a researcher and a clinician, including all didactic courses and supervision. This provides another valuable consequence. "Clinicians and scientists function in very separate worlds," writes Roth (2007)[55]; collaboration between the two are crucial. Joint teaching by researchers and clinicians will provide each of them with familiarity of current developments in each others' fields, which is as valuable for the researcher as for the clinician. Our proposal is quite different from earlier efforts to incorporate research into psychoanalytic education (Shakow, 1962; Holt, 1989)[64], [30].

An elective course would be provided for "Research-Participating Candidates," those willing to have their patients and analytic treatments participate in research projects. The impact of the research on patients, candidates and the treatment process, would be explored and discussed; supervisors would be invited to participate.

With regard to the feasibility of analysts becoming competent both in clinical and research work, a number of analysts already have accomplished exactly that: Blatt, Fonagy, Kächele, Kernberg, Sandell, Thomä, Waldron and Wallerstein. Apparently, developing competence in both domains enables a high degree of productivity and creativity.

The candidate's analysis would return to a personal analysis conducted outside the domain of an institute, with an analyst of the

candidate's own choosing (Kirsner, 2000; Reeder, 2004; Schachter and Kächele 2010). The fundamental reconception of the psychoanalyst's identity would not be possible if the training analyst institution was maintained.

We realize that our proposal may seem inconceivable, but that is not because it is not feasible. We believe that the current serious decline in psychoanalysis is likely to continue unless drastic measures are taken to increase respect for psychoanalysis in the general public and in the scientific community. Cooper warns that "unless in the next half-century we can establish our own cadre of full time basic and clinical researchers, university supported, we will become a footnote to other intellectual disciplines." Rejecting this proposal carries with it the obligation to develop an alternative, less drastic but equally promising proposal.

REFERENCES

1. ARLOW, J. A. (1972). Some dilemmas in psychoanalytic education. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **20**: 556-566.
2. AUCHINCLOSS, E. L., MICHELS, R. (2003). A reassessment of psychoanalytic education: Controversies and changes. *International Journal of Psychoanalysis*, **84**: 387-403.
3. BARTLETT, T. (2007). Power and authority in institute life. The Future of Psychoanalytic Education, Dec. 1& 2, Lycee Francais, New York, N. Y.
4. BERNFELD, S. (1962). On psychoanalytic training. With an introduction by Rudolph Eckstein. *Psychoanalytic Quarterly*, **31**: 453-482.
5. BERGMANN, M. (1997). The historical roots of psychoanalytic orthodoxy. *International Journal of Psychoanalysis*, **78**: 69-86. EFPP Conference.
6. BUCHHOLZ, M. B. (2006). Profession und empirische Forschung in der Psychoanalyse – ihre Souveränität und Integration. *Psyche – Z Psychoanal* **60**: 426-455.

7. BUSCH, F. N. (2006). Current issues in psychoanalytic research: the need to focus on outcome studies. *Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine*, **40**: 81-89.
8. BUSCH, F. N. (2007). How to best pursue psychoanalytic research: A response to Rutherford et al. *Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine*, **41**: 24-30.
9. COOPER, A. M. (2007). American psychoanalysis today: A plurality of orthodoxies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* **36**: 235-253
10. DEUTSCH, H. (1940). Freud and his pupils. *Psychoanalytic Quarterly*, **9**:184-194.
11. DREHER, A. U. (2000). *Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis*. London: Karnac.
12. EAGLE, M. N., (1983). The epistemological status of recent developments in psychoanalytic . In *Physics, Philosophy and Psychoanalysis. Essays in Honor of Adolf Grünbaum*, Eds. Cohen, R.S & Laudan, L. Dordrecht, Boston: D. Reidel Publishing Company, pp. 31-55.
13. EISOLD, K. (1997). Freud as leader: The early years of the Viennese Society. *International Journal of Psychoanalysis*, **78**: 87-104.
14. FALKENSTRÖM, F., GRANT, J., BROBERG, J., & SANDELL, R. (2007). Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **55**: 629-674.
15. FONAGY, P., & TARGET, M., (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. London: Whurr.
16. FOREHAND, M. R., DESHPANDÉ, R., & REED II, A. (2002). Identity salience and the influence of differential activation of the social self-schema on advertising response. *Journal of Applied Psychology*, **87**: 1086-1099.
17. FREUD, S., & BREUER, J., (1893). On the psychical mechanism of hysterical phenomena. *Standard Edition* **2**: 3-17
18. FREUD, S. (1909). Notes upon a case of obsessional neurosis. *Standard Edition* **10**: 155-249.
19. FREUD, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. *Standard Edition* **12**: 109-120.

20. FREUD, S. (1915 [1914]). Observations on transference love. (Further recommendations on the technique of psychoanalysis III). *Standard Edition* 12: 157-173.
21. FREUD, S. (1916-1917) [1915-1917]. Introductory lectures on psychoanalysis. *Standard Edition* 15-16: 3-482.
22. FREUD, S. (1937a). Analysis terminable and interminable. *Standard Edition* 23: 216-253
23. FREUD, S. (1937b). Constructions in analysis. *Standard Edition*, 23: 257-269.
24. GARB, H. N. (1998). Clinical judgment. In H. N. Garb (ed) *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 173-206.
25. GELLER, J. D. Boundaries and internalization in the psychotherapy of psychotherapists. (2005). In *The Psychotherapists Own Psychotherapy. Patient and Clinician Perspectives*. Oxford, New York: Oxford University Press, pp. 379-404.
26. GLENN, J. (1986). Freud, Dora and the maid: A study of countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 34: 591-606.
27. GREEN, A. (2000). Science and science fiction in infant research. In: *Clinical and Observational Psychoanalytic Research*, Eds. J. Sandler, A.-M. Sandler & R. Davies. London: Karnac Books, pp. 41-73
28. HOGG, M. A. (2004). Uncertainty and extremism: Identification with high entitativity groups under conditions of uncertainty. In V. Yzerbyt, V., Judd, C. M., & Corneille, Eds., *The Psychology of Group Perception: Perceived Variability, Entitativity, and Essentialism*. New York: Psychology Press, pp. 401-418.
29. HOGG, M. A., SHERMAN, D. K., DIERSELHUIS, J., MAITNER, A. T., & MOFFIN, G. Uncertainty, entitativity, and group identification. *(Journal of Experimental Social Psychology*. 43: 135-142.
30. HOLT, R. R. (1989). *Freud Reappraised*. New York: Guilford Press.
31. JOHNSON, M. D., MORGESON, F. P., ILGEN, D. R., MEYER, C. J., & LLOYD, J. W. (2006). Multiple professional identities in identification across work-related targets. *Journal of Applied Psychology*, 91: 498-506.
32. KÄCHELE, H. (2010). Psychoanalysis and psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis* 91: 35-43.

33. KÄCHELE, H., SCHACHTER, J., & THOMÄ, H. (2008). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice*. New York: Routledge.
34. KERNBERG, O. F. (1986). Institutional problems of psychoanalytic education. *Journal of the American Psychoanalytic Association* **34**: 799-834.
35. KERNBERG, O. F. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, **75**: 969-1004.
36. KERNBERG, O. F. (2007). The coming changes in psychoanalytic education. II. *International Journal of Psychoanalysis*, **88**: 183-202.
37. KIRSNER, D. (2000). *Unfree Associations*, London: Process Press.
38. KNAFO, S. (2007). Patching up the frayed couch. *The New York Times*, The City, Sunday, September 9, p. 1.
39. KNIGHT, R. (1953). The present status of organized psychoanalysis in the United States. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **1**: 197-221.
40. LEAR, J. (1998). *Open Minded: Working Out the Logic of the Soul*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
41. LEUZINGER-BOHLEBER, M., & FISCHMANN, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *International Journal of Psychoanalysis*, **87**: 1355-1386.
42. LEVY, S. (2008). Psychoanalytic education then and now. Plenary Address, 97th Annual Meeting of the American Psychoanalytic Association, Atlanta, June 20.
43. LOTHANE, Z. (2001). Freud's alleged repudiation of the seduction theory revisited: Facts and fallacies. *The Psychoanalytic Review*, **88**: 673-723.
44. LOTHANE, Z. (2007). Ethical flaws in training analysis. *Analytic Psychology*, **24**: 688-696.
45. LUBORSKY, L., & SPENCE, D. P. (1971). Quantitative research on psycho-analytic therapy. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, pp. 408-438.
46. LUYTEN, P. (2007). JAPA PsA-NETCAST, September.

47. LUYTEN, P. BLATT, S. J., & CORVELEYN, (2007). Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **54**: 571-610.
48. MCDOUGALL, J., (1995). *The Many Faces of Eros; A Psychoanalytic Exploration of Human Sexuality*. New York: Norton
49. MOI, T., (1990). Representations of patriarchy: Sexuality and epistemology in Freud's Dora. C. Bernheimer, C. Kahane (Eds.) In *In Dora's case: Freud-Hysteria-Feminism*, 2nd ed., New York: Columbia University Press, pp. 181-199.
50. MOSHER, P. W., & RICHARDS, A. (2005). The history of membership and certification in the 50. APsA: Old demons, new debates. *The Psychoanalytic Review*, **92**: 865-894.
51. PUMPIAN-MINDLIN, E. (editor), (1952). *Psychoanalysis as Science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis*. New York: Basic Books.
52. RADO, S. (1955). Adaptational psychodynamics: a basic science, in *Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine*, New York: Grune and Stratton. In *Psychoanalysis of Behavior, Collected Papers, Volume 1, 1922-1956*. New York: Grune and Stratton, 1956, pp. 332-346.
53. REEDER, J. (2004). *Hate and Love in Psychoanalytical Institutions. The Dilemma of a Profession*. New York: Other Press.
54. ROCHA BARROS, E da., (1998). Psychoanalysis: The future of an illusion. *International Psychoanalysis*, **7**: 28-29.
55. ROTH, D., B. (2007). Building a better researcher. *NYU Physician*. Fall 2007, The Magazine of New York University School of Medicine, p. 39.
56. ROUSTANG, F. (1976). *Dire Mastery: Discipleship from Freud to Lacan*. Trans. N. Lukacher. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press.
57. ROUSTANG, F. (1980). *Psychoanalysis Never Lets Go*. Trans. N. Lukacher. Baltimore/ London: The Johns Hopkins University Press.
58. SCHACHTER, J. (2002). *Transference. Shibboleth or Albatross?* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
59. SCHACHTER, J. & KÄCHELE, H. (2007). The analyst's role in healing: Psychoanalysis-PLUS. *Psychoanalytic Psychology*, **34**: 429-444.

60. SCHACHTER, J. & KÄCHELE, H. (2010). The 'inseparable bond' between research and training. Submitted to *Portuguese Journal of Psychoanalysis*
61. SCHACHTER, J. & LUBORSKY, L. (1998). Who's afraid of psychoanalytic research? Analysts' attitudes towards reading clinical versus empirical research papers. *International Journal of Psychoanalysis*, **79**: 965-969.
62. SEN, A. (2006). *Identity and Violence*. New York, London: Norton and Company.
63. SHAKOW, D. (1962). Psychoanalytic education of behavioral and social scientists for research. In *Science and Psychoanalysis*, ed. J.H. Masserman, New York: Grune and Stratton, pp. 146-161.
64. SHAKOW, D. & RAPAPORT, D., (1964). The influence of Freud on American Psychology. *Psychological Issues, Monogr.* 13, New York: International Universities Press.
65. SMITH, H. F. (2007). In search of a theory of therapeutic action. *Psychoanalytic Quarterly* **76**: 1735-1761.
66. STONE, L. (1961). *The Psychoanalytic Situation*. New York: International Universities Press.
67. STONE, L. (1975). Some problems and potentialities of present-day psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, **44**: 331-369.
68. THOMÄ, H. (1993). Training analysis and psychoanalytic education: Proposals for reform. *The Annual of Psychoanalysis*, **21**: 3-75.
69. THOMÄ, H. (2004). Psychoanalysis without a specific professional identity: A utopian dream? *International Forum of Psychoanalysis*, **13**: 213-236.
70. THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1994a). *Psychoanalytic Practice*. Vol. I, *Principles*. Trans. M. Wilson, D. Roseveare. Northvale, NJ - London: Jason Aronson.
71. THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1994b). *Psychoanalytic Practice*. Vol. II, *Clinical Studies*. Trans. M. Wilson, Northvale, NJ - London: Jason Aronson.
72. THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1999). Memorandum on a reform of psychoanalytic education. *International Psychoanalysis*, **8**: 33-35.

73. TOLSTOY, L. (1968). *War and Peace*, Trans. A. Dunnigan, New York, NY: New American library, Penguin Putnam (Written 1869).
74. WALLERSTEIN, R. S. (2007). Analytic education: An optimal structure. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, **55**:953-984.
75. ZACHARIAS, L. (2002). Marketing lessons. *The American Psychoanalyst*, **36**: 5-6.

Psychothérapie

Psychotherapy

LE CONTRE-TRANSFERT DU PSYCHANALYSTE ET LA CROYANCE DU PATIENT. SÉQUENCES CLINIQUES

Irena Talaban²⁹

Résumé

Les théories psychanalytiques définissent le transfert et le contre-transfert comme expressions des échanges inconscients entre patient et thérapeute. Le contre-transfert est la réponse de l'analyste aux sollicitations (stratégies) inconscients du patient. Ferenczi et, plus tard, Lacan, modifient partiellement le sens de la notion de contre-transfert (Lacan va jusqu'à l'inverser) : le transfert est la réponse du patient à ce que l'analyste induit/produit (au contre-transfert de l'analyste). L'ethnopsychiatrie aborde le contre-transfert et le transfert en fonction de la théorie du thérapeute et du cadre interne du patient (les systèmes des appartenances).

Mots-clés: transfert, contre-transfert, inconscient, psychanalyse, ethnopsychiatrie, appartenances.

Abstract

Psychoanalytical theories define transference and countertransference as expressions of unconscious exchange between patient and therapist. The countertransference is the therapist's answer to patient's unconscious requests. Ferenczi and, later, Lacan, change part of the meaning of countertransference, shifting the center of gravity from patient to therapist (Lacan even reverses it): the transference is the patient's answer to the analyst's countertransference). The ethnopsychiatry approaches the countertransference and transference according to the therapist's theory and the patient's internal frame (its attachments from the group of cultural belonging).

Key words: transference, countertransference, unconscious, psychoanalysis, ethno psychiatry, cultural attachments.

²⁹ Université Catholique de Lille; italaban@nordnet.fr.

1. Première patiente d'une psychanalyste fraîchement immigrée

Elle s'appelle Estelle et je l'ai gardée en mémoire comme «l'institutrice religieuse». Nous sommes en 1991, un an après mon arrivée en France. Je travaillais déjà dans un centre de réinsertion sociale pour les psychotiques chroniques. Je venais de m'inscrire en M2 de Psychologie clinique et psychopathologie, de reprendre cours et séminaires. Je participais à des groupes de travail avec les psychanalystes français, étais en train de poursuivre une expérience psychanalytique personnelle à Paris. Voilà qu'une de mes nouvelles connaissances m'envoie une jeune femme de 26 ans pour une... psychanalyse! Je m'en souviens encore, vaguement : cheveux blonds, bouclés, un corps souple, les yeux bleus, une timidité mal cachée. Belle jeune femme, institutrice de métier, son souhait est d'intégrer un ordre religieux, car elle a senti une vocation religieuse il y a quelques années. Elle s'est adressée à un monastère où elle est restée à peu près 6 mois. Les religieuses l'ont trouvée déprimée et l'ont envoyée chez un psychiatre ou psychothérapeute pour faire un «travail sur elle même», pour chercher au plus profond de son être si elle avait ou pas une vraie vocation religieuse.

Pendant la première séance elle m'a fait part de ses états de tristesse, de certaines peurs, du fait que le travail d'institutrice ne l'attire pas. Elle a aussi parlé de sa croyance en Dieu, profonde, parfois inquiétante. De quelques accès de larmes, sans raison apparente. Vers la fin de la séance elle m'a posé une question concernant la nature d'un travail psychologique. Concrètement, que fait-on ensemble et comment ? Sur quoi on travaille, exactement? J'ai essayé de lui expliquer les quelques règles d'une analyse (ou psychothérapie analytique), surtout la technique des associations libres, le fait qu'à travers ce genre d'associations peuvent apparaître des choses enfouies, des souvenirs ou situations de notre enfance. Il s'agit d'un travail de mémoire, d'archéologie des désirs, des événements passés. On a fixé une séance une semaine après. Estelle n'est jamais venue à cette séance. En revanche, elle m'a écrit cette lettre :

«Madame,

Je ne viendrai pas jeudi à 11h30. Votre proposition de psychanalyse m'a effrayée ; je ne l'attendais pas. Je désirais plutôt une relation d'aide pour un temps

déterminé — quelques mois — qui m'aurait permis de solidifier un équilibre en bonne voie, quoique fragile encore.

Cette percée dans l'inconscient risque de me déstabiliser sans forcément m'aider à reconstruire ce qui aura été brisé. Et je n'ai pas envie pour le moment de retomber dans les peurs, les angoisses, les inquiétudes. Ce temps de souffrance m'est encore trop présent.

Pourtant, l'accès à la vérité de soi m'attire, mais j'aimerais que ce travail soit lent et surtout qu'il soit fondé en Dieu.

J'avais un problème précis à résoudre, lié probablement à d'autres problèmes plus lointains et plus ancrés en moi, mais tout en moi refuse une mise à nu devant vous.

Je regrette vraiment qu'il n'existe pas de solution intermédiaire (quitte ensuite à éprouver le besoin d'une psychanalyse) car je demeure avec mon besoin d'être soutenue sans possibilités.

Je vous prie de bien vouloir excuser mon retrait, mais décidément non, je n'ai pas envie de m'allonger sur votre canapé».

Plusieurs questions se posent à partir de ce fait clinique en deux épisodes: la séance et la lettre.

Il est indiscutable que mon souhait de m'installer en tant qu'analyste dans un autre pays, était fort. Je souhaitais sans doute garder Estelle, ma première patiente, à tout prix! J'avais déjà une expérience de la psychanalyse, comme pratique privée et clandestine dans la Roumanie communiste. Mes patients m'étaient envoyés par mon ancien analyste et surtout par un ami psychiatre. Les gens que je recevais connaissaient à peine la théorie et la pratique (technique) freudienne. Je venais d'arriver dans un pays où la psychanalyse avait conquis les masses. Les explications que j'avais données à Estelle étaient toutes simples, presque les mêmes que j'utilisais pour mes patients de Bucarest. Je pensais, à l'époque, que la psychanalyse était la méthode la plus efficace pour aider quelqu'un à pénétrer au plus profond de son être, à déplier âme et corps, à replacer souvenirs et événements de vie, selon des stratégies valables pour tout un chacun (les relations précoces, les premiers refoulements, les souvenirs enfouis, l'imaginaire oedipien, les mécanismes de défense). C'est à dire, la psychanalyse ouvrait toutes les portes car elle détenait les moyens les plus

subtils de s'y retrouver dans le labyrinthe de l'inconscient, de construire un sens et faire disparaître les troubles. Je dirais que mon contre-transfert était à priori positif, je vendais ce dont j'avais fait l'expérience, en tant que patiente, en tant que psychanalyste. La question de la croyance religieuse (de la foi) ne me tourmentait pas, encore moins en France qu'en Roumanie. Estelle était jeune, jolie, avait un métier qu'elle n'aimait pas outre mesure mais, d'ici à rentrer dans un ordre religieux, le saut me paraissait symptomatique. Sans être freudienne militante et surtout pas marxiste, j'étais prise, à mon insu, entre «l'avenir d'une illusion» et «l'opium pour le peuple». Non pas que je niais l'existence des humains croyants mais je jurais en quelque sorte par la science — et la psychanalyse me semblait une démarche scientifique dans la mesure où elle disposait d'un arsenal conceptuel cohérent, grâce auquel l'on pouvait connaître, dans les moindres détails, les contenus psychiques les plus variés, les plus enfouis dans les caves et les greniers obscurs de la psyché. Le paradoxe concernant cette affaire de «croyance en la science» est qu'en Roumanie j'avais du me débrouiller avec des cas fort difficiles (cas-limite, épisodes psychotiques, patients traités avec des neuroleptiques, interventions assez fréquentes des membres de la famille du patient, du moins en début de thérapie). J'avais donc été obligée de mettre, parfois, entre parenthèses les règles fondamentales de la pratique analytique (associations libres, neutralité bienveillante, attention flottante), de soutenir ou contenir mes patients par une technique active, d'intervenir pas seulement sur la parole associative — donc d'orienter mes patients, de leur tendre une main en urgence, de recevoir un de leur parents, parfois le conjoint. J'avais été obligée de penser les problèmes et les situations pas uniquement en fonction des fantasmes ou des ressentis personnels, obligée de composer avec les éléments de la réalité, de tenir compte des conditions réelles qui avaient marqué la vie de mes patients, la vie de leurs ascendants. Pour faire ressortir des contextes anciens, j'étais obligée, parfois, de poser des questions, de faire des injonctions thérapeutiques. Tout en essayant de garder une distance professionnelle, j'assumais le fait que les patients m'apportaient, parfois, des fleurs ou des chocolats, et ceci dans un pays où, à l'époque, on ne trouvait presque rien. Je n'interprétais pas ces gestes, je ne posais pas des questions du genre *«quand et avec qui avez vous fait cela,*

qu'avez vous ressenti...». Étrangement, il se créait, entre mes patients et moi et autour de nous, un espace protégé où la parole circulait librement, parfois intensément. Mes patients de l'Est ne savaient pas ce que la psychanalyse était. Ils venaient me voir parce que quelqu'un les avait envoyés — ils venaient par le biais du «bouche à oreille», sans grandes attentes, sans avoir aucune familiarité avec l'inconscient en général, avec le leur encore moins. Pour être plus précis : ils admettaient avoir des gestes, des réactions, des attitudes dont les motifs leur échappaient, des craintes et des angoisses qu'ils ne pouvaient pas maîtriser. Ils concevaient l'existence de l'inconscient comme une sorte de réservoir caché et tout cela était plutôt de l'ordre du mystère. Nous devions, de surcroît, prendre des précautions, car le régime communiste interdisait, sous peine de prison, toute pratique libérale. Mes patients et moi, nous n'étions pas sous l'emprise de la psychanalyse et nous la pratiquions malgré eux — malgré le système! Nous la découvriions ensemble, il était sous-entendu que je savais ce que je faisais et ils prêtaient confiance à mon savoir. Du moins, j'en savais plus qu'eux... Je rêvais, à l'époque, comme Freud à la sienne (toute proportion gardée) d'un jour où la psychanalyse aurait pénétré la pensée des humains, où elle se serait infiltrée dans les sciences dites humaines, en gagnant la place qui lui revenait de droit — de quel droit, cette question je ne me la posais pas encore! Je n'avais jamais lu les oeuvres de Freud qu'en français et je pratiquais en roumain. J'ignorais combien la France était ou pas le pays des droits de l'homme — mais j'étais convaincue qu'elle était le pays de la psychanalyse, comme tout l'Occident. Eh bien, j'avais reçu Estelle en consultation en mars 1991, à dix mois de mon arrivée en France. Avais-je tellement changé pendant cette année de rencontres de toute sorte avec les collègues français? Estelle, avait-elle peur de l'inconscient, une peur que mes patients roumains n'avaient pas? Pourtant, les explications que j'avais données à Estelle étaient simples, aussi simples que celles que je donnais à Bucarest. Les croyances religieuses de mes patients roumains ne m'avaient jamais posé problème... Pourquoi avais-je déclenché une telle peur à Estelle, malgré mes intentions, les meilleurs du monde? Pourquoi parlait-elle du « divan » alors que je ne le lui avais pas proposé? Se pouvait-il qu'Estelle eût peur de la psychanalyse, justement parce que la révélation de son

inconscient, boîte noire de nos pires fantasmes, « puits » qu'on ne contrôle pas, aurait affaibli sa foi en Dieu ?

Plusieurs hypothèses sont à faire :

- a). ma confiance « roumaine » dans la psychanalyse était plutôt une démarche de recherche; je ne mettais pas en doute la métapsychologie freudienne mais le terrain — la clinique — me contraignait à faire attention au dispositif de recherche, au cadre proposé et, en même temps (je dirais: à mon insu), de faire attention aux variables du terrain, aux contextes multiples; ma confiance « française » dans la psychanalyse était toute autre; vu l'implantation de la psychanalyse en France, sa force institutionnelle (dont je m'étais rendue compte quelques mois après mon arrivée, grâce aux échanges intensifs avec mes collègues), je m'attendais à une réponse positive de la part de toute personne à qui l'on aurait proposé une cure (ou, du moins, une thérapie selon les critères et les règles de la théorie psychanalytique); il m'était impossible de concevoir que la psychanalyse aurait pu effrayer une personne... forte de sa croyance en Dieu! Dans les deux pays, les prémisses de mon contre-transfert étaient préalablement positives, la différence radicale étant qu'en Roumanie il fallait construire une cure avec les moyens des pionniers, tandis qu'en France les cures bénéficiaient d'une reconnaissance professionnelle (institutionnelle, donc politique) et profane à la fois;

- b). mon intérêt pour Estelle a été, d'emblé, fort intense; j'ai du lui transmettre ma ferme conviction qu'une analyse (ou une thérapie analytique, puisqu'il s'agissait d'un travail sur l'inconscient) était la meilleure solution (d'ailleurs elle l'écrivait dans sa lettre : *« je regrette qu'il n'existe pas de solution intermédiaire... quitte ensuite éprouver le besoin d'une psychanalyse... »*) ; elle reconnaissait aussi *« avoir à résoudre un problème précis, lié probablement à d'autres problèmes plus lointains et plus ancrés... »*; par rapport à cette phrase, ma conviction qu'une thérapie analytique pourrait l'aider n'était pas si fausse; mais Estelle avait peur, justement, de ce qui se trouvait, profondément, ancré en elle ; une « mise à nu » devant moi (représentante de la théorie freudienne et surtout utilisant la technique des associations libres) lui semblait impossible;

- c). Estelle se sentait attirée par *« la vérité de soi »* — dans ce sens, qui pourrait dire qu'elle n'était pas une patiente idéale pour une démarche

concernant l'inconscient? Sur ce point (vérité de soi, problèmes psychologiques), nous étions d'accord! Nos positions divergeaient fondamentalement sur l'épineuse question de la méthode: par quel travail, avec quels outils, l'on découvre la vérité de soi ? quelle vérité, de quelle nature? celle enfouie, en morceaux, à travers la dynamique profonde des refoulements et des résistances? celle liée à la révélation d'une vocation mystique? Selon Freud, les religions sont «des illusions» ancrées, liées aux désirs les plus anciens, les plus forts de l'humanité; au niveau individuel, l'homme réagirait à la frustration par l'idée religieuse, ou l'«illusion»; l'illusion n'est pas une faute objective (comme l'erreur), elle est seulement une croyance erronée dont la racine serait un désir subjectif profond, pour la plupart inconscient; il y a une équivalence père / dieu, car l'homme craint les dieux et leur demandent protection tout comme l'enfant craint le père en lui demandant protection. Dans l'optique freudienne, l'attraction d'Estelle pour une vie religieuse serait un symptôme qui maintiendrait en équilibre fragile les craintes, les angoisses et les inquiétudes dont l'origine devrait se trouver dans les premières expériences de vie, premiers refoulements et, fort possible, dans une problématique oedipienne difficile. Lacan affirme que la vérité n'est que celle du désir, ce désir qui porte la personne, qui n'arrive pas à se frayer un chemin pour s'accomplir, ce désir sur lequel on ne cède pas, même au risque du symptôme. Le travail psychologique vers la vérité de soi, que je pensais accessible avec les outils de la psychanalyse, Estelle ne pouvait le concevoir que «*fondé en Dieu*». En paraphrasant Ferenczi, je dirais qu'il y a eu confusion des langues (des registres): une patiente croyante en Dieu, plus que cela, ayant senti, impérieusement, une vocation religieuse (ce n'est peut être pas avec le père qu'Estelle entretenait, inconsciemment, un commerce sexuel mais avec Dieu même) et une psychanalyste, aussi croyante que sa patiente mais dans un autre type de pratique, celle de la psychanalyse, une pratique voulue «scientifique»! ou, du moins, objective, par rapport à la subjectivité d'un être humain;

- d). j'ai présenté ce matériel clinique au premier séminaire d'ethnopsychiatrie (décembre 1991, quelques mois après cette expérience échouée) ; les questions qui se sont posées sont les suivantes:

(1) Peut-on proposer un travail analytique à une personne ayant une structure/nature religieuse ?

(2) De quelle manière l'on doit répondre, quand un patient demande «que fait-on ensemble»?

(3) Pourquoi les nonnes l'ont-elles envoyée «se soigner» et revenir après ? «se soigner» de quoi ? et surtout: se soigner avec qui? au fond, les nonnes, avaient-elles fait leur travail (car, rentrer dans un ordre religieux suppose une préparation, des inquiétudes, des angoisses même)? une déclaration de foi, qui revient à une déclaration d'amour pour Dieu, nécessite une initiation à la chose religieuse! Ou alors, les nonnes ont pensé qu'Estelle n'avait pas cette vocation, qu'il s'agissait d'un trouble psychologique et lui ont recommandé un psychiatre... mais alors, pourquoi ne pas avoir dit à Estelle, tout simplement, leur avis ?

(4) Ce n'est pas avec la psychanalyse qu'Estelle aurait du être soignée mais avec la mystique! Le dispositif psychanalytique ne permettait pas une telle initiation. J'avais donc proposé un cadre automatique comme je ne l'avais jamais fait avec mes patients de Bucarest.

(5) En perspective ethnopsychiatrique, le seul travail psychologique possible avec Estelle aurait du se construire autour de sa foi catholique (en tant qu'élément objectif, réel) et non pas autour des racines inconscientes de la foi. C'est sans doute la raison pour laquelle mon «offre» lui a fait peur.

(6) Enfin, deux dernières questions, à savoir :

- Estelle avait peur seulement de mon «offre» ou de sa propre «attirance pour la vérité de soi au nom de Dieu»?

- Quant à moi, cette vocation/attraction religieuse qu'elle déclarait, à laquelle elle tenait plus qu'à tout autre chose, cet amour pour Dieu, ne me faisait-il peur, autant qu'à Estelle? Autrement dit, peur qu'Estelle ne déclenche un délire...

N'empêche que la question sur la nature du travail reste entière: que propose-t-on aux patients? Estelle prétend avoir quelques problèmes personnels (peurs, angoisses, inquiétudes), dont certains assez profonds, problèmes qui seraient de l'ordre strictement psychologique et qu'elle dissocie de la foi. En même temps Estelle affirme être attirée par «la vérité de soi» mais elle souhaite que la révélation de cette vérité «soit fondée en Dieu». Si la demande d'Estelle couvre au moins deux registres, la foi et les

problèmes personnels (*«je m'adresse à un psy car je reconnais avoir des problèmes personnels, liés à d'autres problèmes, lointains et plus ancrés en moi, je veux la vérité me concernant, mais je veux que ce cheminement se fasse au nom de Dieu et non pas au nom de Freud»*), ma réponse est tranchante (*«votre vérité est celle de votre inconscient, je vous aiderai à la trouver... »*). Voilà une autre formulation de ce que j'appelais, en paraphrasant Ferenczi, la «confusion des langues»! Croyantes toutes les deux (elle, en Dieu, moi, en Freud), nos positions étaient de natures radicalement différentes.

2. « Transfert et contre-transfert » (Margaret Little, Lacan et la Shoah)

Il s'agit de l'article sur la question de «la réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient (R)». Frieda, la patiente de Little, semble être un cas difficile (entre névrose de caractère, état limite et psychose). Un symptôme se dégage, Frieda souffre de kleptomanie. En bonne patiente, Frieda parle beaucoup de ses parents, qui s'avèrent d'abord fort aimants. Petit à petit, en décours d'un an, ils deviennent presque maltraitants. Selon Little, Frieda, maltraitée, a refoulé son enfance traumatique (la maladie mentale de sa mère, l'hypocrisie, la méchanceté, les insultes, l'exploitation des enfants par les parents, le tout couronné par des coups de cravache, le placard obscur comme lieu de punition et le fait de se faire traîner par ses longs cheveux dans l'escalier!). Cet incroyable refoulement des traumatismes réels, infligés à la fillette, à la manière des Thénardier, pour la simple raison qu'elle n'était pas un garçon, ce refoulement donc, devint la source incontestable des symptômes futurs! Il est étonnant qu'après tous ces traumatismes Frieda soit appréciée plus tard par ses amis comme étant *«capable, douée, cultivée, généreuse»*!³⁰ Supposons maintenant que les parents de Frieda aient été maltraitants. Quelle signification aurait pu avoir cette maltraitance ? Au fond, qui étaient les parents de Frieda? Étaient-ils des sadiques nés ? Des êtres cruels, dégénérés? Des sorciers? Des possédés? Des pervers? Comment pense-t-on la maltraitance, selon quels critères? La

³⁰ Heimann Paula, Little Margaret, Tower Lucia et Reich Annie, « Le contre transfert », Navarin éditeur, 1987, p. 60.

« cruauté » d’antan (Hacking)³¹ [7] et notre « maltraitance » contemporaine, ont-elles quelque chose en commun ou sont-elles radicalement différentes? Deuxièmement: pendant 7 ans rien ne change, l’analyse se déroulant «selon les voies ordinaires»³². Malgré les nombreuses interprétations de transfert dont Margaret a généreusement couvert Frieda, la patiente résiste! Enfin, Frieda fait un rêve: *une fillette qui pénètre dans une chambre interdite, est surveillée par la Vierge Marie et chassée car l’enfant avait les doigts pleins d’or...* Little va droit au but: il se produit une substitution, un déplacement, de la mauvaise mère (de la patiente) à la Vierge Marie (notre mère universelle) et d’ici à l’analyste! Apparemment, cela n’a aucun sens pour Frieda.

L’on voit apparaître la cerise sur le gâteau au moment où Frieda raconte un épisode de l’âge de 4 ans.

«Elle était sortie avec son père et tenait à la main un petit bâton de la taille d’un pénis. Il le lui prit et le jeta dans le torrent et le lui montra flottant sous le pont. Il lui dit que c’était son mauvais caractère. Elle ne pensa pas que cela puisse avoir le moindre rapport avec elle, car elle n’était pas de méchante humeur à ce moment-là. Elle voit maintenant qu’elle avait vraiment cru que c’était le pénis de son père; et elle avait été irritée et déçue qu’il le lui prenne. Elle sait maintenant qu’il est vrai, comme je le lui ai dit, qu’elle n’a pas pu faire le deuil de son père car «sa mort n’a aucun rapport avec elle», elle ne l’a pas provoquée par sa colère» — mais elle croyait quand même l’avoir fait»³³.

Si j’ai bien compris, Little était convaincue et avait transmis à sa patiente qu’à l’âge de 4 ans elle (Frieda) pensait inconsciemment être en possession du pénis de son père; son père lui ayant pris le petit bâton (symbole du pénis), Frieda s’était mise en colère contre lui, une colère qui aurait pu tuer son père. D’un coup, elle n’a pas pu faire le deuil car c’était comme si elle avait tué son père (et refoulé cela, bien sûr, ce refoulement empêchant le deuil: *«on ne peut pas oublier celui qu’on a tué, dans le fantasme,*

³¹ Hacking J., *L’âme réécrite* (Etude sur les personnalités multiples et les sciences de la mémoire), Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo, 1998, *passim*.

³² Heimann Paula, Little Margaret, Tower Lucia et Reich Annie, « Le contre-transfert », Navarin éditeur, 1987, p. 60.

³³ Heimann Paula, Little Margaret, Tower Lucia et Reich Annie, « Le contre-transfert », Navarin Editeur, 1987, p. 68.

en refoulant le meurtre, toujours dans le fantasme»). Il s'agirait donc du fait que le refoulement, mécanisme inconscient, opère sur un matériel lui aussi inconscient (refoulement du meurtre³⁴ fantasmatique)! L'on peut accepter l'énoncé (celui du refoulement inconscient du meurtre/inceste/autre acte inconscient) comme hypothèse. Mais cela ne nous avance guère, car une hypothèse n'est pas une vérité évidente en soi. Le refoulement (inconscient) du meurtre (inconscient) du père et l'assimilation du bâton au pénis paternel sont les croyances de Little.

Voilà qu'Ilse (une Allemande, amie des parents de Frieda et qui l'avait beaucoup aimée quand Frieda avait 6 ans) meurt! Cela provoque chez Frieda une émotion extrêmement forte. Little pense que Frieda lui demande de ressusciter, magiquement, Ilse! Il ne vient à l'esprit de Little, à aucun moment, une question qui pourtant semble être simple: l'événement qui bouscule l'analyse (ou, enfin, la déclenche!) vient d'Allemagne, Ilse était une amie de famille. Y-a-t-il un lien possible entre la mort d'Ilse, l'Allemande, et la mort du père de Frieda, dans un camp de concentration, en Allemagne? La mort d'Ilse renvoie-t-elle à la mort du père et du peuple de Frieda, dans des conditions impensables car, si ce père n'y avait pas cru (et n'avait pas quitté l'Allemagne), ce n'était peut-être pas parce qu'il était mégalomane mais parce que la *chose*, une *telle chose*, n'était pas pensable, par lui comme par tant d'autres? Comment faire le deuil d'un père mort dans un camp d'extermination? Dans des conditions qui n'existaient pas auparavant, qui venaient de se produire ? Penser la mort d'Ilse comme événement qui renvoie à la mort du père, donc à l'impossible deuil de Frieda, supposerait « *penser l'événement* »³⁵, car « *toute spéculation sur les causes profondes tente de fuir la brutalité du réel...* »³⁶. Tandis que le père de Frieda est mort dans un contexte historique de traumatisme de masse et de l'absurde, celui de l'extermination d'un peuple désigné comme ennemi de l'humanité (la brutalité du réel), Little enchaîne sur les sentiments homosexuels de Frieda, sentiments refoulés, bien sûr, ressuscités par la mort d'Ilse (spéculation sur les causes profondes). Désabusée par la résistance de Frieda à ses interprétations, Little avoue combien la détresse

³⁴ *ibidem*, p. 71.

³⁵ Arendt Hannah, *Penser l'événement*, Ed. Belin, 1989, *passim*.

³⁶ *idem*, p. 256.

de la patiente la touche personnellement! Combien elle est impuissante de ressusciter Ilse, hélas, le psychanalyste peut beaucoup mais il ne peut pas tout. Il était temps de sortir des associations libres, de la neutralité bienveillante, du «supposé-savoir»! Voilà, miracle, Frieda change de tout au tout, car enfin, son analyste s'intéresse à elle, à ce qu'elle est!

Parenthèse. Il me vient à l'esprit une observation du professeur Nathan. Agacé, pendant une supervision, par mes palabres sur le transfert d'un patient, il s'exclama : *«T'arrêtes tes conneries ou je ne m'occupe plus de tes affaires ! Ecoutes bien : dès que tu t'intéresses aux gens, ils s'intéressent à ce que tu leur proposes! Le problème, le vrai, est le suivant : qu'as-tu à leur proposer? Sur quoi tu travailles? Sur le djinn? le fétiche? la pulsion? la sexualité? quelle sexualité? celle des humains? celle des dieux? quels humains et quels dieux? moi, je ne m'intéresse pas aux personnes car il n'y a rien dans une personne... je m'intéresse à qu'est-ce qu'un homme, ou une femme, ou l'amour entre un homme et une femme, ou entre deux hommes ou entre une mère et son enfant, je m'intéresse à la sexualité telle qu'elle est vécue et pensée ici et là et ailleurs par ces humains — non pas par l'humanité ! toi, tu t'es intéressée à la sexualité des Roumains sous Ceaușescu, voilà une chose qui mérite attention! à partir de cela, tu montres un intérêt réel pour celui qui se trouve devant toi, tu essayes de l'identifier, il essaye la même chose en ce qui te concerne! L'identifier, cela veut dire d'où il vient, qui est derrière lui, à qui il appartient... tu te demandes alors à quel endroit se situe son problème et à quel endroit toi, thérapeute, tu te situes pour te retrousser les manches...»*. Je ferme la parenthèse.

Qui est Frieda, celle qui ne peut pas faire le deuil de la mort de son père? Une Juive allemande, descendante d'une génération mise à mort par décret idéologique et par des moyens techniques à la hauteur du décret. Quand Claude Lanzmann avait commencé à travailler pour le film «Shoah», on lui posait souvent la question: *«Mister Lanzmann, what is your message?»*³⁷. Pour Lanzmann, cette question était absurde car sa démarche ne se voulait pas de l'ordre d'un message à transmettre. Il n'avait pas utilisé non plus des images d'archives. Il pensait, au début, connaître la catastrophe, l'avoir dans le sang. Il s'est vite rendu compte qu'en croyant

³⁷ Lanzmann C., *Le lièvre de Patagonie*, Paris, Gallimard, 2009, p. 644.

tout connaître, il avait tout ignoré. Lanzmann a «appris» la Shoah au fur et à mesure qu'il a travaillé son film, ce film qui ne parlait pas de la Shoah, ne montrait pas la Shoah — il l'était. En revenant à Frieda, je dirais que la mort d'Ilse en tant qu'événement, aurait permis à Little d'ouvrir un chantier vers la Shoah, de placer le deuil de Frieda dans le contexte du génocide juif (et non pas dans celui d'un génocide en général, encore moins dans celui des spéculations sur le refoulement de la sexualité). Si Frieda est une Juive allemande, la question serait: qu'est-ce qu'une Juive allemande après la Shoah? Cela me fait penser à une autre citation d'Arendt : *«un Juif ne peut préserver sa valeur d'homme que s'il peut être un homme en tant que Juif»*³⁸. Comment être juif après la Shoah?

Autrement dit, le traumatisme de la Shoah aurait du être présente dans le contre-transfert de Little.

Revenons à la réponse totale de l'analyste aux besoins du patient. Lacan affirme que ce qui a produit le changement chez la patiente, c'est le forfait déclaré par l'analyste. En laissant entendre à Frieda son impuissance (quelque chose du genre : *«ah, je n'en peux plus de votre tristesse, je ne m'en sors plus, comment pourrais-je vous aider, dites-le moi et je le ferais, mais ressusciter votre amie me serait impossible!»*), l'analyste Margaret Little est devenue *«le lieu du manque»*³⁹. Little s'intéresse à Frieda en tant que personne, tout comme Ilse s'intéressait à l'enfant Frieda! Cela a permis (disent Little et Lacan, d'une voix, pour une fois) d'établir un transfert qui n'existait pas auparavant. En sortant de la «neutralité bienveillante», en manifestant de la compassion envers sa patiente (une compassion tout simplement humaine) Little avait introduit une certaine « égalité » dans leurs impuissances respectives.

Au fond, pourquoi Frieda est venue voir Little pendant 7 ans? Serait-ce donc pour que l'analyste s'intéresse à elle ? Etait-ce pour s'acheter *« une dose régulière d'attention soutenue et vigilante »*⁴⁰, motif/plaisir tout à fait honorable mais qui n'est pas suffisant, en soi, pour faire un deuil si particulier (car *«c'est toujours le plus particulier qui fait accéder à l'universel,*

³⁸ Arendt, Hannah, *Penser l'événement*, Ed. Belin, 1989, p. 118.

³⁹ Groupe de travail dans le cadre de l'association psychanalytique « Bibliothèque Freudienne » de Lille (2003), sur le thème de l'angoisse et désir de l'analyste.

⁴⁰ Gellner, E., *La ruse de la déraison* (Le mouvement psychanalytique), Paris, PUF, 1990, p. 72.

cela s'appelle l'universel concret»⁴¹)? Quant au changement, était-il du au forfait déclaré par Margaret ou à la mort réelle d'Ilse? Cette mort qui pourrait ouvrir une piste sur une dimension importante, car traumatique, de l'identité de Frieda (une Juive allemande dont la famille a immigré en Angleterre et dont le père a... brûlé dans un camp d'extermination). Faire le deuil d'un père parti en fumée, voilà une chose qui mérite attention. La mort d'Ilse (événement réel) a un impacte sur l'analyste, Little renonce aux interprétations du genre «bâton symbole du pénis paternel». D'ailleurs, entre parenthèses, on ne voit pas en quoi cette interprétation serait meilleure que celle du père de Frieda, à l'époque (« *ce bâton, on le jette dans l'eau, comme ça tu seras débarrassée de ton mauvais caractère* »). Mais la mort d'Ilse n'ouvre pas, pour Little (donc pour Frieda non plus) un registre de travail autre que celui des émotions. «*La réponse totale de l'analyste aux besoins du patient*» reste une réponse uniquement émotionnelle, à savoir: «*je comprends que tu souffres d'avoir perdu cette personne qui t'a tant aimée quand tu étais enfant, je suis aussi touchée que toi, malheureusement je ne peux pas la ressusciter, mais je t'écoute et compatis etc...*». Or, pour que Frieda réalise ce deuil dans ce qu'il a de particulier, pour qu'elle s'en débarrasse et trouve une place dans le monde, il faut considérer la mort du père dans ce qu'elle a de particulier. La mort d'Ilse, en soi, n'a rien à voir avec celle du père de Frieda. Mais l'analyste peut utiliser la mort d'Ilse comme événement-lien vers l'autre mort, justement, celle qui reste pour Frieda un deuil impossible. Pour ma part je pense que, s'il existe une relation entre un thérapeute et son patient, cela est du à l'engagement des deux parties dans la recherche et la construction d'une problématique. Les « deux parties » ne signifient pas uniquement deux partenaires en tête à tête, et d'inconscient à inconscient, sur une période de la maison verte jusqu'à la maison de retraite. Cela signifie que thérapeute et patient appellent, dans le dispositif de soin, des partenaires autres, des registres différents (personnes de la famille, du village, de la tribu, un peuple anéanti, une génération, un groupe d'âge et les dieux par dessus le marché). La dimension strictement privée, émotionnelle, d'une relation à deux, outre qu'elle est évidente, n'est opérante que dans la mesure où elle permet la manifestation d'une autre

⁴¹ Lanzmann, C., *Le lièvre de Patagonie*, Paris, Gallimard, 2009, p. 453.

dimension, publique (collective et non pas humanitaire). Un dispositif thérapeutique est un théâtre d'opérations, un champ de recherche où l'on convoque des intervenants multiples!

Je propose deux énoncés en ce qui concerne le deuil de Frieda:

- quelqu'un meurt dans son lit, il est enterré par les siens comme il se doit, on respecte ses dernières volontés, on accomplit les rites...

- quelqu'un meurt dans un camp d'extermination, on ne sait pas où est son corps, il est parti en fumée, il a disparu comme s'il n'avait jamais existé, avec des millions d'autres....

Je ne développerai pas ici ces deux énoncés mais je pense que dans le travail sur l'impossible deuil de Frieda on devrait prendre en compte le deuxième énoncé.

3. Théories du contre-transfert, passim

Freud ne parle que rarement du contre-transfert. D'une manière psychanalytique courante, on définit le contre-transfert comme «*ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé, et plus particulièrement au transfert de celle-ci*»⁴². Si l'inconscient de l'analyste se manifeste, dans la cure, cela est provoqué surtout par ce que le patient exige, d'une manière plus ou moins forte. Ultérieurement, les psychanalystes, de plus en plus nombreux, étant formés à travers des cures dites «*didactiques*», se sont heurté d'un côté, aux manifestations de leurs patients, d'un autre, à ce qu'ils ont subi, eux mêmes, de la part de leurs analystes formateurs. Ferenczi est le premier à s'être intéressé aux effets des attitudes, mêmes conscientes, de l'analyste sur son analysant (et cela d'une manière radicale). L'analyste analysé par son patient, à travers l'analyse mutuelle⁴³, ne cesse pas de le préoccuper (jusqu'à quel point l'on peut se permettre la mutualité, quels sont les dangers et les bénéfices, dans quelle mesure la reconnaissance, par l'analyste, de ce qu'il y a d'artificiel dans son comportement, peut assouplir les résistances, rendre le patient «*plus naturel, plus agréable et plus sincère*»⁴⁴). Discuter librement avec les patients

⁴² Laplanche, J. et Pontalis, J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, p. 103.

⁴³ Ferenczi, S., *Journal clinique*, Paris, Payot, 1985, p. 55.

⁴⁴ idem, p. 54.

*«apporte une sorte de libération et de soulagement à l'analyste, comparée aux pratiques pour ainsi dire crispées et fatigantes, en vigueur jusqu'à présent»⁴⁵. Au fond, Ferenczi est le premier à se poser la question de la méthode analytique (la technique), dans le sens le plus concret du terme: «que faisons nous, ici, ensemble ?» D'ailleurs, à propos de cela, il cite une patiente qui lui demande de ne pas la laisser allongée, comme ça, mais d'intervenir, de faire quelque chose, d'agir sur ses états. Continuateur de Ferenczi, Balint reprend les problèmes de technique, à savoir: dans quelle mesure le transfert est produit par le comportement de l'analyste. Aucune analyse ne peut être complètement «stérile» (dépourvue de toute influence du comportement de l'analyste sur le patient). Autrement dit, la neutralité bienveillante et l'attention flottante ne garantissent pas une atmosphère analytique indépendante de la personnalité du thérapeute. Dans un chapitre sur les théories du contre-transfert, Safouan cite Ferenczi à propos de la métaphore du psychanalyste-miroir. Cette métaphore est discutable, si on regarde les rapports des analystes à leur didacticien: «... presque tous ses élèves, lorsqu'ils commencent à travailler «indépendamment», adoptent, selon toutes chances, ses méthodes, de la forme de l'interprétation jusqu'à, disons, la façon de meubler leur bureaux de consultation et d'annoncer la fin de l'heure analytique, donnant ainsi une preuve convaincante que la source réelle de tous ces traits récurrents est le transfert, lequel, dans le cas de l'analyste, engagé dans la situation analytique, est décrit, par euphémisme, comme contre-transfert»⁴⁶. Après la deuxième guerre, avec la nouvelle génération de candidats, le problème du contre-transfert reprend. L'on accorde de plus en plus attention aux émotions, gestes, intentions personnelles de l'analyste. Avec Paula Heimann, Annie Reich, Margaret Little on introduit le remède des «feelings», des sentiments/émotions de l'analyste envers ses patients. Cela est valable surtout avec les patients qui ne sont pas des névrosés moyens mais des *borderlines*, des structures narcissiques, ces patients dont le sens de la réalité serait endommagé et qui, de ce fait, ne supporteraient pas une analyse classique. D'où la conclusion de la réponse totale «R» de l'analyste*

⁴⁵ ibidem, p. 56-57.

aux besoins du patient (voir plus haut). Les auteurs continuent à se pencher sur le contre-transfert, sur sa dimension «normale» ou «pathologique», parentale ou libidinale, sexuelle (il y a un «commerce» sexuel, fantasmatique, plus ou moins conscient, entre analyste et analysant). Quoi qu'il en soit, trois orientations se dégagent: réduire les manifestations du contre-transfert le plus possible ; contrôler les manifestations du contre-transfert mais les utiliser dans le travail analytique (interpréter à l'aide de l'attention flottante); se guider, dans l'interprétation, selon les émotions ressenties (selon ses propres réactions contre-transférentielles, communiquer avec le patient «d'inconscient à inconscient»).

Lacan opère des modifications radicales au niveau des concepts psychanalytiques, de la technique surtout, tout en prétendant être fidèle à Freud. Pour faire court je résumerais la position lacanienne: la psychanalyse est une affaire de paroles, donc de langage, donc de chaîne signifiante, dans laquelle le sujet est inscrit, dès sa venue au monde. Il n'y a pas de narcissisme primaire mais un «manque structurant» (dans le sens où le langage oblige l'être à restreindre sa toute puissance naturelle, la «formate» et, dans ce processus, toute une série de ratages, de failles, se produisent et s'installent); il n'y a pas de développement pulsionnel selon des stades libidinaux (subordination croissante des pulsions partielles sous le primat génital); la loi n'obstrue pas le désir, au contraire, la loi permet la constitution du désir (elle le fonde); le transfert est une tromperie (n'est pas du à la répétition); enfin, l'acte analytique ne donne pas du sens (par insight), il fait surgir le signifiant et fait tomber les illusions (surtout celle de la connaissance). Le signifiant, chez Lacan renvoie aux représentations de choses, représentations qui se constituent en réseau de significations indépendamment du signifié (objet). Pour couronner le tout, l'inconscient n'existe pas, d'emblée, il se crée dans la cure par le jeu des signifiants, à travers le discours du patient. L'inconscient est langage, il fonctionne selon les stratégies de la métonymie (le mécanisme du déplacement, en psychanalyse) et de la métaphore (mécanisme de la condensation, en psychanalyse). En appliquant au père les catégories de réel, imaginaire,

⁴⁶ Balint, M., *On Transference and Counter-Transference, Primary Love and Psycho-Analytic Technic*, Londres, Tavistock Publication, 1952, p. 205, in Safouan, M., *Le transfert et le désir de l'analyste*, Paris, Ed. du Seuil, 1988, p. 116

symbolique, Lacan distingue: le père réel (le géniteur), le père imaginaire (fantasmé) et le père symbolique (la fonction, l'exercice de la paternité). Pour Lacan, il n'y a pas de contre-transfert, seulement un transfert, celui de l'analyste, qui provoque celui du patient, dans la mesure dans laquelle l'analyste, lui, est capable de tenir une position compatible avec ce «manque structurant».

Je voudrais m'arrêter un instant sur la perspective ethnopsychiatrique concernant le contre-transfert (et le transfert). Pour Devereux, *«l'analyste ne parviendra pas à une neutralité complète qu'à condition de résoudre ses conflits aussi bien affectifs que culturels. Ainsi, dans le cas du conflit oedipien, il doit analyser à la fois, son conflit oedipien subjectif et la forme que prend le conflit oedipien dans la culture à laquelle il appartient, c'est à dire, les moyens qu'emploie sa culture pour inhiber d'une façon et favoriser d'un autre les manifestations oedipiennes, ainsi que le mode d'intégration du conflit oedipien à l'ensemble de la culture»*⁴⁷. Pour Devereux, une analyse doit porter essentiellement sur le contre-transfert et le transfert (autrement dit : sur ce que l'on fait à l'autre, sur ce que l'autre nous fait). Nos appartenances (encore vivantes ou mortes, oubliées ou enfouies, brisées à la suite des traumatismes, appartenances dont nous sommes plus ou moins détachés, que nous renions ou revendiquons ou autre) interfèrent, imprègnent l'espace analytique. Elles peuvent ouvrir une piste de travail, apporter dans le dispositif analytique un matériel clinique inédit (ce matériel qui constitue le cadre intérieur du patient et celui l'analyste, leurs références respectives) ou renforcer les résistances (utiliser le culturel pour manipuler l'analyste, pour tester ses réactions, pour inverser la situation, disons pour mieux le connaître). En pratique, les choses ne sont pas si simples, car une attitude culturellement codifiée n'exclut pas des désirs universels (sexuels ou autres), propres à la condition de tout être humain. Préoccupé par la psychanalyse et l'ethnologie, confronté à la prise en charge des patients de tout bord, avec les pathologies les plus diverses, Devereux décrit les cultures, leurs mécanismes, les mises en forme culturelles des comportements mais il ne cesse pas de faire des aller retour entre ces

⁴⁷ Devereux, G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 3^e éd. 1977, p. 341.

manifestations culturellement conditionnés (par exemple, la façon dont une jeune fille, Indienne des Plaines, se laisse courtiser) et les considérations psychanalytiques (fantasmes concernant la séduction, l'inceste, la castration). Une interprétation est opportune si elle prend en compte ce qui est de l'ordre de l'universel (et, pour Devereux, l'inconscient freudien est personnel et universel à la fois, en ceci, Devereux reste psychanalyste) mais aussi ce qui est de l'ordre du particulier (la manière dont les groupes humains fabriquent les personnes en leur inculquant des appartenances, en liant angoisses et pulsions). La nature humaine et une culture sont coémergentes. L'on doit tenir compte *«du fait que tel désir ou tel conflit qui, dans une culture, est profondément refoulé, peut, dans une autre, ne subir qu'un refoulement superficiel»*⁴⁸. Le psychanalyste ne peut pas se passer de l'ethnologie et les deux disciplines (psychanalyse et ethnologie) doivent tenir compte de la nature biologique de l'homme (comme d'un terrain). Tout le monde s'accorde que la tâche d'un psychothérapeute est de traiter le patient — or *« la maladie est une tentative frénétique de réorganisation et non, avant tout, de désintégration et désorganisation »*⁴⁹. Dans cette optique, les intérêts théoriques et les modalités techniques des analystes (ce sur quoi leur contre-transfert s'appuie) sont des facteurs actifs du traitement. Devereux se penche particulièrement sur le contre-transfert, dans le sens où il s'interroge sur le point de vue de l'observateur, sa position théorique, ses compatibilités ou incompatibilités avec des positions différentes, la façon dont il perçoit l'autre (le patient) en fonction de ses propres stéréotypies (celle de l'analyste).

Nathan, élève de Devereux, développe surtout l'ethnopsychiatrie clinique. Son préalable théorique est de considérer les êtres humains, *«leur fonctionnement psychologique individuel, les modalités de leurs interactions, à partir de leurs attachements — attachements multiples à des langues, à des lieux, à des divinités, à des ancêtres, à des manières de faire»*⁵⁰. Se penser sans attaches ou être attaché uniquement par choix librement consenti revient à se laisser emprisonné par une idéologie. Formé, lui aussi, à la psychanalyse (théorie

⁴⁸ idem, p. 352.

⁴⁹ ibidem, p. 95.

⁵⁰ Nathan, T., Nous ne sommes pas seuls au monde, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2001, p. 51.

et technique universelles anhistoriques mais, au fond, très locales et datées), Nathan s'intéresse aux techniques traditionnelles de soins qu'il considère comme «des entreprises généralement efficaces, de modifier la réalité»⁵¹. Les systèmes thérapeutiques traditionnels se fondent sur des étiologies (des théories) qui restituent un sens au malheur, à la maladie. Nathan considère que «le discours savant» de la psychopathologie occidentale (universalisant) tend à rendre caduques les «discours traditionnels» concernant les troubles psychologiques, sans offrir pour autant des solutions «exportables». Ce que l'on propose aux patients est en fonction de notre pensée (théorie) concernant les troubles psychologiques, la maladie, le malheur. Toute langue est habitée par une pensée. Entre les contenus psychiques et leurs contenants les liens sont intrinsèques. Les formations culturelles servent d'étayage au psychisme individuel, ces formations sont implicites à toute langue. Il est impossible, pour un analyste, de connaître toutes les cultures, de les saisir dans leur spécificité profonde. En revanche, proposer au patient un dispositif et une méthode qui, par leur définition, induisent le sentiment de la contingence des référents, revient à lui forcer la main, en l'occurrence, la psyché. Car ces référents (langues, terres d'origine, tombes des ancêtres, religions, mythologies, traumatismes migratoires, traumatismes individuels et/ou collectifs), outre leur existence objective, transmissible de génération en génération, marquent les individus au plus profond de leur être.

Du point de vue de l'ethnopsychiatrie, le contre-transfert (tout comme le transfert), passe par des objets, par des univers référentiels qui imprègnent le registre strictement subjectif et aussi le dépasse. Pour reprendre le cas d'Estelle, sa question est : «Vous me proposez de faire un travail sur moi mais au nom de quoi? De la théorie de Freud ou de Dieu?». Cette question contient l'implicite suivant: «que me proposez vous, ah, vous me proposer la théorie du docteur Freud, c'est cela donc votre travail, votre adhésion, non, merci, je n'en veux pas!» L'adhésion du thérapeute (analyste de surcroît) à une théorie est la source du contre-transfert ! La subjectivité de l'analyste, son inconscient, ses... restes inanalysés (ou inanalysables) se reformulent dans la théorie dont il est adhérent, se véhiculent à l'intérieur du groupe

⁵¹ Nathan, T., *Le sperme du diable*, Paris PUF, 1988, p. 14.

des professionnels constitué autour de cette théorie. Au fond ce n'est pas à ma personne qu'Estelle a accordé attention mais à ma proposition (à ma théorie). En ce qui me concerne, malgré la sympathie que j'ai eu pour elle, spontanément, malgré mon fort souhait qu'elle commence une analyse, c'est la théorie de l'inconscient qui a pris le dessus, plus précisément, la théorie des racines inconscientes de la foi.

Si je reprends le cas de Frieda, un deuil est un deuil, chacun d'entre nous est profondément affecté par la mort d'un parent. Mais ce deuil, outre les émotions qu'il déclenche, ne peut s'élaborer qu'en tant que deuil concret, lié à la mort concrète, aux conditions particulières de cette mort, conditions qui peuvent soulever des questions jamais posées auparavant (il s'agit du décès du père de Frieda). Quel deuil après avoir perdu son père dans la Shoah? Comment guérir d'un tel deuil? Et surtout, comment peut-on encore être juif après la Shoah? Il est vrai que, du temps de l'analyse de Frieda (quelques années après la guerre), la Shoah n'était pas à l'ordre du jour des psy. Même plus tard, quand des nombreux enfants des survivants sont devenus les patients des psy, quand la Shoah est passé du statut de chose invisible à celui de chose publique, la prise en charge de ces personnes restait inefficace. Nathalie Zajde relate l'expérience d'une psychanalyste formatrice à l'AMCHA (centre israélien de psychothérapie spécialisé dans la prise en charge des survivants de la Shoah et de leurs enfants)⁵², qui a fait une enquête auprès des spécialistes de ce centre. *«En fait, l'auteur cherche avant tout à connaître la nature du contre transfert de ses collègues, c'est à dire les sentiments conscients et inconscients que leur inspirent les patients»*⁵³. Tout est truffé de références psychanalytiques, la conclusion étant que l'analyste doit être au clair avec ses émotions, ses défenses, sa configuration oedipienne, ses projections, bref, au clair avec son inconscient. Mais il ne résulte nullement en quoi ces patients sont spécifiques. Qui plus est, la conclusion définitive après avoir «fait parler» et «laissé s'exprimer la souffrance», donc la conclusion revient au fait que le

⁵² Zajde, Nathalie, *Guérir de la Shoah*, Paris, Odile Jacob, 2005, p. 290 (Amcha, organisme israélien d'aide psychologique aux survivants de la shoah et à leurs enfants, a été créé en 1987 au moment de la guerre du Golfe par un groupe de psychanalystes juifs d'origine hollandaise pour la plupart survivants).

⁵³ idem, p. 266.

traumatisme de la Shoah reste inguérissable. Autrement dit, la psychanalyse ne peut pas produire du sens, des nouveaux concepts, encore moins de méthodes, pour traiter les survivants, leur enfants, leurs familles. De ce fait, le contre transfert des psychanalystes concernant un enfant de survivant n'a rien de spécifique (il sera du même ordre émotionnel/compassionnel que celui de Little) et cela pour la simple raison que la catégorie « enfant de survivant » est assimilé à la catégorie, universelle, de «sujet». Le sujet est, sans doute, universel mais la personne, elle, est fabriquée localement, en chair, en os et en parole et, en l'occurrence, en traumatismes.

La faillibilité de l'analyste se manifeste surtout quand la théorie et la méthode dont il s'autorise y compris le dispositif analytique, ne conviennent pas pour que le patient y dépose son cadre intérieur (ses références) ou des expériences traumatiques dont l'issue est une métamorphose de l'identité, une déliaison des appartenances. Disons que l'analyste est faillible dans la mesure dans laquelle toute relation à deux, sans témoin ni contrôle aucun, ayant pour tiers une théorie indiscutable (dont la vérité semble établie une fois pour toute) ne peut que s'embrouiller dans un tourbillon émotionnel.

4. Contre-transfert, séquences cliniques. Sortir du chaudron des émotions

a. Contre-transfert impossible. Voici une assistante maternelle accompagnant une jeune fille, noire, de 13 ans. La nourrice raconte une courte histoire, une mère africaine démunie, un placement précoce. Treize ans après, la mère veut récupérer la fille, l'emmener en Afrique, dans la famille. La psychologue de l'ASE ainsi que toute l'équipe, prescrivent «une psychothérapie pour travailler la relation mère-fille».

«Les psys, Madame, on en connaît pas mal! Entre les 3 et 8 ans de Florina, on en a vu quatre... cinq, vous devez être la 6e... Quand Florina avait 4 ans, on allait voir le psy car l'assistante sociale l'avait exigé, en guise de prévention! Florina dormait dans mes bras, je n'avais pas grand' chose à dire, le psy non plus. Je l'ai élevée comme mes enfants, pour elle je suis sa mère. Je savais que je ne l'avais pas mise au monde et qu'un jour sa mère apparaîtrait! Il faudrait peut-être que sa mère

africaine vienne vous voir, que vous voyiez cela avec elles deux, ensemble...»

Cette nourrice n'était pas opposée aux psys, hélas ! Elle l'aurait été, on aurait pu entamer un débat, un échange contradictoire (construire des arguments, au nom des conceptions, des théories, des interprétations, des croyances fondamentalement différentes). Il ne s'agissait pas de cela car la nourrice n'avait pas d'attente concernant les psys ! Par rapport à eux, elle n'avait que du dérisoire ! *Les psys, des palabres, voilà tout, madame !*». Florina ne voulait pas retourner en Afrique, avec sa mère — une femme qu'elle ne connaissait pas, qu'elle avait vue, à peine, quelques fois dans sa vie, pendant des courtes visites. Elle ne souhaitait pas non plus échanger avec moi car *«madame, pourquoi faire ? je ne quitterai pas ma nounou, voilà ! je n'irai nulle part, voilà !*». Il me semblait évident qu'une relation mère-fille ne pouvait pas se construire dans mon bureau, dans une psychothérapie à deux (Florina et moi). C'est avec la mère de Florina que j'aurais pu, éventuellement, travailler, sur son histoire, sur le contexte du placement. Florina ne pouvait pas «transférer» sur moi, je n'aurais pas pu lui donner «une réponse totale à ses besoins» car je n'étais pas en mesure de construire une position filiale en absence de toute référence, de tout représentant concernant son ascendance africaine. Peu importe ma bonne volonté, mon accueil plus ou moins chaleureux, mes longues et variées formations en psychologie des humains. La seule sensation que je pouvais éprouver était celle d'une impuissance primaire, presque physique. J'ai dit à la nourrice que la mère de Florina pouvait venir me voir, si elle le souhaitait. On a fixé une séance, dans un mois. Il n'y a pas eu de suite. Il m'était impossible de travailler avec cette jeune fille, seule, en face à face, de l'écouter alors qu'elle n'avait rien à me dire, de lui parler alors que je ne savais même pas de quel coin d'Afrique venaient les siens. Je ne pouvais pas la localiser, encore moins d'identifier le moindre problème la concernant. Elle n'était ni gaie ni triste, mais indifférente, la situation frisait l'absurde, rendait muet.

b. Le Coran et le contre-transfert. Hakim est né en France, de père arabe algérien et de mère métisse (père arabe et de mère française). La mère de Hakim me connaissait et tenait à ce que son fils vienne me consulter. Elle craignait une adhésion intégriste... Hakim (dont le père était mort depuis un an) a presque 18 ans et une haine contre tous et tout — c'est ce

qui fait peur à sa mère. A la première séance, il attaqua sur le Coran dont j'étais loin d'être spécialiste. Sa tante (qui l'accompagnait car la mère n'avait pas réussi à se libérer pour ce rdv) le regardait avec une admiration infinie ! Comme je ne voyais pas où il voulait en venir, Hakim commença à s'énerver, brusquement il me demanda si j'étais juive! Avant de lui répondre quoi que se soit, il conclut : *«de toute façon, je n'ai rien à foutre de vos séances, les psys c'est le dada de ma mère, vous ne comprenez rien à rien, je m'en vais»*. Il se leva, je me levai, le regardai droit dans les yeux et lui dis, fermement : *«vas-y, fous le camp, sauves-toi et claque la porte au nez d' une vieille femme, comme le veut le Coran ! Qu'elle soit juive ou autre!»*. Il se dépêcha vers la porte, faillit l'ouvrir, revint, s'assit autour de la table. Sa tante respira, soulagée... Avait-elle eu peur que son jeune neveu ne me giflé? Pourquoi n'était-elle pas intervenue pour le remettre à sa place? Ne lui faisait-il pas honte? En ce qui me concerne, je me suis demandée en quoi mon intervention était-elle celle d'un psy... Si j'avais réagi de la sorte, c'était au nom d'une loi non écrite mais forte de la volonté de centaines de générations qui me l'avait transmise! Je lui avait signalé qu'aussi ignorante que je sois en matière du Coran, il s'attaquait non pas à ma qualité de psy mais à moi en tant qu'être humain, à notre différence d'âge (donc différence de générations), à mes appartenances supposées. Il balayait, d'un coup de colère, nuageux et confus, tout ce qui nous séparait mais aussi ce qui nous rendait semblables, notre humanité à tous les deux. Il était d'abord irrespectueux, par rapport à moi, à sa tante, à sa mère aussi. Il salissait la mémoire de son père (qui n'aurait pas été fier de le voir réagir ainsi). Et enfin, son rapport au Coran était discutable, dans le meilleur des cas — dans le pire, il n'existait pas! Ma réaction a dissout, pour un instant, la crispation identitaire culturelle de Hakim. Le jeune garçon est venue quand même me voir pendant un an. A la deuxième séance j'ai ramené un Coran, bilingue. Nous avons pu discuter d'un texte sacré, de la façon dont Hakim fréquentait une mosquée, mais aussi de l'histoire personnelle de Hakim, de la mort de son père, de sa place dans la fratrie, même de son avenir. De sa haine aussi. Pour information, «Hakim», en arabe, signifie «qui est juste et sage». D'autres significations appropriées: «savant, docteur de la Loi».

Tout cela pour dire que mon contre-transfert se produit et devient opérant (déclenche une réflexion, un travail, un questionnement chez les patients) dans la mesure où je m'intéresse aux choses par lesquelles les patients sont concernés, consciemment ou à leur insu. Ces «choses» ne sont pas uniquement intimes, émotionnelles. Puisque aucun être humain ne provient du néant, il porte dans sa valise une marque de fabrication, des accidents de parcours, son histoire personnelle, les traumatismes de la grande Histoire aussi. C'est ce qui assure la dimension préalablement positive de mon contre-transfert. Pour ce qu'il y a de l'ordre de la stricte intersubjectivité, je dirais qu'elle est une évidence.

Quelle que soit la définition des termes (transfert et contre-transfert, vu que les termes sont conçus comme étant intimement liés), la psychanalyse considère que les éléments de base restent les mêmes: premières expériences précoces, les figures parentales, premières configurations de la sexualité infantile, la castration, les trois instances psychiques et leurs rapports intrinsèques, les mécanismes de défense etc. Les aménagements théoriques ultérieurs accentuent un ou l'autre aspect de la même théorie.

Grosso modo, les théories se partagent en 2 grandes catégories:

- celles qui parlent du contre-transfert comme étant la réaction du thérapeute au transfert du patient, la réponse «flottante» du psychanalyste à la dynamique relationnelle profonde, «flottante» aussi, du patient, dynamique que le patient impose à son insu et de manière répétitive (Freud et les freudiens);

- celles qui parlent du contre-transfert comme étant ce qui déclenche le transfert du patient (successeurs de Freud mais innovateurs de technique: Ferenczi, Lacan).

Approche à part, l'ethnopsychiatrie se place à l'endroit où les concepts de la psychanalyse, universels, se heurtent à des faits psychiques, des situations, aux déterminations multiples, locales (culturels, linguistiques, historiques, traumatiques). Elle considère que transfert et contre-transfert passent par des objets, par des univers référentiels qui nous construisent, qui sont garants de notre nature humaine. Univers qui participent aussi à la constitution de nos symptômes.

RÉFÉRENCES

1. ARENDT, H., (1989). *Penser l'événement*, Ed. Belin, p. 118, 256.
2. ARENDT, H. (2003). Groupe de travail dans le cadre de l'association psychanalytique « Bibliothèque Freudienne » de Lille, sur le thème de l'angoisse et désir de l'analyste.
3. BALINT. M., (1952). *On Transference and Countertransference*, Primary Love and Psycho-Analytic Technic, Londres, Tavistock Publication, 1952, p. 205, in Safouan M., *Le transfert et le désir de l'analyste*. Paris, Ed. du Seuil, 1988, p. 116.
4. DEVEREUX, G., (1977). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris, Gallimard, 3^e éd., p. 95, 341, 352.
5. FERENCZI, S., (1985). *Journal clinique*. Paris, Payot, p. 54, 55, 56-57.
6. GELLNER, E., (1990). *La ruse de la déraison (Le mouvement psychanalytique)*. Paris, PUF, p. 72.
7. HACKING, J., (1998). *L'âme réécrite* (Etude sur les personnalités multiples et les sciences de la mémoire), Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo, *passim*.
8. HEIMANN, P., LITTLE, M., TOWER, L., et REICH, A., (1987). *Le contre-transfert*, Navarin éditeur, p. 60.
9. HEIMANN, P., LITTLE, M., TOWER, L., et REICH, A., (1987). *Le contre-transfert*, Navarin Editeur, p. 68, 71.
10. LANZMANN, C., (2009). *Le lièvre de Patagonie*. Paris, Gallimard, p. 453, 644.
11. LAPLANCHE, J., et PONTALIS, J.-B., (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF, p. 103.
12. NATHAN, T., (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, p. 51.
13. NATHAN, T., (1988). *Le sperme du diable*. Paris PUF, p. 14.
14. ZAJDE, N., (2005). *Guérir de la Shoah*. Paris, Odile Jacob, p. 266, 290
(Amcha, organisme israélien d'aide psychologique aux survivants de la shoah et à leurs enfants, a été crée en 1987 au moment de la guerre du Golf par un groupe de psychanalystes juifs d'origine hollandaise pour la plupart survivants).

Varia

Miscellaneous

LA CONSTRUCTION DE SOI DANS LE REGARD DE L'AUTRE

*François Marty*⁵⁴

Résumé

On aurait tort de penser que la construction de la vie psychique ne commence qu'avec l'activité fantasmatique. Ce serait laisser de côté les interactions qui s'établissent dès l'origine entre le bébé et le monde externe, et tout particulièrement avec la mère. Ce serait méconnaître la valeur contenant et structurante du visage de la mère dont la fonction est de réfléchir la propre activité psychique de l'enfant. La subjectivité de l'enfant se construit dans l'intersubjectivité avec la mère : il n'y a de sujet que dans la relation à l'objet. Ce court article met d'abord en évidence la pertinence et la profondeur de la pensée de D.W. Winnicott sur ce point, comme un prolongement heureux de ce que J. Lacan avait théorisé sur la fonction du miroir dans la formation du je, avant d'en tirer quelques conséquences sur la fonction réfléchissante de l'analyste dans l'expérience de la cure.

Abstract

It would be difficult to think that the construction of the psychic life could begin only with the fantasizing activity. It would mean to put away the interactions that are established since origin between the baby and the outside world, and especially with the mother. It would mean not to recognize the containing and structuring value of the face of the mother, with the function to reflect the child's own psychic activity. The subjectivity of the child is setting up in the intersubjectivity with his mother: the subject exists only in the relation with the object. This short article underlines first of all the pertinence and the depth of the D. W. Winnicott's thinking on this topic, as a good following of the Lacan's theory on the mirroring function in the construction of the je, before outlining some consequences of the reflexive function of the analyst during the experience of the therapy.

⁵⁴ Univ. Paris Descartes; fmarty2004@yahoo.fr.

Mots-clés: regard, visage de la mère, miroir, monde interne, contenant psychique, intersubjectivité.

Key words: view, the face of the mother, mirror, internal world, psychic container, intersubjectivity.

Regard: garder, regarder par en dessous, en face, de haut en bas, de travers, d'un bon œil, sous le nez, de près, à deux fois, ne pas y regarder de trop près, regarder à la dépense, mêlez-vous de ce qui vous regarde. Mauvais regard, mauvais œil, n'avoir d'yeux que pour lui ou elle, droit de regard, en regard. *Soutenir le regard;* comme le dit la comptine : «Je te tiens, tu me tiens, par la barbichette...». Détourner le regard, baisser les yeux, fixer quelqu'un, sont chez l'humain des éléments importants de la communication non verbale, dont le sens et l'importance ont la valeur de code de politesse, de communication, d'agressivité et varient selon les époques, les cultures et le contexte (dictionnaire historique de la langue française).

On a coutume de penser que l'organisation de la vie psychique se fait à partir de processus internes, cette conception pouvant laisser penser que la réalité externe compte peu, comme si l'influence des relations aux objets de cette réalité n'affectait pas la constitution du monde interne de l'enfant. On a même imaginé que l'activité fantasmatique du très jeune enfant démarre dès l'origine de la vie elle-même, l'enfant héritant dès sa naissance de fantasmes archaïques disponibles dès le début pour structurer et organiser sa vie psychique. Cette conception trouve un écho dans la mise en évidence de la précocité de la relation œdipienne – que l'on retrouve dans la conception kleinienne. Mais cette précocité laisse aussi apparaître une sorte de prédisposition à la relation (œdipe et surmoi précoces), précocité et prédisposition qui ont été confirmées par les récentes études des interactionnistes (Th. Brazelton, B. Cramer) : on découvre dans cette approche l'idée de compétences relationnelles chez le bébé qui seraient

présentes dès l'origine. Ainsi processus internes et appétence pour la relation semblent agir de concert.

Le constat de la prédisposition du bébé à la relation conduit à penser que l'être humain est équipé pour s'adapter à son environnement, pour être en phase avec la vie à une époque de son développement où il ne peut être entièrement autonome. Dépendant du bon vouloir des adultes qui l'entourent pour survivre à sa néoténie, pour interpréter ses éprouvés, le bébé ferait preuve d'une grande capacité à s'adapter aux conditions mêmes de la vie et déploierait une énergie considérable pour établir puis maintenir le lien avec ses partenaires proches, ceux-là même qui généralement sont à l'origine de sa vie.

Le bébé est un être de relation, prêt dès sa naissance (peut-être même avant) à entrer en contact avec son environnement, au point de donner à l'adulte qui prend soin de lui le sentiment que lui, le bébé, est doué d'un regard transperçant, parfois même menaçant, d'une possibilité de communication qui peut sidérer l'entourage, comme s'il était porteur d'un savoir⁵⁵ hérité du passé. D'où des projections massives qui envahissent la relation que les adultes peuvent entretenir avec lui, saturées des expériences antérieures vécues par ces adultes-là. Lorsque dans une même famille naît un enfant tandis que disparaît un grand parent, la croyance selon laquelle une naissance remplace une mort contribue à ce sentiment de puissance immanente dont le bébé serait investi. La naissance d'un nouveau-né confronte l'adulte à sa propre finitude, à sa limite, conférant ainsi à l'enfant le pouvoir fantasmatique de pousser l'adulte parent vers la mort. Si l'adulte donne la vie à l'enfant, ce dernier en retour donnerait la mort à ses géniteurs en prenant place dans la suite des générations.

La réalité psychique

Si l'enfant n'est pas passif, s'il n'est pas seulement le récipiendaire d'un savoir et d'un savoir faire transmis par les générations précédentes qu'il aurait à intégrer – en réalité, il est un véritable partenaire dans ces interactions -, il n'en demeure pas moins qu'il est aussi l'héritier malgré lui d'une histoire liée aux générations précédentes, histoire qui le dépasse et le

⁵⁵ Cf. Ferenczi, S. (1923), *Le rêve du nourrisson savant*, *Œuvres Complètes*, Tome III, Paris, Payot, p. 203.

précède. Aujourd'hui, la question de savoir ce qui est inné ou acquis semble se penser à la lumière de ce que la neurologie et la neuro-imagerie nous apprennent sur le rôle déterminant de l'épigenèse et particulièrement celui de l'épigenèse interactionnelle : les stimulations du monde externe modifient l'organisation de la carte cérébrale qui modifie à son tour l'appréhension de la réalité externe par l'enfant. Le développement cérébral est fonction de la nature des sollicitations externes. Notre cerveau présente des potentialités qui nécessitent d'être activées pour se développer ; tout n'est pas joué d'emblée, l'avenir (l'acquis) modèle, voire construit le passé (l'inné). Si l'enfant possède des compétences dès l'origine, et on peut penser que ces compétences sont à mettre au compte d'un héritage génétique, il faut la sollicitation du monde externe (expériences de relations vécues avec l'environnement) pour que ces compétences soient activées ou du moins entretenues. Rien n'est donc figé dans un déterminisme génétique qui définirait une fois pour toutes les grandes lignes de la vie de chacun. Au contraire, semble-t-il, l'avenir est ouvert à d'imprévisibles prolongements, comme la vie elle-même qui suit des chemins qui s'inventent pour une part au gré des hasards et des nécessités.

A ce niveau de compréhension des mécanismes qui président à la naissance de la vie psychique, nous pensons que le sujet a besoin de l'objet pour se construire, même si dans les premières étapes de son développement, l'enfant est pris dans un rapport tel à l'objet qu'il ne saurait être distingué de lui. Au début, l'objet est là, mais l'enfant ne le sait pas. Cet insu traduit l'incapacité provisoire de l'enfant à se penser comme sujet distinct de l'objet. Dans cette phase initiale, ils sont dans un rapport de confusion. Ce qui va permettre à l'enfant de se distinguer de l'objet, de se différencier de lui, c'est la présence d'un autre déjà humain. Il faut la relation avec un autre humain pour que ces capacités de l'enfant s'installent et se développent. Cette présence agissante de l'autre est fondamentale pour l'humanisation, ne serait-ce que par la relation stimulante que cette présence instaure. Il faut l'animation (« anima », l'âme) de l'objet pour créer le mouvement (« movere », émotion) de la vie, pour éveiller l'enfant à toutes ses possibilités d'action et d'expression. Cette présence d'un autre, semblable mais différent, rend possible par un effet de miroir la prise de conscience de sa propre existence dans l'identification primaire à cet autre

que soi. La reconnaissance d'expressions du visage humain créé un sentiment de familiarité qui favorise l'identification.

L'altérité se construit très progressivement et, paradoxalement, l'étape la plus importante de ce processus est celle d'un investissement narcissique puisant à la relation libidinale à l'objet: on ne perçoit bien l'autre que dans la mesure où ses propres assises narcissiques sont bien constituées, solidement établies dans une relation gratifiante à autrui. Ce mouvement de construction de soi s'effectue par va et vient entre expérience de rencontre avec l'objet et retour sur soi, comme dans le rêve au sein duquel l'enfant se replie pour mieux se penser⁵⁶, pour mieux se reprendre, à l'abri des excitations du monde externe, pour mieux se réaliser à partir de l'élaboration du fantasme et par ce travail psychique de l'hallucination de l'objet, réaliser le désir inconscient. Tantôt l'enfant se construit en présence de l'objet dans cette relation vivifiante et interagissante, tantôt il se développe en son absence comme le montre si bien cette séquence ordinaire de la vie d'un petit enfant telle que S. Freud l'a décrite avec le jeu de la bobine. Le jeu permet la maîtrise de l'angoisse liée à la disparition de l'objet, il introduit en le symbolisant la perspective de l'intériorisation de son absence. À dire vrai, il s'agit d'entrelacs, successifs et concomitants à la fois, où nul ne saurait dire où se situe l'origine du mouvement, du côté de l'objet ou de celui du sujet, du côté de la réalité extérieure ou de celui du monde interne. C'est pourquoi la notion même de «réalité psychique», telle que nous la propose Freud, rend compte dans la condensation de sa formule du jeu complexe qui lie de façon consubstantielle ces univers de l'interne et de l'externe. Il n'y a pour l'enfant de réalité externe que parce que son monde interne est constitué ou en voie de l'être. Il n'y a de monde interne que parce que la réalité extérieure est perçue par l'enfant. L'objet est perçu avant d'être pensé, perçu et pensé avant d'être représenté.

⁵⁶ Laplanche, J., *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF, 1987.

Le soleil éclaire, la lune réfléchit : le rôle du visage de la mère comme miroir

La dialectique de la relation entre sujet et objet, interne et externe, entre capacités de l'enfant et stimulations de l'environnement ne saurait suffire à faire d'un bébé un être humain. La relation avec un animal domestique s'inscrit parfaitement dans ce schéma des interactions et donne lieu à de véritables relations vécues et perçues comme telles par les deux protagonistes (homme et animal). Dans le règne animal, le regard y joue même un rôle certain en tant que voie de communication entre la mère et son petit. Manque un certain de degré de réflexivité qui, dans le cas du bébé, donne ce supplément d'âme qui semble faire défaut aux animaux les plus proches de nous. La réflexion n'est pas seulement une activité cognitive, intellectuelle; elle s'inscrit dans la sensorialité, dans l'expérience du corps qui trouve à se symboliser dans la relation à un autre humain. Parmi ces expériences structurantes qui donnent à l'enfant les moyens de se percevoir et pas seulement d'éprouver, se trouve la rencontre avec le visage de la mère. Si dans son texte «Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique»⁵⁷, J. Lacan a traité de la fonction du miroir⁵⁸ dans le développement du moi, D.W. Winnicott a proposé de penser dans son article «Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant»⁵⁹ que le visage de la mère apparaissait comme le précurseur du miroir. La mère réfléchit au bébé son «soi» propre. Quand le bébé tourne son regard vers le visage de la mère, c'est lui-même qu'il voit. La mère «regarde le bébé et *ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit*» [6]. L'enfant peut s'envisager⁶⁰ parce qu'il est dévisagé par sa

⁵⁷ Lacan J. 1949, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, pp. 93-100

⁵⁸ Henri Wallon (1879-1962), a été le premier psychologue à relever l'importance du miroir dans la construction psychologique de l'enfant. Il développa cette notion dans *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, PUF, 1983.

⁵⁹ Winnicott D. W. (1971), Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975, pp. 153-162

⁶⁰ Haag G., La mère et le bébé dans es deux moitiés du corps, 2^{ème} Congrès mondial de psychiatrie du nourrisson, Cannes, mars 1983.

mère et qu'il trouve dans son visage l'expression d'un regard qui lui renvoie son image. L'enfant se voit vu et voit sa mère le regarder avec une intensité désirante qui lui donne le sentiment de sa propre intensité d'existence. Le regard de la mère éclaire son visage et l'enfant s'y réfléchit. Il ne s'agit donc pas seulement d'être vu, perçu par l'autre, il y faut la dimension de l'intention reconnaissante et désirante de celui qui voit pour que la vue devienne regard. Le regard est une expression éminemment subjective qui porte en lui la trace d'une conscience réfléchissante. Le regard est une façon d'envisager le monde: c'est même un point de vue sur le monde. L'enfant se voit dans le regard de sa mère parce qu'elle lui reconnaît la qualité d'un objet investi libidinalement, doué d'une qualité affective d'intelligence. Elle dévisage l'enfant en lui donnant dans cette dévoration oculaire le don de la réciprocité. Elle lui transmet son propre désir de reconnaissance, son désir d'aimer et d'être aimé par lui. L'enfant reçoit ce qu'il n'a pas encore, la mère lui faisant crédit de cette intention (de reconnaissance et de relation avec l'autre) à un moment où il émerge seulement et très progressivement du chaos de l'inexistence. Et c'est en le dotant de ces qualités - que le bébé n'a pas encore - qu'elle lui permet de les développer. Le visage de la mère constitue ainsi un contenant psychique pour les pensées à venir du bébé qui le contemple. L'ouverture à la beauté du monde donne au bébé la sensation profonde d'exister par le truchement de l'émotion esthétique (D. Meltzer) que suscite cette rencontre.

L'intersubjectivité

Ainsi, la vie psychique naît-elle chez l'enfant de cette rencontre avec une autre subjectivité qui s'exprime dans la façon de le reconnaître comme sujet. Le bébé devient sujet parce qu'il est d'abord reconnu comme tel par sa mère, avant même qu'il ne soit en mesure de le manifester. Cette reconnaissance du caractère humain du bébé par sa mère crée les conditions de l'intersubjectivité. Il ne s'agit plus seulement de la rencontre entre un sujet et un objet, mais de celle qui unit un sujet à un autre sujet. L'objet est sujet de la relation pour un autre sujet et chacun prête à l'autre cette qualité subjective. L'intersubjectivité se décline sur tous les modes de relation que l'enfant et l'adolescent établissent avec l'adulte. C'est aussi sur

ce fond de reconnaissance de l'altérité subjectivée de l'objet que se construisent toutes les relations humaines. C'est lorsque cette reconnaissance de la subjectivité de l'autre fait défaut qu'apparaissent les troubles graves de ces relations, comme dans la perversion et la psychose. Cette façon de comprendre la construction de la vie psychique – par étayage sur l'objet – vient compléter et enrichir la conception processuelle qui, elle, met en avant le caractère endogène de l'activité psychique. En mettant l'accent sur le rôle de la relation à l'objet comme vecteur de la constitution de la vie psychique, nous donnons du poids à la découverte freudienne du fantasme comme intériorisation de cette relation. Car si le travail de la psyché est essentiel dans ce procès de symbolisation qu'est la subjectivation, la vie psychique ne saurait exister sans la présence humanisante d'un autre.

Fonction du regard à l'adolescence

Au moment de l'adolescence, l'identité se sexualise dans une double quête : celle du corps, d'abord phallique, puis génital et celle de l'objet d'amour qui, lui aussi, change de statut, d'abord familial - œdipien (infantile et pubertaire) - puis étranger, extra familial, non œdipien. Cette double quête expose l'adolescent au risque d'un attachement prolongé au parent œdipien du même sexe ou à des fixations libidinales dans l'investissement du corps propre. C'est ce type de tribulations - que l'on rencontre dans cette quête identitaire - qui sont à l'œuvre chez l'adolescente «garçon manqué», où le regard joue un rôle éminent.

Pour conclure

Si le regard de l'autre joue un rôle essentiel dans la construction de soi, il en va de même dans le travail en, psychothérapie. «La psychothérapie ne consiste pas à donner des interprétations astucieuses et en finesse; à tout prendre, ce dont il s'agit, c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu. J'aime à penser ainsi à mon travail et aussi que, si je fais suffisamment bien cette tâche, le patient

trouvera son propre soi, sera capable d'exister et de se sentir réel. Se sentir réel, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre». Ces quelques lignes de Winnicott [6] nous invite à penser à la fonction réfléchissante de l'analyste, à sa fonction contenant aussi pour permettre finalement au patient d'installer en lui ce regard intérieur gage de confiance, de profondeur et d'authenticité. Se sentir réel, c'est cette capacité à être relié à soi, à ses émotions, à son monde interne. Mais ce monde interne n'est-il pas peuplé des autres qui nous ont construits?

RÉFÉRENCES

1. FERENCZI, S., (1923). Le rêve du nourrisson savant, *Ceuvres Complètes*, Tome III. Paris, Payot, p. 203.
2. HAAG, G. La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, 2^{ème} Congrès mondial de psychiatrie du nourrisson, Cannes, mars 1983.
3. LACAN, J., (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, pp. 93-100.
4. LAPLANCHE, J., (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris, PUF.
5. WALLON, H., (1983). *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. Paris, PUF.
6. WINNICOTT, D. W., (1971). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975, pp. 153-162.

Discussions

Discussions

Commentary on

**«The regressive potential of
countertransference»**

by Monica Balaşa

Acrobatics with or without a net

*Alfred Dumitrescu*⁶¹

The paper written by Monica Balaşa brought to my mind the image of the obstacles course of a riding event, a contest in which horse and rider try to get over the obstacles faultlessly and as quickly as possible. I think this impression is due to the large number of 'gates' left half-open by this paper which, by lack of enough space, invites us to explore those barely touched issues at leisure, individually or in small groups, once this Conference will be over.

As for myself, I have chosen to open the last of these gates and I submit to your attention a few considerations related to the very last lines of this paper:

"The analyst has to know how to knit safety nets. Safety nets able to catch the patient who falls into the void and to hold on himself in those dramatic and exhilarating analytic situations when the analyst follows his patient into the void." [My translation]

The metaphor used by Monica Balaşa made me think of a book written by Michael Balint called "Thrills and Regressions" published in 1959 and in which he tries to retrace the psychogenetic evolution of two defensive developments in relation to the trauma caused by the inevitable

⁶¹ *Romanian Society of Psychoanalysis*; alfred.dumitrescu@lighthouse.com.ro.

loss of 'Primary Love' or "Primary object relationship". Balint calls these two directions "primitive attitudes towards the world", constructs two *sui generis* names for them and, of course, draws their specificity in the patient-analyst relationship within the analytic setting.

Thus, we have, on one side, the "philobatic", defined by "philobatism", a term meaning attraction for "acrobatics" (the word meaning, in Ancient Greek, "*he who walks on his toes*") and, as a general attitude towards the world, the attractions for those physical and intellectual endeavors which suppose renouncing the usual, the familiar and safe grounds and using well honed skills in order to dominate external dangers and, thus, taking control over one's own fears.

But, beyond this good adaptation to the external world, the philobatic strives to finally meet his much realistic phantasy of a 'perfect world' in which objects of the external reality are absolutely kind to him and are also allowing him those 'trips to the limits' (the 'thrills' he so much strives for) but, of course, **never over the limit**.

Essentially, the philobatic trusts no one but himself and his own skills and only needs objects in order to make the world around more interesting and challenging.

Of course, where one extreme attitude is described the opposite one is never far and, for it, Balint coined the term "ocnophilic" / "ocnophilia" meaning a tendency "*to shrink, to hesitate, to cling, to hang back*".

As opposed to the philobatic, the ocnophilic favors familiarity over novelty and clings (often quite literally) to the objects, either material or alive, in a magic attempt to remake a primitive state of absolute wellbeing through symbiosis with the object; an attempt doomed to fail as its underlying phantasm is not "to cling" to the object but "to be held" by it (permanently and unconditionally), a phantasm which can only be disappointed, sooner or later, by reality.

At first sight, ocnophilia seems to be more primitive as we may think that "clinging" is primordial in relation to 'letting go'; however, Balint points to some observations which make the task of establishing the relative chronology of the two attitudes more difficult: thus, getting hold of the breast seems to come easy only for healthy newborns (the Apgar

champions) while pre-mature ones need time in order to 'learn' how to accept the breast.

Anyhow, establishing such a chronology is not a priority for Balint in this book and for the present commentary his considerations regarding the ways in which those two fundamental attitudes translate within the boundaries of the analytic relationship are by far more relevant.

Thus, a patient sitting-up or even raising from the couch and walking around the room after lying still could be "read" by the analyst also in terms of the passage from an ocnophilic clinging to the safety of the couch to a philobatic "adventure" meant to strengthen the trust in the analyst as an object both separated and benign, an object that can be seen, evaluated and avoided.

Balint also mentions those frequent occurrences when, within a certain stage of the analysis or even during a single session, the patient starts by lying on the couch with eyes wide open, scanning the environment and only afterwards discover the possibility to close his eyes, relaxing the ocnophilic grip on the external reality in order to ease his way towards his own internal world.

Then, during the next stage, the internal world becomes the object to cling to while external reality looks frightening and dangerous and only by working through those different levels of ocnofilic fixation the patient becomes able to switch with tolerable unease from one position to the other, to 'let go' a familiar object and welcome a new one as relatively harmless.

Silences, pauses, reactions triggered by the interpretative or clarifying interventions of the analyst are among a few of the areas where Balint identifies the predominance, alternation or fusion of those two regressive paths within the transference relationship.

As for identifying them in the analyst ways of thinking and working, Balint keeps within the limits of proposing a typology which shows, *grosso modo*, that a predominantly ocnophilic analyst will regularly provide patients with interpretations meant to produce insights (external objects offering to be internalized) and, subsequently, will offer himself (or, rather, his idealized image) as an object to be introjected, with all the limitations thus imposed on the patient; on the other hand, the philobatic analyst will

be more tempted to allow plenty of free space to his patient's internal dynamics and less so to offer himself as an object for introjection, with all the risks involved in letting a patient still insufficiently "equipped" to face his inner void.

So, philobatics or ocnophilics?

Obviously, Balint does not propose any "good practice model", especially as it would be hard to believe that there is a deliberate and conscious choice to be made.

Still, there are some possible themes that I would submit to your attention and which can be approached from the perspective opened by Balint:

Thus, we can think about the analyst's regression in terms radically different from those we use for the patient's regression, in other words we can consider the analyst's regressive moves as "accompanying" those of the patient, with a similar or complementary quality;

Or, conversely, we can see them as same order phenomena, that is re-balancing movements occurring in parallel within a relationship significant enough to trigger the most intimate internal processes of the protagonists; considering the dynamic attunement of those process as the very essence of the analytic process may, of course, re-open the discussion regarding the extension of countertransference as a psychoanalytic concept.

In the same line of thought, we can see various details of the analyst's functioning (i.e. taking notes or not doing so, frequency and style of interventions, relationship to the analytic frame etc.) as mere specificities of his working style, relatively independent of his here and now relationship with the patient, as countertransferential responsiveness to the patient's regressive or progressive dynamic or, from a perspective closer to the one suggested by Balint, as indicating some essentially regressive patterns to which the analyst, struggling with his own primitive anxieties amplified by the encounter with the patient, resorts in order to phantasmatically re-instate what, **for himself**, is the path to the illusion of the "primal love".

Finally, I would propose as a matter of discussion the question whether free association and regression are, as Balint concedes, two essentially different access paths towards the original trauma or are just different ways of "playing" the same reparatory scenario.

**Le fauteuil des idéologies et le divan de la
psychanalyse.
Essai de (non) connaissance psychanalytique
de la confluence entre croyances et
convictions**

*Matei Georgescu*⁶²

Discussion sur

**«Le contre-transfert du psychanalyste et la
croyance du patient. Séquences cliniques»
d'Irena Talaban**

Se servant du motif de la rencontre de deux croyantes, une «psy» et une patiente (Estelle), très croyantes, une de Freud et l'autre de Dieu, Irena Talaban commence à nous parler de deux notions «savoir et croire», pour problématiser «savoir *comment* croire» et surtout peut-être pour nous rappeler la «croyance dans savoir» et le péril «de la conviction de savoir». Bref, il s'agit d'un ouvrage sur le rapport entre les cultures et la théorie (pas entre la Culture et la théorie), qui consiste dans l'interaction entre idéologies et psychanalyse.

Un analyste de Bucharest n'aurait pas pu élaborer ce texte et Florina et Hakim, les protagonistes de deux dernières vignètes qui nous conduisent dans l'Afrique noire et dans le métissage algériano-arabo-français, sont seulement une partie du tableau représentant le laboratoire de ce texte. On

⁶² Société Roumaine de Psychanalyse; matei.georgescu@yahoo.com.

voit que, tel Devereux et Nathan, Irena Talaban est un sujet des confluences culturelles constituant des indices de discrimination de la théorie, autrement absents des contextes culturels et ethniques homogènes.

Il est vraiment difficile de faire la théorie de la différence de l'intérieur d'une clinique ethniquement homogène, faute des patients tel Hakim et surtout d'une expérience culturelle renforcée et diverse. C'est justement l'expérience de ces différences, intégrée dans la clinique-théorie, qui a généré depuis Devereux un discours complexe sur les cultures, imprégné d'un air encore exotique en ce qui concerne la psychanalyse, discipline habituée plutôt à la signification «monolithique» de la Culture.

On n'a pas pu faire une théorie de la clinique éthiquement hétérogène après l'apparition des notions *Totem* et *Tabu*, époque des maîtres de différents registres tels L. Kroeber ou Bronislav Malinowski, car il était probablement besoin d'un auteur ayant des appartenances culturelles kaléidoscopiques, comme par exemple Devereux.

Estelle, patiente mémorable, refuse une psychanalyse qu'Irena Talaban ne lui avait pas proposée. Estelle refuse une représentation composite, effet de ses multiples appartenances-attachements, qui a un relief binomial instable, le visage de Dieu et l'image de Freud. Si l'analyse aurait été pour Estelle l'acte de *s'allonger* sur le divan et mettre en péril un équilibre fragile tandis que l'appui aurait constitué la possibilité de *se tenir* droite devant Dieu, le choix est plus qu'évident.

Dans le cadre de la psychanalyse les choses sont simples: Estelle s'est située, d'un côté, entre le présentement des expériences transférentielles déstabilisatrices, relatives à un objet maternel mauvais, et d'autre, à la recherche d'un contexte qui lui permette la rémanence compensatoire dans un rapport substitutif avec une figure paternelle bonne – Dieu.

Cela aurait l'ébauche caricaturale et hasardée des relations fondamentales d'Estelle, dessinée suite à une séance et à une lettre et générée par la conviction implicite.

En ce qui concerne Estelle, on peut penser à sa représentation de la théorie-clinique psychanalytique, avec ses articulations appliquées (par exemple le divan et Dieu-illusion). Estelle aurait rejeté la perspective passive-horizontale d'une mère périlleuse et l'absence apriorique de toute verticale gotique associée à un tiers-père-dieu bon (ou même la perspective

de son drainage), tout cela condensé dans la représentation-psychoanalytique qu'Estelle avait, comme bénéfice du groupe culturel d'appartenance – et les idées exposées continuent à être une assertion de l'intérieur de la science psychoanalytique.

La différence entre un patient de la Roumanie du communisme tardif et un patient français est évidente: une Estelle roumaine aurait reflété d'une manière *diverse* l'image du *psy* et de ses propositions – le motif de l'horizontalité du divan (qu'il n'aurait pas connu) aurait été absent, mais aussi la perspective de la figure illusoire du dieu freudien. On ne connaîtra jamais ces différences à cause du fait (avec statut de corrélat groupal-culturel) qu'une Estelle roumaine n'aurait jamais été envoyée à voir un *psy*. Irena Talaban indique, dans son exposition, la nécessité de changement du registre théorique, à savoir la psychanalyse avec l'ethnopsychiatrie, afin d'avoir pu travailler avec Estelle en tenant compte de sa croyance catholique et pas de ses sources inconscientes car il y a un travail implicite sur le matériel clinique, sur la façon dont *on* écoute le patient : les hypothèses, les interprétations et les constructions sont produites conformément à la théorie et à la logique de l'anthropologie psychoanalytique où, par exemple, les visages démiurgique célestes sont très terrestres.

La théorie du psychanalyste, située dans l'universalité générale (et pas concrète) de ses patients, est l'expression d'une «croyance-conviction», effet de sa formation et de son appartenance au groupe professionnel. L'appartenance formative-associative-professionnelle de l'analyste constitue la prémisse (la source) de tout (contre)transfert premièrement comme effet de l'ordre conceptuel qui catégorise et hiérarchise implicitement la clinique. C'est pourquoi la rencontre du patient et du psychanalyste avec un univers de significations ayant un caractère transculturel, qui influe les croyances-représentations que le patient a sur la psychanalyse et surtout leur rapport avec les croyances-convictions-appartenances de l'espace culturel de référence.

Le psychanalyste «construit» l'univers de significations de son patient grâce à la théorie analytique : dans l'espace relationnel, le transfert ne peut pas être un phénomène *objectif* s'il n'est pas, tout d'abord, un phénomène *subjectif*, *connu* (constitué comme conviction) par l'analyste. Il est possible

que l'«objectivité» des phénomènes clinique soit l'effet des convictions subjectives soutenues par le groupe, à travers l'appartenance professionnelle.

L'objectivité de l'appareil psychanalytique est une convention de nature sociale-historique (comme toute autre science) soutenue par les bénéfices de la capacité de signification de la dynamique psychique. L'ensemble de phénomènes subjectifs-objectifs «découpés» conceptuellement a, probablement, la fonction (similaire aux systèmes thérapeutiques traditionnels) de soutenir un sens (relationnel, évolutif, etc.) qui permette des processus changeants d'une grande complexité. Le sens généré par l'appareil psychanalytique diffère radicalement de celui des systèmes traditionnels pour ce qui est de la contextualité, mais pas de la fonction.

Irena Talaban continue la discussion sur la problématique du code culturel à travers le rappel à la célèbre patiente Frieda et aux potentielles valences de la Shoah dans l'espace analytique. On peut rejoindre les questions d'Irena Talaban sur la modalité dont l'analyse aurait changé si Margaret Little avait fait la différence entre un décès «commun» et le Shoah, à savoir si l'ensemble de significations de l'judaïté avait eu sens à l'intérieur de la problématique universel du deuil. En fait, Margaret Little se retrouve dans le texte, grâce à ses influences dans la théorie de la problématique du contretransfert, ouverte par Ferenczi et par Paula Heimann, Annie Reich et pas dernièrement par Lacan. Tout cela pour explorer le rapport entre la théorie et l'attitude implicite qu'elle implique.

En ce qui concerne la psychanalyse universaliste, le (contre)transfert est un phénomène universel sans spécificités culturelles : par exemple, le survivant du Shoah a le statut de sujet «universel» d'une analyse et non pas un statut particulier affecté décisivement par un événement avec génération ethnique; or c'est justement là qu'apparaît l'expérience de la clinique pluriethnique car le contretransfert contient des déterminations culturelles, linguistiques, historiques etc. *in vivo*, qu'on ne peut pas réduire ou aligner de manière universaliste.

On peut considérer qu'à travers la généralité universelle de la théorie psychanalytique – immanente à la conviction-attitude de l'analyste – on aligne les sens de la généralité concrète du patient – ses croyances: par

exemple, l'analyste *sait* que Dieu est une représentation opiacée qui renvoie à l'espace relationnel précoce et pas une *réalité* psychique *pérenne*.

La psychanalyse, conviction universelle actuelle, avec des reflets multiples de *Weltanschauung*, a remplacé les croyances et les traditions culturelles diverses, les modalités millénaires qui remplissaient les mêmes fonctions (et dont la représentation d'efficacité représente, en soi, une question d'appartenance gnoséologique). La différence entre la psychanalyse et les traditions est très importante car, en termes nathaniens, les systèmes traditionnels, culturellement circonscrits, ne peuvent pas être remplacés par un discours scientifique universaliste.

Par conséquent on comprend pourquoi dans la clinique actuelle de Tobie Nathan survie encore un *djinn* ou un *dibbuk*, avec d'autres invisibles et surtout pourquoi je suis reconnaissant à Irena Talaban d'être restée en France.

Discussion sur

«Le contre-transfert dans la clinique contemporaine. Une séance déplacée»

de M. Vincent

*Brîndușa Orășanu*⁶³

Michel Vincent nous propose, dans sa communication sur le *enactement*, de réfléchir au mode dont la communication entre le patient et l'analyste peut avoir lieu en marge du cadre analytique (en considérant le cadre non pas comme une limite en soi, mais comme totalité des conditions constantes qui rendent possible le processus analytique). Comme le montre J. Bleger, le cadre peut être vu comme un non-Moi pour l'analysant, une toile de fond sur laquelle se développe et se construit l'Ego et l'identité de celui-ci. Toute modification dans le cadre, initiée par l'analyste, est perçue comme une brèche à travers laquelle pénètre la réalité extérieure, avec un impact qui se montre souvent beaucoup plus grand que ce qu'auraient prévu non seulement le patient, mais aussi l'analyste.

La valeur de communication de l'acte dans l'analyse est virtuelle au moment de l'acte. Elle se montrera comme réelle dans l'*après-coup*, dans la mesure où l'acte sera ou ne sera pas utilisé en faveur du processus analytique, dans la mesure où on passera du registre de l'action au registre de la pensée, processus parfois difficile et douloureux.

Les deux exemples cliniques, dont un est l'expérience de Michel Vincent, illustrent de façon macroscopique des modalités de communication, d'«échange souterraine» ou d'«inter-action» qui

⁶³ Société Roumaine de Psychanalyse; obrindusa@yahoo.com [La Discussion est sur l'article de Michel Vincent, qui a été publié dans le no 1, tome V, 2012 de la RRP – n. red.].

apparaissent souvent pendant la séance, en étant pourtant moins visibles, puisqu'ils relèvent du registre infra-verbal.

L'un des thèmes communs, qui apparaît en une diversité de formes et dimensions, est effectivement le thème de la séparation, de l'abandon ou même, encore plus discret encore, du «déplacement» de l'un ou l'autre des deux protagonistes, «déplacement» qui peut rester dans le registre affectif et qui modifie la distance psychique pendant la séance.

En revenant aux deux exemples cliniques, elles ont en commun l'effet inattendu d'un acte de l'analyste qui semblait répondre à une requête de la part du patient. Francine demandait la réduction de la fréquence et l'avait obtenue temporairement. Jacques a demandé de changer la séance et l'avait obtenu. L'impact inattendu de ces «faveurs» montre, comme le dit Michel Vincent, que l'appréciation phénoménologique de l'acte dans la psychanalyse en est une simpliste et loin de garantir la compréhension.

Dans les deux cas, l'analysant et l'analyste co-travaillent pour la mise en scène ou l'actualisation d'un fantasme inconscient. Après, il sera développé, dans le sens photographique, et élaboré.

Dans les deux cas, la séance «retirée» ne peut être compensée par l'acte de l'analyste ou par la coïncidence apparente entre le désir de la patiente et celui de l'analyste (en roumain on dit «une pensée rencontre joyeusement une autre pensée», pour parler d'un fait «hasardeux», mais profitable pour les deux parties).

Les deux exemples montrent que le terme de «réparation», dans son sens étroit, n'est pas approprié à la psychanalyse. Il est impossible d'améliorer, dans le présent de l'analyse, quelque chose qui se trouve dans le passé de l'analysant, sans apporter cette chose dans le présent de l'analyse. C'est une illusion de croire qu'un contre-transfert dans le sens de «opposé au transfert» peut contourner le transfert.

La sollicitude de l'analyste ne peut remplacer purement et simplement l'abandon du passé. Pour se modifier, pouvoir être pensé et dépassé, l'abandon tient à faire son apparition dans la séance, d'une façon ou d'un autre, plus bruyamment ou plus discrètement, c'est-à-dire se matérialiser dans un *transfert* qui demande à l'aide un contre-transfert.

La différence entre les deux vignettes présentées serait, il me semble, dans la *précision* du transfert du cas de Jacques. Dans le cas de Francine, la

disparition d'une séance a seulement semblé répondre à ses désirs, car elle n'avait pas demandé de renoncer à une séance quelconque, mais avait demandé une modification du cadre, qui reste constante. Chez Jacques, le «déplacement» de la séance a correspondu exactement à sa demande et malgré tout cela il a été considéré par lui comme «déplacé», dans le sens de *inapproprié*.

C'était une manière de suggérer que son passé douloureux demande d'être pris en considération. Ce qui s'est d'ailleurs produit, avec l'aide attentive de l'analyste.

Je conclus en rappelant que l'accomplissement inattendu d'une requête ou d'une pression de la part de l'analysant peut être accueilli avec déception parce que la requête venait d'une partie d'un conflit interne. Une fois la partie «insistante» satisfaite, l'autre, restée seule, revendique ses droits (opposés). Nous avons une

illustration dans *A la recherche du temps perdu* : l'enfant Marcel reproche à la mère de lui avoir lu toute la nuit, en répondant à son désir de ne pas être quitté à l'heure du coucher. Michel Vincent nous cite un fragment de *Hamlet* avec des connotations oedipiennes. Je me demande s'il y a une similitude avec le cas de Jacques, ce qui supposerait une culpabilité liée au mystère du départ du père. Si c'était comme ça, alors, pour Jacques, un analyste-père qui abandonne pourrait être préférable à un analyste-père chassé (déplacé).

Je remercie Michel Vincent d'avoir partagé de son expérience avec nous.

Commentary on

**«The rule of abstinence and the
countertransference»**

by Vasile Dem. Zamfirescu

*Daniela Irimia*⁶⁴

Mr. Zamfirescu's work references an important debate, related firstly to countertransference as a consciously controlled reaction to the patient's transference, and secondly, to countertransference as a profoundly subconscious phenomenon, which engages the therapist, but only après-coup, as the French have it. And here follow a myriad of questions which could give further meaning to this discussion.

Still, I will only discuss the issues Mr. Zamfirescu's paper suggests, namely: how the couple therapist-patient looks like in the analytic treatment based on frustration/ gratification, the consequences the closed model of the mind has for the patient, whether enactment is an amendable mistake or an inevitable consequence of the subconscious interaction between the two actants and how a psychoanalytically healing attitude can be constructed within the context of contemporary psychoanalysis.

The first issue is related to the model of the mind proposed in classical psychoanalysis and the consequences of this model for what therapeutic action really means.

For classical psychoanalysis, the human mind was a closed energetic system, driven by biological pulsations which demanded satisfaction, release. Within the mind, these pulsations, which sought gratification and were controlled or channeled towards release or defending the ego, played

⁶⁴ Romanian Society of Psychoanalysis; danielairimia2007@yahoo.fr [This commentary is on the paper of Vasile Dem. Zamfirescu which was published in RRP, V, no. 1, 2012 – n. red.].

an important role. At the same time, the ego tried to find external objects suited for the release of these pulsations. **At the office, the psychoanalyst was such an “object of drives”.** The transference which occurred was a re-editing of original infantile fears and desires within the relation established with the analyst. The latter was supposed to function as a neutral analytical object, able to maintain a bearable balance between frustration and gratification, so as to lead the patient to a freeing insight. The insight following the interpretation of transference offered the patient the chance to release blocked energies and to give up infantile desires. The analyst had to fight the patient's resistance, whose purpose was to hide and protect infantile desires.

It was only the frustration of these desires during transference that made it possible for the patient to remember and stop their pathological recurrence. This represents the perfect example of the classical analytical situation, based on the adequate dosage of frustration/ gratification. This benevolent neutrality also meant that any emotional reaction on the part of the therapist was unwanted and dangerous for the patient. Freud's writings are contradictory when it comes to the therapists' using their mind. On the one hand, the analyst had to make use of his or her intuition and be in contact with his or her own subconscious processes, in a sort of subconscious tuning, floating attention. Secondly, the therapist's emotions - strong feelings of helplessness, desperation, anxiety - are seen as a pathological manifestation of unsolved infantile conflicts.

In the classical approach, the therapist is driven to occupying a position which encourages not only his or her idealization on the part of the patient, but also a dangerous form of self-idealization. In this situation, the therapist holds the correct notion of the patient's mental reality. The latter comes across as an infantilized copy, whose every observation or request of the therapist seem to represent only the dangerous distortion of transference.

However, even in the classical trend, this perspective has been radically criticized. Quote from Racker (1968)

“The first distortion of the truth within the myth of the analytical situation is the fact that psychoanalysis is an interaction between a healthy person and a sick one. The truth is that this is an interaction between two personalities for which the

Id, super-ego and external reality create a pressure on the ego... Each personality has its pathological defenses, its external and internal dependencies... each of them is also a child with internal parents... and each of these two whole personalities – of the analyzed and the analyst- react to each event taking place during the analytical situation."

Moreover, *"The relationship of the analyst with the patient is a libidinal one, a constant emotional experience."*

Regarding this constant emotional experience, Sandler observed that patients know they can influence the analyst's experience and that the freedom the analyst has to resist this influence is only limited.

What becomes ethically dangerous for the contemporary analytical situation is precisely this advancement of the therapist as arbitrator of the patient's mental reality and this neglecting of the patient's contribution to what should have been an objective interpretation. This idealization of the therapist's position, included in the practice of the principle of abstinence gives way, paradoxically, to the reiteration of a trauma Freud was afraid of: the assertion of the therapist's omniscient voice and the patient's failure to find his or her own voice, a voice different from that of his or her parents.

The model of the inter-personal mind, of a psyche whose purpose is the seeking of objects and relations, has dictated a new atmosphere in the therapist's office and a new hygiene of the psychoanalytical relationship.

In this approach, the problems which come up in the early relationships with important people are the root of disturbances in later relationships, not because they block the patient in his or her infantile desires, but through the flawed construction of a network of object (interpersonal) relations.

This theory doesn't ignore what the classical model of therapeutic action believed in, namely the value of awareness and mending of early experiences, but holds the alteration of any patient's relational patterns as essential for therapeutic change.

The therapist comes into the patient's relational world within the old, pain-inducing patterns, but he or she manages along with the patient to find new forms of relations which go beyond the patient's experience of him - or herself, as well as others. The therapist is neither closer to reality,

nor more mature; he or she is only different from the patient and more inclined to further therapeutic change.

What directs / motivates the therapist's actions is the patient's healing relational experience. But here I have to note that the therapist is somehow asked to perform the roles which the patient's inner world provides (role responsiveness), so as to feel and overcome them differently along with the patient.

For therapeutic change to be possible, the therapist has to feel and bear the subconscious impact of the roles the patient provides. This occurs either by enacting the patient's interactional scenarios, or, sometimes, by living out his or her own interactional scenarios as a consequence of the deep subconscious impact the patient has on the therapist.

The ethics of such a therapeutic mechanism force the analyst to constantly take into consideration two sides of his or her relation to the patient, sides which are often difficult to distinguish. These two components are the awareness of a subconscious interaction with the patient, namely the enactment, and the use of this enactment to broaden the analytic couple's experience through interpretation. **The interpretation is no longer imposed on the patient by an omniscient therapist, but suggested to the patient as a result of the patient-therapist couple.**

The icy, blank screen attitude (frustration as a principle), the ideal of no emotional or subconscious involvement on the part of the therapist are now seen as an obstacle in the healing process. You can only offer an interpretation that is relevant from within the relationship. **And this is not about letting the patient influence you, as a therapist. This influence takes place nonetheless; denying it only means working in ignorance of one of psychoanalysis' monumental discoveries: the subconscious of participants. No matter the approach, in the office, the therapist is ultimately a human being with a unique mind, history and subconscious. The therapist's subconscious has an impact every time he or she intervenes in the discussion and cannot be anticipated before its enactments (Renik, Hoffmann, Slavin).**

Enactments refer to often indistinguishable behavioral elements. The way in which someone chooses to dress/ present themselves non-verbally, the way in which they listen to the patient's story and interpret it together,

the moment in which this interpretation occurs are all examples of the therapist's subconscious subjectivity. **Personal participation and subconscious processes are practically indistinguishable.** This situation presupposes on the one hand a continuous effort to maintain the analytical relationship, but on the other hand, it also represents the necessary condition for change and healing.

The analyst's experience is no longer just a reaction to the patient's transference. The therapist, who has free-floating attention (attention which is subject to his or her own subconscious processes), is often the one who begins the interaction in the office. Consequently, the analyst has a shaping effect on the patient's transference.

The countertransferential enactment is therefore an important way to access the subconscious side of the psychoanalytical relation. Being aware of it means giving up the omniscient nature of the therapist.

Thus, between the patient and the therapist there arises a symbolic mental space, in which both protagonists maintain their individuality and deep contact. This is a *space of individuation* for the patient, which makes possible the observing and accepting of the other mind, in every way but as a threat of annihilation.

In the context of an ethics based on abstinence/ gratification, the therapist resembles the parental, narcissistic figure. From a position of complementarity (that is, from the position of someone exclusively endowed with the power to know and heal), the therapist advises the patient, and the latter feels he or she cannot act, but *only be done things to.* From this position, the patient has nothing to give, is annihilated narcissistically, and cannot have any impact or insight that affects the therapist. (J. Benjamin)

It is precisely this cul-de-sac that theories regarding splitting encounter in practice. They introduce the notion of complementary relations, and this is important, since it describes a singular moment in the dialectics of relationships. *Complementarity pushes the therapeutic dynamic in a space of mutual blockage, where enactments take place, for instance.* In this relational space of crisis, each participant feels in equal measure (symmetrically, as it were) that they are being done things to by the other.

Perhaps the most widely-spread problem of the therapeutic encounter is the patient's emotional experience that the therapist is watching and interpreting **from the outside**. For instance: "*You are being aggressive/ seductive with me, the way you were with your mother.*" This type of input, which excludes the therapist's hand in the aggression/ seduction that arises, causes the patient to blame himself and feel ashamed; these reactions have been called in Freudian literature "*the patient's resistance*". Curing this complementarity means overcoming the mutual shame and guilt of the therapist-patient pair. To be an analyst means to accept that through enactments you are part of the problem, because only this way you can hope to be part of the solution. (Mitchell 1997)

REFERENCES

1. BENJAMIN, J., (2004). Beyond Doer and Done to: An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanal Q.*, **73**: 5-46.
2. HOFFMAN, I. Z., (1983). The patient as the interpreter of the Analyst's Experience: *Contemporary Psychoanalysis*, 19: 389-422
3. MITCHELL, S., (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale NJ: Analytic Press.
4. RACKER, H., (1968). *Transference and Countertransference*. London: Karnac, 1982.
5. RENIK, O., (1993). Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irred... *Psychoanal Q.*, **62**: 553-571. HYPERLINK "<http://www.pep-web.org/document.php?id=ipl.073.0001a>"
6. SLAVIN, H. J., (2010). Becoming an Individual : Some subversive thoughts on the role of the analysts's influence. *Psychoanal. Dialogues*, **20**: 3, 308-324

Livre psychanalytique

Psychoanalysis book

PAROLES D'HOMMES

de Jacques André

*Daniela Luca*⁶⁵

Motto:

«Pendant que l'autre parle, j'écoute complètement en état de conscience totale; ... c'est la pureté de cette écoute qui m'est douloureuse.».

(Roland Barthes - *Fragments d'un discours amoureux*)

Le 23 mars 2012, à France Culture, Alain Veinstein reçoit Jacques André pour un entretien sur son livre récemment paru, *Paroles d'hommes*. C'était *par hasard* (l'inconscient parle) que j'étais en train d'écouter l'émission. *Par hasard* ou plutôt par une sorte de *recherche continue*, comme psychanalyste et comme être passionné de littérature, de la beauté de la parole et de l'écriture. Dans cet entretien à la Radio, Jacques André a parlé de *l'incertitude*, celle qui nous fait chercher, en tant qu'homme ou femme, notre rapport avec notre féminité et notre masculinité, et aussi avec le masculin et le féminin de l'autre. Le 31 mars, à Bucarest, à l'occasion du Colloque «Figures de la cruauté en psychanalyse», sous l'égide de l'Université «Titu Maiorescu» et l'Université Paris 7, Jacques André m'a offert son nouveau livre. Je l'ai ouvert, et *par hasard*, c'était le chapitre «Les cœurs», dédié à Joyce McDougall, je pense qu'*in memoriam*.

Aux origines féminines de la sexualité, L'imprévu en séance, Folies minuscules, Paroles d'hommes. Cette logique de l'écriture psychanalytique de

⁶⁵ Société Roumaine de Psychanalyse; danielaluca_srp@yahoo.fr.

Jacques André, ouverte sur la clinique, sur les aléas de la pensée et du non-pensable, sur l'obscurité de l'inconscient des femmes et des hommes, des analysants et des analystes, nous donne à réfléchir et à nous nous questionner toujours sur *l'originnaire* et sur *les origines de la psyché*.

La beauté de l'écriture de Jacques André est nuancée par les thèmes qui ont marqué l'esprit de l'humanité depuis toujours: l'amour, la haine, l'angoisse, la vie, la mort, la folie, l'art, l'ombre, le sexuel, la création. En lisant les livres psychanalytiques de Jacques André, on a l'impression qu'on entend *l'inconscient à l'œuvre*. Ecrite en 42 mini-chapitres, *Paroles d'hommes* trouble page par page, à cause de son message impactant, comme une exigence de symboliser l'inconnu et l'imprévu, le non-dit et les demi-dits, les traces de l'archaïque et de l'infantile. Et si «le psychanalyste est un *infans* qui espère que ses patients lui apprendront à parler des dialectes inconnus» (p. 32), alors il nous faut reconnaître que chaque séance et chaque élaboration en après-coup de la séance, est une porte-parole des nos voix internes, de nos langages figurés ou non-figurés, ou même à jamais figurable.

Du travail de l'altérité jusqu'au travail de mélancolie, en passant par *le semblable*, le «*homos*», «les chaînes d'Eros» et du Thanatos, de l'amour et de la haine, sont visibles dans des chapitres-réflexions : «le pénis», «corps d'angoisse», «l'analyste mort», «la part sombre», «la haine», «un secret», «le mandarinier», «le nid», «le défaut», «la maladie», «le sommeil», «la fin de l'analyste».

Le livre ressemble à une mosaïque des scènes psychiques et des scènes analytiques que le lecteur les traverse et se reflète lui-même, au masculin ou au féminin, dans les personnages y (re)trouvés. Les patients-hommes illustrés par Jacques André parlent de leurs côté féminin, ou de leurs amours, leurs pertes, leurs mères ou leurs amantes, leurs angoisses et inquiétudes à la limite de la folie et de la perte de soi. Leurs paroles en séance ne sont pas de simples confessions, car la psychanalyse «n'est pas le prolongement de la confession, elle en est plutôt le contre-pied: se confesser c'est dire ce que l'on ne sait que trop et que l'on voudrait garder caché, enfouit au plus profond. Parler en analyse c'est prendre le risque de dire ce que l'on ne sait pas et qui, paradoxalement, est le plus profond de soi-même, si ce n'est que "soi-même" l'ignore» (p. 54-55). Sont des secrets

partagés (Alexis, Simon) ou des secrets gardés, *la pensée secrète* (Piera Aulagnier) qui devient la toile de fond de la parole transmise à l'autre ou de la communication non-verbale, les nécessaires moments silencieux, qui cachent ou qui dévoilent les «trente milles» des vérités psychiques (Joyce McDougall) de l'analysant et de l'analyste à la fois.

Le «tout dire» du patient (au nom de la règle fondamentale) et le «tout entendre» de l'analyste (au nom de l'attention librement flottante), quand il s'agit du secret, du sexe, du inceste, du désir sexuel, du désir meurtrier, de l'envie, de la cruauté, de la violence, de la perversion ou de la psychose, de la psychopathie sur la scène interne ou/et externe, sont des exigences qui s'entrecroisent sur l'impossible du dire/du entendre. La solution possible, «crée-trouvée» par Jacques André, pour dépasser cet impasse dans la cure, c'est *le partage*, la solitude partagée et «l'intimité partagée» analyste - analysant : «Comme la solitude, l'intimité se crée en "présence de..." Elle n'est jamais un espace vide, mais un monde habité y compris des créatures hostiles. Il reste que le plaisir à y *demeurer* suppose nécessairement des expériences de satisfaction et des objets fiables, intériorisées. Comment le transfert analytique est-il capable de reconstituer une intimité violée, voire d'inventer une intimité inexistante ?» (pp. 64-65).

Si l'analyse peut être *avec fin* ou *sans fin*, avec les patients névrotiques, comme nous disait Freud, en 1938, ou avec les patients-limites d'aujourd'hui, on ne le saura jamais. Mais on a quand-même une certitude, nous rappelle Jacques André: «le sexuel infantile *est sans fin*, il ne veut rien, hormis la satisfaction. Et encore... quelque chose en lui est contre *la pleine satisfaction!*» (p. 108). Situation paradoxale, comme tous les paradoxes psychiques décrits par D. Winnicott, D. Anzieu et R. Roussillon, et, qu'on a connaissance ou pas, on l'est confronte toujours. Inquiétant par sa nature, le sexe de soi et le sexe de l'autre exigent des mots pour le dire. «Chatte, sexe, nid» - trois mots et représentantes des mots qui renvoie aux traces de l'infantile, mais pas le même, nous avertisse l'auteur. Le premier est un mot-chose, le second est un mot-acte, et le dernier et le plus tendre. *Liebe ist Heimweh* – l'amour est le mal du pays (p. 115), cite ainsi Jacques André une métaphore de Ferenczi sur le «nid d'amour» et sur la sexualité génitale.

On ne peut pas rester longtemps tranquille, car l'auteur nous amène dans les pages d'un chapitre plus inquiétant (plus étrange) : *La malice*, et il

nous avoue, par Jérôme, que le premier de tous les amours, le plus primitif, le plus illimité, est un amour trahi, et que «l'inconscient est un sac à malices qui, d'actes manqués en symptômes, fait tourner chacun en bourrique» (pp. 116-117). Les malices de l'inconscient nous affolent, nous effondrent en vide, ou nous forcent au travail psychique, au travail analytique, au travail créateur. Parler de ses propres malices c'est parler à un *alter* pour t'entendre, pour comprendre, pour transformer, pour te reparler sans malices.

«Dans le fond, je ne pourrai jamais vous parler.», disait un patient à son analyste, Jacques André. Transfert négatif sur le discours, ou sur l'objet ? Ou sur l'analyste, comme «espace tiers», comme «tiers analytique» ? L'analyste n'a pas toujours le pouvoir de retrouver la parole de l'autre, de redonner à l'autre le vrai sens de ses paroles. Qui ne pense pas «parler à personne» ? On parle et ça tombe ailleurs. Ces sont les grandes désillusions, les grandes pertes de soi qui ont oublié qu'elles s'étaient perdues, qui ont perdu précisément le goût et la valeur de la parole. Or, sans parole, il n'y a pas de sujet, il n'y a pas d'objet. Sans sujet, sans objet, il n'y a pas de vie psychique. Dans un monde tellement incertain, l'analyste doit trouver ses paroles d'homme ou de femme pour se subjectiver et pour s'objectiver, et pour donner un espace et un temps suffisamment bons aux pensées-parlées de ses patients.

Je vous invite à bien (re)lire *l'entre-ligne* et « l'entre Je(u) – René Roussillon - de(s) livre(s) de Jacques André, car cet auteur si passionné de philosophie, de littérature et d'art, d'anthropologie, de psychanalyse et d'énigme de l'humanité, n'est pas si facilement à comprendre en premier lecture, il faut revenir en arrière, *après-coup par après-coup*, pour reprendre d'autres fils de saisir-sentir, de penser, de réfléchir.

Mes remerciements à Jacques André pour son «discours amoureux», comme Roland Barthes l'aurait nommé, et pour *l'inquiétante beauté* de son écriture psychanalytique.

Recommendations for authors

ROMANIAN JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS receives original articles for publication (only articles that haven't been previously published in other publications are to be received, in electronic or printed form, in English or French) about any psychoanalytic theme.

The authors are required to follow the following typing rules:

The article is to be written with diacritical marks in French or English, with the abstract and the key-words translated in both languages; the paper will not exceed 20 pages and will be written in Word format, Times New Roman 12 font, Paragraph – Line spacing – double.

It will be sent by e-mail to our editorial office and you will receive confirmation; the page numbering will be: position – bottom of the page, alignment – right.

The article will contain an introduction and, in the end, conclusions and references.

The first page will contain: the title of the paper (it should not exceed more than 40 characters), the author's name, his/her affiliation (institution), e-mail address, phone number and postal address for correspondence; a concise abstract (maximum 200 words). The paper is to include an introduction and conclusions and references at the end.

In case the articles are based on clinical materials, the author has to confirm that he/she has taken into consideration different methods of protecting patients' confidentiality.

The footnotes will be reduced to the minimum and they are not to be used as bibliographical references.

The quotations are to be accurately checked, specifying the exact page. Any underlining using italics within a quotation should be indicated as such, mentioning in brackets after the quotation ("my underlining").

Bibliography. The references will appear in the text, with the author's name, followed by the publication year and the quotation page, written in brackets as follows:

Freud S (1918, p.87); if there are more than two coauthors, the text reference will indicate only the first author (Smith et al., 1972); the complete reference of the works quoted will appear in the final bibliographical references. The authors should limit themselves to the references that are relevant to the article. The authors will be listed alphabetically and their works in the chronological order of publication. If, for the same author, different works published in the same year are quoted, they will be indicated by using the letters a, b, etc. When a certain reference does not refer to the original publication, the year of the edition used will be mentioned at the end.

In case of translations, the title and the edition of the original source text are to be mentioned in brackets.

- *For quotations extracted from books* the followings are to be mentioned, in this order: author – name and the initial of the forename; the year of the first edition written in brackets, which has to correspond to the text quotation; the title of the work written in italics, publishing house, place, year, volume.

ex.: NIETZSCHE, F., (1872). *The birth of tragedy*. Geuss R, Speirs R, editors, Speirs R, trad. Cambridge: Cambridge and New York, 1999.

- *For quotations extracted from articles* the followings are to be mentioned, in this order: the title of the article; the title of the magazine quoted in italics; the volume number in Bold; the year and the number of pages between which the article is covered.

ex: YOUNG, C., BROOK, A., (1994). Schopenhauer and Freud. *Int. J. Psychoanal.* **75**: 101 – 18.

If the reference contains a title in another language, apart from French/English, the translation of its title will be written in either French or English and will be included in square brackets.

For the references that are not published one should mention “unpublished communication”, followed by the place and the date of the communication.

The corrections and modifications required by the editorial committee will be inserted in the written text with the prior consent of the authors.

The articles are to be sent to the editorial committee of the RRP (Romanian Journal of Psychoanalysis) using the e-mail.

Consignes aux auteurs

LA REVUE ROUMAINE DE PSYCHANALYSE reçoit des articles originaux, (non publiés antérieurement, sur papier ou par voie électronique) en français ou en anglais, couvrant toute question psychanalytique.

Instructions pour les auteurs:

Le manuscrit utilisera les signes diacritiques, en français ou en anglais: Chaque manuscrit doit comprendre: un court résumé en deux versions, anglaise et française, il ne doit pas excéder une longueur de 20 pages, il sera soumis en format Word, Times New Roman 12, double interligne, il sera soumis par voie électronique avec confirmation de réponse de la rédaction, le numéro de la page sera affiche en bas, à droite.

Le manuscrit comprendra une introduction et, a la fin, les conclusions et les références.

La première page comprendra: le titre de l'ouvrage qui n'excède plus 40 caractères, le nom de l'auteur, l'établissement d'affiliation, l'adresse courriel, un numéro de téléphone et l'adresse postale de correspondance; un bref résumé (200 mots maximum).

Pour tous les articles soumis impliquant des cas cliniques, leurs auteurs doivent déclarer dans leur lettre d'envoi la méthode qu'ils ont choisie pour protéger la confidentialité des patients.

Les notes de bas de page doivent être restreintes au minimum nécessaire et ne pas être utilisées pour donner des références bibliographiques.

Les citations doivent être soigneusement vérifiées dans leur exactitude et les numéros de pages correspondants indiqués.

Les italiques de l'original doivent être indiqués. Tout autre soulignement dans la citation doit être indique par la typographie et en ajoutant la phrase (c'est moi qui souligne) entre parenthèses après la citation.

Bibliographie. Les références apparaissent dans le texte en citant le nom de l'auteur suivi de l'année de publication entre parenthèses, par exemple: Freud S (1918, p. 87).

S'il y a plus de deux co-auteurs, la référence dans le texte indiquera le premier, par exemple: (Smith et all, 1972). La référence complète des œuvres citées figurera dans la liste des références a la fin de l'article. Le contenu de la liste des références doit correspondre exactement aux travaux cites dans le texte, sans entrées supplémentaires. Les auteurs apparaitront par ordre alphabétique et leurs travaux par ordre chronologique de publication. Si sont cites plusieurs travaux du même auteur publiés la même année, il convient de les lister en ajoutant a, b, c, etc. Lorsqu'un auteur est cite a la fois comme auteur unique et comme (premier) co-auteur, les références se rapportant a lui en tant qu'auteur unique doivent précéder celles ou il est co-auteur. Les noms des auteurs sont répétés chaque fois que nécessaire. Lorsqu'une référence ne se rapporte pas a l'édition originale, la date de l'édition utilisée devra figurer à la fin de la référence.

S'il s'agit des traductions, on mentionne entre parenthèses le titre et l'édition de la traduction.

- *Pour les citations des livres* on mentionne: l'auteur – nom et initial du prénom; entre parenthèses l'année de la première publication – qui corresponde à la citation du texte; le titre de l'ouvrage en italiques; l'édition; le lieu; l'année; le volume.

ex: NIETZSCHE, F., (1872). *The birth of tragedy*. Geuss R, Speirs R, editors, Speirs R, trad. Cambridge: Cambridge and New York, 1999.

- *Pour les articles* on mentionne: le titre de l'article; le nom de la revue citée – en italiques; le numéro du volume – en gras; l'année et le numéro de pages de l'article.

ex: YOUNG, C., BROOK, A., (1994). Schopenhauer and Freud. *Int. J. Psychoanal.* **75**: 101 – 18.

Si la référence contient un titre dans une langue autre que le français/l'anglais, on mentionne entre parenthèses la traduction en français/anglais du titre.

Pour les références non publiées, on mentionne „communication non publiée”, suivie par le lieu et la date de la communication.

Les auteurs inséreront dans le texte les corrections et les modifications sollicitées par le Comité de Rédaction.

Les articles seront envoyés à l'adresse courriel de la rédaction de RRP.

Publication Ethics

All papers published in the ROUMANIAN JOURNAL OF PSYCHOANALYSIS have undergone editorial screening and anonymous doubleblind peer review. They may be reviewed by the Editors, Editorial Office staff and assigned peer reviewers unless otherwise permitted by the authors.

All submitted manuscripts are treated as confidential documents. By accepting to review a manuscript, referees agree to treat the material as confidential.

Copyright and photocopying: copyright©2012 Romanian Psychoanalytical Society. All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, stored or transmitted in any form or by any means without the prior permission in writing from the copyright holder.

Authorization to photocopy items for internal and personal use is granted by the copyright holder of *Roumanian Journal of Psychoanalysis*. This consent does not extend to other kind of copying such as copying for general distribution, for advertising or promotional purposes, for creating new collective works for resale.

Special requests should be addressed to: rrp_editors@yahoo.com

