

3

De l'utilisation du contre-transfert en thérapie familiale

« On est parfois horrifié de se découvrir soi-même dans un autre. »

Julien Green, *Journal*, Plon.

Au préalable, nous nous attarderons un instant sur le terme *d'utilisation* : terme très suggestif, évoquant l'utile et l'efficace et qui, en même temps, renvoie à la notion *d'utilisation* de la mère par l'enfant, de D. Winnicott (1971). Autrement dit : comment une psyché peut-elle être utilisée par quelqu'un d'autre ? Comment une famille peut-elle se servir de nous, *thérapeutes*, pour mûrir et changer ? Ces mots, *utiliser*, *se servir de*, sont présents dans l'esprit de la plupart des thérapeutes, même s'ils ne les emploient pas. Et ils utilisent "l'utilisation" d'une façon très différente les uns des autres.

En ce qui concerne le contre-transfert, nous repérons au moins deux formes d'utilisation. Une toute première serait celle qui renvoie à une *réponse immédiate* : dès qu'il éprouve un sentiment contre-transférentiel, le thérapeute se croit obligé de restituer cette sensation ou ce fantasme sous *forme* d'intervention, d'interprétation, ou dans une prescription, avec l'idée sous-jacente que le contre-transfert nécessite d'être évacué au plus vite (C. Whitaker, 1981). Il existe aussi une autre forme de réponse, que nous appelons une *réponse différée*, où, sans donner lieu à une intervention immédiate, l'utilisation du contre-transfert s'inscrit dans une tentative plus vaste du thérapeute de mûrir à la fois sa perception de la famille, et peut-être aussi sa propre connaissance de soi-même. Dans cette réponse différée, il y

a donc le projet du thérapeute de se servir du contre-transfert pour le laisser évoluer. Et c'est bien cette deuxième possibilité qui nous semble la plus intéressante, dans la mesure même où nous avons le sentiment que si la famille fait le nécessaire, inconsciemment parlant, pour que quelque chose se développe en nous, thérapeutes, c'est parce qu'elle ne peut elle-même le développer. Autrement dit, apparaît la possibilité à la famille de vivre le fantasme qu'elle ne peut fantasmer, les désirs qu'elle ne peut désirer, les mots qu'elle ne peut trouver, à travers ce que le thérapeute pourra, lui, penser, fantasmer ou se dire.

Que le thérapeute se serve de son contre-transfert pour approfondir sa compréhension de la famille, et que le contre-transfert lui ouvre une voie royale de compréhension sur ses propres mécanismes psychiques, sur sa technique, sur la nécessité de la modifier d'après les mouvements qui se dessinent en lui au fur et à mesure du processus de la thérapie, offre bien des perspectives. De plus, si nous sommes si nombreux à nous intéresser aujourd'hui au problème du contre-transfert, c'est qu'il nous touche de près, nous renvoie à la fois à notre travail, à nos choix professionnels et à nos options de vie. Il répond à notre préoccupation permanente de nous économiser, d'essayer par tous les moyens que notre travail soit à la fois le plus facile et le moins préjudiciable, pour nous et pour les familles, dans l'économie la plus juste. Ce thème a une caractéristique : tant d'ouvrages, de colloques, de symposiums et de congrès, traitent de l'"autre", parlent de la famille, du couple et de l'individu. En échange, ce thème nous incite à nous occuper de nous-mêmes. Et, comme Leporello, le thérapeute pourrait bien dire : "Je veux faire le gentilhomme, je ne veux plus servir!"

Définition du contre-transfert

En thérapie familiale, le contre-transfert constitue l'ensemble d'émotions, de représentations ou d'actes du thérapeute se manifestant en écho au transfert de la famille et généralement à son insu ; autrement dit, inconsciemment (cf. A. Eiguer, 1981 c, 1983 a).

Développement en dix temps

Premier temps : Provenance

A partir de cette définition, nous pouvons déjà considérer comme fausse question que de parler de la provenance du contre-transfert : vient-il de l'autre (ici la famille), ou surgit-il de nous ? Le processus est toujours

1. Toute réponse précipitée risque aussi d'être le produit d'une perception potentiellement incorrecte.

complexe, c'est une conjoncture, une association, où se rencontrent à la fois les vécus qui sont déposés en nous pour qu'ils puissent être fantasmés, et certaines représentations et affects qui nous concernent et tiennent à notre organisation psychique mise en mouvement par le déroulement de la séance.

Mais, quand nous parlons de contre-transfert en thérapie familiale, nous sommes plus particulièrement impliqués, parce qu'il s'agit d'un groupe vivant, qui utilise tout particulièrement des mécanismes projectifs et les "bombarde" avec une force expulsive qui dépasse les possibilités de contention par la famille elle-même. Cette forme projective parvient à déclencher chez le thérapeute, ou dans l'équipe, un certain nombre de mécanismes, soit de consonance et de résonance, dans un processus d'analogie ; soit de dissonance et de dissymétrie, dans un processus d'alternative.

Il s'agit donc de tout un complexe où interviennent à la fois des mouvements inconscients de la famille et des mouvements inconscients du thérapeute. Le transfert est le désir inconscient qui porte la famille. Disons-le assez vite, si nous restons psychanalystes pour la compréhension de la thérapie familiale et si nous nous démarquons par rapport à l'esprit des autres courants de la thérapie familiale et à la notion d'intentionnalité : il nous semble que, dans les interférences entre le processus transférentiel et le processus contre-transférentiel, rien ne soit motivé par un vouloir délibéré de la famille. C'est donc vers ce complexe, cette valse d'inconscients, que nous allons orienter notre réflexion.

Deuxième temps : Contours du contre-transfert

Le contre-transfert n'est pas tout ce qui se passe dans la tête du thérapeute, loin de là. Ni tout ce qu'il fait. Dans la psyché du thérapeute, ce qui est de l'ordre du cognitif, et plus largement de son activité professionnelle, n'est pas forcément du contre-transfert. S'il est d'une part quelqu'un qui voit, qui observe, qui réfléchit, qui essaie de trouver des réponses à ce qu'il observe, voit, réfléchit, il est d'autre part quelqu'un qui éprouve. Nous touchons là du doigt son contre-transfert.

Pour mieux préciser ce point, nous aimerions proposer la distinction judicieuse de H. Racker (1960), à propos de l'éprouvé, entre un contre-transfert large où l'on introduit tout ce que vit le thérapeute dans le cadre de sa fonction professionnelle, et un contre-transfert restreint, qui renverrait essentiellement au vécu infantile du thérapeute — et qui dit infantile, dit ce qui se noue dans le réchauffement régressif à l'oeuvre à l'intérieur de la thérapie, et ce qui renvoie aux représentations d'objets du thérapeute.

Vraisemblablement, l'éprouvé infantile du thérapeute est le plus près du vécu familial latent au moment où résonnent les fantasmes des deux pôles de la situation thérapeutique (voir *supra*, à propos de la définition du transfert familial).

L'idée de *contre-transfert restreint* nous intéresse, parce que celui-ci serait en condition de capter les aspects transférés ; le contre-transfert est en résonance privilégiée avec le transfert.

Troisième temps : Inhibition et fomentation

Distinguons maintenant inhibition et fomentation contre-transférentielles. Au-delà des apparences, *l'inhibition* serait déjà du contre-transfert, dans le sens d'un blocage du vécu du thérapeute. Au pôle opposé, *la fomentation*, fomentation des fantasmes, fermentation d'idées, éclosion du vécu (même apparition d'actes symptomatiques), serait à première vue plus attirante. Mais, à l'analyse, l'une et l'autre représentent une des richesses de notre travail. Quelles sont les perturbations ainsi suscitées chez le thérapeute ?

Quatrième temps : Circulation de la folie

L'une des caractéristiques de cette fomentation contre-transférentielle est qu'elle se passe à l'insu du thérapeute. Celui-ci se demande : "Comment se fait-il qu'habituellement je suis à l'heure et qu'aujourd'hui j'arrive en retard, qu'aujourd'hui j'ai envie de partir ? que j'oublie la séance ?" C'est quelque chose qui le *dérange* et qui provoque chez lui *un sentiment d'étrangeté*. Il peut même avoir l'impression de devenir fou, de perdre ses moyens cognitifs - et cela nous arrive assez fréquemment au contact de familles éprouvées, de familles de patients psychotiques, de familles narcissiques. Jadis nous disions que la famille essaie de faire du thérapeute *un deuxième enfant psychotique* : il lui arrive dans ce cas de se tromper de personne, d'appeler l'un du nom de l'autre et de faire d'autres erreurs dans le registre du pensable et du dicible (A. Eiguer, 1978). Mais précisons que toutes les réactions du thérapeute ne revêtent pas cette caractéristique *affolante*. Il peut également réagir sur le mode *d'actes symptomatiques* comme nous en avons cité quelques-uns : arriver en retard, vouloir partir, faire des lapsus. Cet ordre de phénomènes, davantage lié au processus de refoulement et au retour du refoulé, est à rattacher à un fonctionnement névrotique.

Le thérapeute deviendrait-il vraiment fou ? Et pourquoi pas. C'est éventuellement une chance ! La situation thérapeutique avec les familles provoque chez le thérapeute des émotions considérables, et il se trouve parfois touché jusque dans ses identifications : il a des difficultés à rester soi-même ou à se sentir intégré dans ses processus mentaux. Quoi qu'il en soit, le contre-transfert est un processus où l'identification est toujours présente, identification transformant l'identité de perception du transfert, qui, dans les cas heureux, débouche sur d'autres liaisons.

Il peut s'agir d'une réaction à la détresse des familles incapables de maîtriser leur pensées et leurs émois. Et il serait faux de penser que ces familles ne souffrent pas de ce qu'il leur arrive. Lorsque le thérapeute "perd

pied", tout en sentant comme inévitable, l'affolement et le déséquilibre mental, l'empathie procure soulagement et déclenche de l'espoir ; le thérapeute proposera éventuellement une vue différente de la détresse. Ces familles ont soif de savoir que la folie est un mal universel qui est en tous et en chacun.

Cinquième temps : La mère fantasmante

Le contre-transfert doit être compris à partir de ce qu'on appelle un *contre-transfert de base* (J.L. Donnet, 1973). Au contact de la famille, le thérapeute se trouve lui-même pris dans une régression. Le cadre, les horaires, l'évocation de sa propre analyse et aussi de sa propre famille, le renvoient à une situation régressive d'illusion plaisante. Nous nous sommes demandé pourquoi, au moment des vacances, éloigné de la famille, ou encore à la fin du traitement, le thérapeute arrive à des conclusions rapides, comme par exemple : "Je n'avais pas l'impression que cette personne possédait ces qualités, ou que telle personne avait tel défaut". Subitement, le voilà qui découvre que le patient en question a fait un choix d'existence très différent de celui qu'il s'était imaginé. Dans ces moments précis, qui constituent des charnières entre le dedans et le dehors, nous nous sommes demandé si ce n'était pas là qu'intervenait la désillusion du thérapeute qui, pendant tout le temps de la thérapie familiale, avait été submergé par une situation fantasmatique dont il ne distinguait pas tous les contours (A. Eiguer, 1984 a).

Et c'est bien cependant cette illusion qui nous semble la chose la plus extraordinaire qui nous arrive, à nous, thérapeutes. Nous voilà en train de revivre dans la relation thérapeutique avec la famille notre propre illusion, ces moments illusoire des premières relations avec la mère, privilège de la prime enfance, où s'instaure ce mouvement de continuité entre mère et nourrisson, et que l'on peut traduire par la notion, nous semble-t-il, la plus forte, celle que nous appelons le lien à la *mère menteuse*, à la *mère fantasmante*. La mère sait, elle, que l'enfant n'est pas le seul être au monde, elle "sait" qu'elle a une histoire, qu'elle vient d'un passé, qu'elle a vécu des événements ; cependant elle fait croire à l'enfant que c'est lui le premier : son existence à elle aurait commencé *avec lui*, "sait" qu'elle a des objets internes, qu'elle a un partenaire qui lui procure des satisfactions autres, riches et intéressantes ; pourtant elle "fait croire" à l'enfant qu'être avec lui est unique, exceptionnel, et que c'est lui "le seul objet" qui lui donne la satisfaction dont elle a besoin.

Il est vrai que l'enfant n'a pas le choix. L'enfant vit la mère pendant les premiers moments de la relation illusoire sur le mode du narcissisme primaire. De cette illusion nécessaire, de ces mensonges maternels, de cette situation fallacieuse, il se nourrit pour se construire. De même, et afin de concilier des choses impossibles, nous, la seule possibilité que nous avons devant les contradictions insurmontables, c'est de pouvoir fantasmer (cf. *infra*, p. 128).

Le "mensonge de la mère" est très différent du mensonge des menteurs, qui est habituellement une tentative d'annuler toute possibilité de fantasmer chez l'autre. C'est au contraire un mensonge qui fonde la recherche, l'enfant n'ayant plus peur de pousser sa curiosité infantile et de bâtir son propre fonctionnement mental. De là naît le plaisir de savoir et le courage pour oser se poser des questions, même si elles sont difficiles et douloureuses. Or, le thérapeute se trouve peut-être dans la situation d'être la mère "fallacieuse" et fantasmatique par son attention flottante.

Il privilégie des situations que dans la vie courante il ne privilégie pas. Tout lui est important, tout lui paraît intéressant. Cette capacité d'émerveillement déclenchée par la situation thérapeutique va permettre précisément l'instauration du *contre-transfert* de base. C'est la possibilité de réagir, d'être en consonance, ensuite de comprendre ce qui est en train de se passer.

Sixième temps : Entre crédulité et scepticisme

Le thérapeute est néanmoins "entre deux chaises". D'une part, la situation d'attention "également" flottante, de l'autre, les *interventions*. Dans l'attention flottante, il est expectant, passif dans le sens d'une réceptivité, crédule, naïf ; tout lui semble important et il n'est qu'ouverture par rapport au matériel qu'il va tenter d'analyser.

A l'opposé, lorsqu'il doit intervenir, soutenu par ce qu'il a pu entendre et réanalyser d'après son modèle théorique, le voilà sceptique, qui sélectionne, écarte ce qui n'est pas essentiel, met en valeur ce qui l'est, construit. L'attention flottante mobilise plus particulièrement le contre-transfert, alors que la situation d'intervention le freine.

Encore une illusion de notre travail qui doit tomber : nous pensons que nos interventions font tout : l'intervention s'inscrit dans une attente de transfert, dans une situation qui la précède et la nourrit. La famille n'entendra que ce qu'elle veut entendre, et heureusement pour elle.

Septième temps : Aveux

Autre question : faut-il dire son contre-transfert ou bien faut-il le taire ? Parmi ceux qui utilisent le contre-transfert d'une façon hyperactive, certains pensent que nous avons intérêt à en faire état, à dire ce que nous éprouvons, à parler de nos frustrations, de nos déceptions, de notre colère. Sur ce point, nous sommes plutôt réticent sur ce que nous appelons le "carnaval" du contre-transfert, en ayant dans l'esprit cette image, pendant le carnaval, du maître qui se déguise en esclave, et de l'esclave qui se transforme en maître. Il s'agit souvent d'une situation, J.-B. Pontalis (1977) l'a signalé, tout à fait hasardeuse. Car montre-t-on jamais ce qu'on éprouve, ou plutôt fait-on semblant de montrer ce qu'on éprouve ?

Cela voudrait dire également que nous favorisons à l'extrême un désir des patients sur lequel H. Searles (1979) attire notre attention : beaucoup de patients, de schizophrènes, de familles, se sentent profondément frustrés de ne pas avoir guéri le schizophrène sa famille, et la famille son schizophrène. D'après Searles, cette frustration est très active pendant le processus transférentiel : le patient désire guérir le thérapeute. Alors, il propose comme solution que le thérapeute accède à ces désirs, en permettant au patient de devenir le thérapeute du thérapeute. Formule peut-être hasardeuse, mais elle a le mérite d'être percutante. S'il nous semble intéressant de savoir qu'il y a toujours chez les patients et chez les familles ce désir frustré de devenir thérapeute, nous sommes plutôt sceptique en ce qui concerne les possibilités de transformer cela en une mesure thérapeutique salutaire où le thérapeute exposerait son contre-transfert. Que cela soit implicite dans notre réflexion nous semble justifié et ouvre une perspective, notamment au niveau du "jeu sado-masochiste de la relation transférentielle". Mais nous devons surtout comprendre que le patient ou la famille ont besoin de nous voir solides et intègres, capables de penser à eux sans nous laisser "agir" dans un aveu dont les conséquences renarcissisantes sont par ailleurs aléatoires. Pourquoi ne pas imaginer d'interpréter cette volonté inassouvie de devenir thérapeute en termes de désir, car de toutes manières ce qui n'a pas été réalisé ne le sera qu'en fantasme. Par exemple : "J'ai le sentiment que vous désirez vous occuper de moi, afin que je puisse mieux m'occuper de vous". Autrement dit, nous préférons la passivité assumée à la passivité affichée, ce qui propose de surcroît le modèle du fantasmatique.

Huitième temps : Le roc filial de la famille et le roc social du couple

En ce qui concerne la nature sado-masochiste du cadre et de la relation, n'oublions pas que toute situation de thérapie comporte une relation de domination, un déséquilibre entre *ceux qui savent* et *ceux qui ne savent pas*. Que le thérapeute soit aussi ignorant que la famille sur elle-même, c'est une autre question. La famille se vit dans une situation d'asymétrie. Ce n'est pas seulement qu'elle a besoin de nous mettre sur un piédestal ; la domination découle de la situation elle-même : la thérapie est vécue en quelque sorte comme "une humiliation" ; souffrir est ressenti dans la honte. Aucune réflexion sur le contre-transfert et sur notre travail en général ne peut esquiver cette question (P. Pedida, 1973). Ensuite, combien de thérapeutes se sentent dans "l'obligation" de corriger la famille, de l'enfanter à nouveau, de lui donner une nouvelle filiation moins détériorée, plus ferme, comme s'ils poussaient à l'extrême cette asymétrie propre à la situation thérapeutique

Sachons tout d'abord que bien de ces familles souffrent, parce qu'elles n'ont pas compris que toute filiation s'inscrit dans une double filiation, l'une naturelle, l'autre culturelle. Elles vivent le thérapeute comme quelqu'un qui veut les changer de fond en comble, les transformer.

Peut-être ont-elles alors raison de résister face à ce bouleversement imaginaire. Voulant conserver leur propre identité, elles ignorent que nous nous inscrivons tous dans une double identité, gérée et nourrie par le fantasme filial du roman familial. Elles ne savent pas jusqu'à quel point nous avons tous besoin de chercher *d'autres géniteurs*, de nous créer d'autres origines pour détendre les passions que suscite la relation avec les parents qui nous ont conçus. Autrement elles laisseront inscrire le transfert beaucoup plus facilement d'après le prototype de la filiation parallèle (ce qui arrive dans un deuxième temps du processus).

Un autre facteur de résistance dérive *des liens du sang*, configurant ce que nous appelons *le roc biologique de la filiation*. Si la famille est différente des autres groupes humains, c'est que les rapports qui existent en son sein sont marqués par ces liens de sang, suscitant des mouvements de repli narcissiques exceptionnels, et une particulière résistance au transfert.

Alors que le roc biologique de la filiation préserve contre la tentation incestueuse, l'adoption, le déracinement de l'enfant, la séparation enfant-parents, l'insémination artificielle avec donneur, par le défi qu'ils lancent à ce roc incontournable, posent bien des difficultés. Ainsi, toute famille se veut *aristocratique*, souhaite se sentir dotée par elle-même de qualités exceptionnelles héritées à travers les générations, et nous sommes là au cœur de la question du fantasme de scène primitive.

Beaucoup de ces essais plus ou moins réussis que font les familles de déposer à l'intérieur de nous-mêmes leurs contenus psychiques, pour que nous les pensions après la séance et aussi pour que nous les racontions éventuellement à l'intérieur de notre vie sexuelle, ne sont-elles pas étroitement liées à cette nécessité familiale d'inverser ce processus vécu autour de la filiation unique et exceptionnelle ? Elles désirent effectivement que nous fonctionnions à l'intérieur d'un fantasme de scène primitive, et aussi que nous annulions ce qui pourrait être de l'ordre de notre propre organisation familiale en nous engendrant, en engendrant nos idées, nos sentiments, nos actes, voire notre propre identité.

Très différent est le problème du couple. Pourquoi beaucoup de couples en thérapie s'expriment-ils sur un registre si agressif et acrimonieux, avec une telle hostilité réciproque ? On entend des choses affreuses, des soupçons qui nous sont pénibles. Bien des couples se vivent profondément frustrés et coupables de ne pas avoir atteint *un idéal* concernant leur vie conjugale et correspondant à l'idéalisation de l'institution maritale elle-même. C'est comme s'ils pensaient que leurs propres parents attendaient d'eux de faire quelque chose d'autre du couple, quelque chose de plus accompli. Le conflit est l'expression d'une culpabilité devant les parents qui, dans l'esprit de sacralisation de l'institution conjugale, attendraient une réussite parfaite. Chacun reproche alors à l'autre ce que les parents internes lui reprocheraient à lui-même. Dans la situation transférentielle, ils attendent du thérapeute qu'il leur donne une absolution,

ou les reconnaisse et les inscrive dans un deuxième mariage qui serait un mariage réussi (A. Eiguer, 1984 a).

Ce désir transférentiel suscite chez le thérapeute des réactions opposées : soit une interprétation (s'il parvient à trouver une solution à l'énigme), soit un jugement moral (le contre-transfert négatif f dans le rôle des parents admonestant les partenaires), soit un comportement de recherche en dehors du champ psychique de la dyade. Dans ce dernier cas, le thérapeute peut vouloir trouver des éclaircissements en étudiant par exemple le problème de l'évolution actuelle du mariage, notamment t en ce qui concerne les statistiques du divorce (en augmentation), de la cohabitation juvénile (en augmentation), de la nuptialité (en baisse), des naissances (en baisse), comme si le thérapeute voulait alimenter ses connaissances dans des sources sociologiques sur l'institution du mariage.

Une conséquence est l'installation d'un malentendu permanent entre le couple qui souhaite être sacralisé et le thérapeute qui, oubliant les fondements sentimentaux du lien, "veut" sacraliser le couple. Tout un courant d'élaboration du contre-transfert dérive vers une activité parallèle, instructive, certes, mais escamotant le fait que beaucoup de ces couples attendent un jugement, voire une absolution.

Une conclusion générale s'impose alors à partir de cet exemple : si la famille imprègne le transfert-contre-transfert du roc biologique de la filiation, le couple l'imprègne du roc sociologique.

Nous nous sommes également demandé : pourquoi toujours la révolte ? Pourquoi tellement de résistances de la part des familles qui nous consultent ? Beaucoup de ces résistances sont (dues au fait que les familles ne veulent pas se laisser envahir par les valeurs du thérapeute. Elles ont l'impression de tout perdre, leur histoire, leur filiation ancestrale, leur identité, et craignent d'être obligées de tout recommencer à zéro. Cela peut être aussi lié à l'énorme frustration qu'elles ressentent de n'avoir pu s'auto guérir. Elles n'ont pas été capables de guérir leur enfant malade et se vivent en dette devant la représentation idyllique des aïeux, rattachée éventuellement au thérapeute. Cette souffrance narcissique est coûteuse et nous devons y être attentifs, notamment dans nos interventions. A ces familles, profondément blessées, nous n'avons pas, dans un bel élan de perfectionnisme, à vouloir tout révéler, tout faire comprendre.

Nous sommes prêt à reconnaître que dans (des cas où nous avons eu le sentiment d'avoir trouvé des mécanismes de fonctionnement nous étant apparus très justes, prenant des initiatives techniques que nous considérions très originales, beaucoup de ces cas n'ont pas donné du tout le résultat attendu.

L'omniscience est souvent un facteur négatif : elle renforce le sentiment d'humiliation plus qu'elle ne permet d'enrichir *l'insight* et de consolider le soi familial. Ainsi, allons-y doucement par rapport à notre savoir, ce qui

nous autorise éventuellement à rester dans une certaine ignorance nécessaire pour que le travail se fasse en temps et en lieu, et selon les possibilités de la famille elle-même.

Neuvième temps : Du désenchantement au masochisme

Nous passons par des moments d'incertitude et de difficulté par rapport à notre travail. Si la thérapie est assez longue, arrive presque toujours ce moment où le thérapeute a l'impression qu'il s'est trompé "et que tout est à recommencer". En premier lieu, ces moments nous semblent féconds, car le thérapeute se démarque de sa position arrogante, de son "tout savoir" : il se met en question pour orienter différemment la thérapie. En deuxième lieu, de telles réactions nous semblent liées à la déception des familles qui essaient de provoquer à l'intérieur du thérapeute la même déception, pour renverser la situation de domination qu'elles imaginent être à l'œuvre à l'intérieur de la relation. Ayant besoin de mitiger leur douleur, les membres de la famille attendent du thérapeute une automutilation.

Mais la situation risque de se compliquer s'il est question d'un véritable éveil des pulsions masochistes chez le thérapeute, "des réactions contre-transférentielles négatives", lorsque, par exemple, ce dernier, une fois qu'il a trouvé une intervention efficace ou "géniale", ou qu'il a remporté un succès, commence à avoir très peur de ce qui se passe et recule, se pose de fausses questions et se culpabilise, comme si ses interventions étaient des tentatives de castrer le père (B. Grunberger, 1954). Ainsi le thérapeute a-t-il le sentiment de dépasser la mesure.

Dans d'autres cas, la réaction contre-transférentielle masochiste prend une allure plus complexe. Le masochisme ne se présente jamais d'une façon directe, de telle sorte qu'on peut le trouver dans des tentatives pour susciter un mouvement de résistance : par exemple, par des actes provocateurs qui visent à déclencher un processus de désengagement ou une réponse de culpabilisation de la part de la famille envers le thérapeute. Le masochisme est également actif lors des craintes injustifiées de rupture de contrat, ce qui peut se traduire par une dépendance anxieuse du thérapeute guettant l'abandon supposé de la famille. Tout cela est à analyser dans le contexte plus général dont nous avons parlé plus haut, celui de la domination. Soulignons que la provocation masochiste a une efficacité inductrice certaine, peut-être la plus forte parmi les tendances perverses : rejet, mépris, désinvestissement de la part de l'autre, en sont le produit.

Dixième temps : Surmoi, exhibition, curiosité

Certains thérapeutes délèguent à la famille une *fonction surmoïque*. Dans le contexte des thérapies instaurées en institution psychiatrique, l'équipe des thérapeutes se sentira éventuellement investi d'une grande responsabilité, ou d'une mission de prestige, soit par rapport à l'institution soignante, soit par

rapport à l'image publicitaire de l'institution ou de la technique. "Il faut que ça marche", "il faut qu'il n'y ait pas de rechute", il faut que les patients racontent que le thérapeute est formidable", se dira ce dernier. *Résistance contre-transférentielle* qui n'est pas rare, surtout lorsqu'il est question d'une technique nouvelle, dans une institution qui est plus ou moins réticente : "Il faut que tout se passe à la perfection". Ainsi nous attribuons à la famille un pouvoir de jugement tout à fait extraordinaire... et parfois cela "marche". Dans de nombreux cas, le processus thérapeutique est marqué par un faux-self de fonctionnement où la famille va de mieux en mieux, comme pour faire plaisir à ce désir contre-transférentiel. Nous y voyons le poids des *pulsions exhibitionnistes et voyeuristes*. Dans notre travail la question du voyeurisme est centrale, car étroitement liée à la recherche et au désir de savoir.

Dans sa recherche de savoir, le thérapeute fonctionne constamment avec des pulsions voyeuristes désérotisées. Si la déssexualisation n'est pas accomplie, cette curiosité se transforme éventuellement en curiosité malade. Risque encouru notamment dans la situation de secret : lorsque planent des silences, des choses dites à moitié, le thérapeute est amené à vouloir savoir à tout prix, il peut se mettre à suivre la trace de tel ou tel personnage dont la famille parle à peine, dans l'espoir de trouver un fantôme, un objet de deuil inaccompli et irréprésentable. Cette situation contre-transférentielle de curiosité est vécue souvent avec fébrilité : "Si je dévoile ce qui est en train de se cacher, cela risque d'exploser". Bien sûr que cela ne va pas exploser... Pourtant la famille a l'impression qu'elle ne peut dévoiler son secret, par crainte de déclencher des mouvements pulsionnels de nature anale. A d'autres reprises, l'érotisation secondaire de *la politique familiale du secret* voit exprimer des sentiments contre-transférentiels exaltants : "Si je découvre l'occulte -dira le thérapeute-tout sera résolu." En fait, la réserve est, en de nombreux cas, un style de fonctionnement familial comme réponse au voyeurisme propre à l'activité de recherche. A vrai dire, l'important n'est pas ce que l'on cache, mais le plaisir rétentif que l'on éprouve à (se) cacher. Autrement, par la sur-érotisation du voyeurisme du thérapeute, le fantôme aurait gagné encore une fois dans sa tentative d'attirer vers lui toute l'énergie psychique (*infra*, chapitre 5).

Illustration n° 3

L'apprenti sorcier : la famille Agavé

Les cas des familles Agavé et Borée nous invitent à réfléchir sur les raisons des réactions contre-transférentielles opposées devant une crise analogue.

Le jeune adolescent Agavé a présenté deux *épisodes psychotiques aigus*. Il est le troisième enfant d'une fratrie nombreuse, le premier des garçons. Madame Agavé a

dû consacrer beaucoup de son temps et de son énergie à l'éducation des enfants, principalement à l'une des filles souffrant d'un handicap physique depuis la naissance. Un an et demi après le début de la thérapie familiale à laquelle sont présents les deux parents et le jeune patient, Monsieur Agavé annonce son désir de quitter le foyer : il n'aime plus sa femme, il a investi dans une autre relation. Puis il se défend en disant qu'il est "trop peu solide" pour aller habiter seul : il a préféré avoir la possibilité de recréer une autre ambiance familiale avec son amie et le fils de celle-ci. Il n'insistera pas sur cette liaison qui semble durer depuis quelque temps. La réaction de Madame Agavé est plutôt terne (sans reproches, sans souffrance apparente), réaction un peu surprenante quand on sait que son attachement envers son mari est intense. Quelques mois plus tard et après une période où sont réglées les affaires courantes, Madame Agavé devient angoissée et en peu de temps elle se désorganise, elle perd sa maîtrise : les tâches de la maison sont délaissées ; elle fait des déplacements inutiles, dans la fébrilité, dans l'agitation même. Je découvre une Madame Agavé inconnue ou peut-être décompensée. A son tour, le jeune patient devient confus, il a des accès de violence paroxystique, "il casse des vitres, fait irruption dans l'étage où dorment ses frères et sœurs les menaçant avec un couteau". C'est alors que surgit en moi une interrogation quant à l'effet de la thérapie. Je me demande si le couple, par sa stabilité, ne permettait pas un équilibre à la femme, désormais rompu. Me sentant fautif, *je me suis vu comme un "apprenti sorcier"*.

Mais la séparation m'apparaissant comme une nouvelle difficulté, je n'ai pas du tout vu que ma réaction contre-transférentielle venait en écho à l'impossibilité pour Madame Agavé d'exprimer la douleur de son abandon, d'autant plus compliqué que j'ai été le seul thérapeute et homme de surcroît ! ("le mari qui restait"). Six mois plus tard, l'évolution favorable de la situation donnait raison à cette idée.

Illustration n° 4

Enthousiasme et espoir : la famille Borée

Dans le cas de la famille Borée, nous avons rencontré (le couple thérapeutique, A. E. et M. Aubert), le sentiment opposé devant un cas semblable.

Participaient aux séances Monsieur et Madame Borée, deux garçons adolescents, l'un d'eux présentant une anorexie compliquée d'une phobie de contact et une fille. Deux ans après le début du traitement, le symptôme anorexique avait disparu au prix d'une obsessionnalisation avec rituels d'évitement, vérifications, qui donnaient l'impression d'immobilisme. Il est opportun de signaler que l'inter-fantasmatisation inconsciente oscillait entre une représentation d'incomplétude, des angoisses de mort, dont l'une des expressions conscientes était des sentiments négatifs concernant l'avenir. Le conflit parental était marqué par l'hostilité ouverte de Madame Borée, traitant son mari d'inapte, d'inefficace, critiquant sa méticulosité et l'attachement à sa sœur. Les séances étaient assez semblables les unes aux autres : tantôt ils exprimaient leur pessimisme concernant le rétablissement du patient, pessimisme plus lié à l'obstination opposante de ce dernier (à "sa désobéissance") qu'à une aggravation des troubles ; tantôt le père était pris à partie, la mère conduisant une dure et désagréable série de reproches. Les thérapeutes étaient à leur tour saturés et "immobilisés" : ils sentaient qu'ils avaient utilisé plusieurs moyens interprétatifs sans résultat. Brusquement, le mot n'est pas excessif, comme un éclair dans un ciel serein, le père fait basculer le climat en annonçant sa détermination de quitter son épouse. Surprise, cette dernière a réagi vivement, entre pleurs et cris, puis, tour à tour, elle deviendra méprisante ("Tu est trop imbécile pour avoir une telle idée, quelqu'un a dû te le suggérer"), compréhensive ("Tu es

mieux sans nous"), méfiante ("Tu as certainement une autre femme"), carrément jalouse ("Tu déjeunes trop souvent avec Mademoiselle X, c'est elle alors !"). Le mari s'explique, il essaie d'appliquer une tactique d'enfant honteux, mais décidé : "Je n'ai personne d'autre, je veux rester seul, notre vie est insupportable, vous (femme et enfants) ne m'aimez pas". Sous le regard méfiant de Madame Borée et le fou-rire des enfants, le mari ajoute qu'ils n'aiment pas son jardin dans la maison de campagne, où il se plaît tellement. La fin de la séance est plus paisible, l'épouse montre son chagrin, elle ne semble plus revendicative mais résignée ("Tu me laisses tomber comme une vieille chaussette que l'on jette").

La réaction contre-transférentielle des thérapeutes a été de soulagement, voire d'enthousiasme. Un mouvement se produisait enfin, cette séparation montrait la détermination du père, se sont-ils dit, le désir d'assumer une position plus ferme, plus en accord avec l'état de ses sentiments. Ne voyant que le côté positif de cet acte, les thérapeutes pensaient que le père, s'étant débarrassé de la carcasse masochiste, avait fait un pas contribuant à la génitalisation des rapports intra-familiaux. Pris par l'engouement découlant de leurs conclusions, ils ont commencé à se flatter mutuellement. Le thérapeute homme : "Vous aviez raison d'insister sur le changement du rôle du père comme étant essentiel pour sortir de l'impasse, vous aviez bien vu". La thérapeute femme : "Non, mais c'est vous qui par l'insistance dans vos interventions..., etc." Le thérapeute homme : "Mais, non, c'est vous qui...". La thérapeute femme : "Votre rôle est indiscutable, car...".

Quelques temps après son départ, Monsieur Borée décide de retourner à la maison et le couple se réconcilie. C'était presque une fausse sortie, presque : en fait, le retour a marqué des progrès dans la relation du couple, puis, au niveau de la relation parents-enfants, Madame Borée a reconnu sa jalousie et des qualités chez son mari. Elle est devenue plus agréable à son égard. Monsieur Borée a admis n'être pas décidé à quitter sa femme mais, voulant se retrouver seul, il a préféré présenter son départ comme une séparation. Il croit à la nécessité de rencontrer des amis, il demande à sa femme d'être moins exclusive. Il explique ensuite la teneur des discussions avec deux de ses collègues, dont une femme connue également de son épouse, avec laquelle Monsieur Borée entretient des relations "exclusivement" amicales, bien que très intimes. Madame Borée : "Je ne peux pas ne pas être jalouse, mais je ne t'ai pas donné assez de place", dira-t-elle tout en avouant sa souffrance.

"Le huis-clos" familial s'est ainsi entrouvert. L'attente à l'égard des thérapeutes comme les seuls détenteurs d'une issue contribuait à la lourdeur, alors que ces derniers étaient, de par l'inflexibilité familiale, confrontés à une totale impuissance. L'image de rétention anale ou d'enfant enfermé dans l'utérus nous est venue à l'esprit, ce qui explique que le départ a déclenché une impression de délivrance et de soulagement, avec le sentiment que tout devenait désormais possible. Lorsque Madame Borée dit que c'est "une autre" qui aurait suggéré au père de partir, elle nous renvoie à ce héros (ou cette héroïne), brisant la paroi pour laisser accomplir la geste libératrice : le couple famille-thérapeutes était voué à la même impasse que le couple parental (transfert central).

Dans le but d'éclaircir la question des raisons pour lesquelles ces deux situations ont éveillé un mouvement contre-transférentiel si différent (dans un cas, crainte excessive et regret et, dans un autre, enthousiasme et espoir), nous devons interroger la nature des fantasmes en jeu. Pour la famille Agavé, la réaction modérée de Madame Agavé devant la séparation (en réaction peut-être à la façon extrêmement défensive dont Monsieur Agavé a présenté son départ) a créé les conditions d'un *étouffement pulsionnel* susceptible de produire chez elle malaise et induction : je me suis senti coupable de mes initiatives, de mon action, de ma force, alors que Monsieur Agavé n'a pas pu se sentir responsable face à son désir sexuel. J'ai joué en moi le conflit entre désir et censure, conflit que le couple n'avait pas assumé. (Le désir transférentiel était à la recherche d'un tiers assumant la faute). En revanche, Madame Borée a réagi vivement au projet de départ de son mari. Sa jalousie, sa blessure, ont posé le problème en termes émotionnels, d'emblée ; la mise en avant de la castration évitant un arrêt dans le relancement des représentations. Cependant, l'engouement des thérapeutes ne s'explique que par rapport à "la paralysie" du traitement : il éclairait par la même occasion la portée du sentiment d'inutilité partagé par les membres de la famille, et auquel les thérapeutes se refusaient d'adhérer. Parallèlement, la mobilité instaurée par "l'affermissement" du père peut expliquer le soulagement des thérapeutes, auxquels était adressée une demande d'assumer seuls la loi sexuelle. Bien qu'illusoire, le contre-transfert a été un point d'appui dans une tentative de re-introduction de la différence de sexes, de l'aventure de la castration et de ses aléas : jalousie, exclusion, rivalité, mais que l'on sentait nécessaire pour redonner vie au processus. Le(s) thérapeute(s) prend (prennent) en charge par le vécu et par les représentations, des chaînons associatifs indispensables pour la poursuite du travail de liaison.

Illustration n°5

Misogynie : la famille Dryades

Le cas de la famille Dryades est marqué par *l'absence* : trois femmes, la mère et ses deux filles adolescentes, viennent me voir pour surmonter leurs conflits relationnels permanents et pour éviter la répétition des troubles suicidaires graves chez l'une et l'autre des adolescentes. Le père alcoolique s'est donné la mort il y a quelques années, lorsque la plus âgée des filles passait le cap de la puberté : la figure paternelle hante le milieu familial, qui se refuse le droit à la vie. Les disputes sont liées, d'une part à la fidélité au père, dont le nom est invoqué pour critiquer le comportement de l'une ou de l'autre des trois femmes ("Père ne serait pas d'accord pour que tu sortes tous les soirs", par exemple), et, d'autre part aux mouvements d'imitation de la plus jeune qui prend les vêtements et les bijoux de la plus âgée. Les enfants font souvent appel à l'autorité de la mère, qui participe à la dispute en se faisant disqualifier : déçue, abattue, s'avouant vaincue, décomposée ou infantilisée, elle demandera ainsi conseil à sa propre fille aînée, qui assume de plus en plus un rôle de *leader*.

Pendant une séance, je suis confronté à un bien étrange sentiment : les trois femmes s'entretenaient de la mode féminine, des vitrines regardées la veille, des boucles d'oreille, des robes et de leur façon de les porter. Je commence à me sentir indifférent, je m'ennuie, je désire que la séance finisse, puis je me dis qu'elles perdent leur temps et surtout qu'elles me font perdre le mien en parlant de futilités. Je vais jusqu'à me sentir misogyne, me surprenant à prendre à mon compte les arguments les plus banalement défensifs contre la valeur du monde féminin. Alors je me dis que c'est très inhabituel chez moi que d'adopter un point de vue si arrogant. Ensuite, je me ressaisis. M'apercevant alors de ma frustration de ne pas pouvoir pénétrer ce monde, je vais jusqu'à me sentir ignorant ; je ne connaîtrais rien aux goûts féminins, j'ai l'impression qu'il s'agit d'un domaine inaccessible et secret. Je leur en parle. Puis je pense que je ne suis malheureusement qu'un homme.

La violence de ma double réaction (mépris et reconnaissance de ma castration) m'a poussé après la séance à réfléchir sur ce cas : cette figure de contre-transfert ne reproduisait-elle pas un aspect ignoré du lien au père caché par l'idéalisation ? Comment aura-t-il supporté d'"être" l'homme de trois femmes devant l'impénétrabilité et la force du monde féminin ? Dans son narcissisme exacerbé, a-t-il supporté l'ignorance des plaisirs de la femme (comme le devin Tirésias en a payé le prix) ? A-t-il accepté l'irremplaçable qualité de la tendresse entre une mère et sa fille ? Si nous ne pourrions jamais connaître la réponse à ses questions, j'ai cru saisir que le désir transférentiel familial m'étant adressé était précisément de respecter l'espace secret du féminin.

En me plaçant en dehors de leur aire, je pouvais avoir la chance de trouver une place dans le transfert : bien des problèmes étaient liés ici à l'insaisissable continent féminin et au respect qu'il exige pour se laisser pénétrer ! Peut-on dire que le suicide du père a été une tentative mégalomane ultime et désespérée d'envahir cet espace, l'espace psychique du corps de "ses" femmes, par la culpabilité d'un deuil interminable ?

Co-thérapeutes, diversification du transfert et du contre-transfert

La pratique de la co-thérapie nous a montré que la définition du transfert s'applique à l'ensemble du groupe de thérapeutes (deux ou plus), bien que ses formes diffractées ou dissociées compliquent habituellement sa compréhension.

Éventuellement, l'un des co-thérapeutes est accepté même idéalisé, l'autre rejeté ; l'un est mis dans une position de distance et de pouvoir paternel, l'autre traité avec proximité et extrême familiarité ; l'un est craint, l'autre est ressenti dans la réassurance ; l'un est adulé, l'autre déprécié ; l'un vécu comme écrasant son collègue ou le parasitant, l'autre le subissant. L'un est vécu comme spontané et dynamique, l'autre comme taciturne, retenu, inhibé. L'un toujours triomphant, l'autre maladroit, recevant des coups...

Un thérapeute sera imaginé comme accaparant la famille, volant le rôle à son collègue, ou volant l'amour des enfants.

Dans d'autres cas, un des thérapeutes est investi plus particulièrement comme un objet transgénérationnel, un grand-oncle idéalisé, par exemple, alors que ses co-équipiers sont investis comme plus neutres.

Fréquemment, l'ensemble des co-thérapeutes est l'écran étayant d'un groupe secondaire : des enseignants bienfaisants (cas de la famille Bird, illustration n° 12), des expérimentateurs froids et inquisiteurs (cas de la famille d'Agnès Y. in A. Eiguier, 1983 a), ou d'un esprit groupal : le "transfert idéologique" décrit à propos des groupes trouve un équivalent dans la famille en thérapie (R. Kaës, 1982). Les représentations familiales collectives rattachées aux co-thérapeutes ne sont pas rares : ils seront "la bonne famille"; "la famille sacrifiée et ascétique" ; le couple qui s'ennuie en thérapie et qui est impatient de s'adonner au plaisir sexuel après la séance ou, encore plus insouciant, pendant les vacances.

Avec l'évolution du processus, les figures dissociées changent, mutent, s'intervertissent, se neutralisent. Chaque élément figuré est important, car traduisant une représentation particulière par rapport à une autre représentation et par rapport à un ensemble. La co-thérapie prédispose à l'ouverture de cet éventail. Le processus visant à la modification des affects rattachés à ces objets inconscients, nous admettons l'intérêt de maintenir stable l'équipe des co-thérapeutes tout au long de la cure.

Les différences professionnelles, la disparité hiérarchique, les particularismes de caractère ou de culture, la différence de sexe notamment, risquent d'étayer l'expression d'un transfert *direct* dissocié, dont nous rappelons l'aspect défensif. Des désaccords techniques sont imaginés et exploités éventuellement dans un désir de recherche d'alliances d'exclusion. Pour la famille, la post-séance est le lien d'échanges imaginaires aussi divers que les variantes de scène primitive existantes.

"L'indice de réalité", du fait de la pluralité de thérapeutes (R. Kaës, 1982) est facteur de cristallisation du transfert direct, mais avec l'évolution de l'expérience analytique, les traits personnels des co-thérapeutes ou leur interaction sont submergés par l'importance du déplacement des objets inconscients et de leurs inter-fonctionnements.

Quoi qu'il en soit, le transfert adopte toujours une dimension groupale. A la base, nous trouvons le fantasme d'une continuité psychique famille - co-thérapeutes. Les différentes représentations rattachées aux thérapeutes, toutes disparates qu'elles apparaissent, correspondent souvent au même univers d'émotions et de pensées : amour-haine, attachement-détachement, dépouillement-possessivité, soumission-domination, soumission-révolte. Il s'agit moins d'un transfert individuel et isolé que d'un transfert en correspondance avec un autre transfert. Derrière l'opposition et la disparité, gît le même complexe d'affects et de fantasmes.

Qu'il y ait diversité, cela ne doit pas nous étonner, car tout fantasme évoque généralement le contraire. Toutefois les variations ou les oppositions

sont en elle-mêmes fondamentales. Si la représentation déplacée sur l'un des thérapeutes d'un grand-père idéalisé se double de la représentation déplacée sur l'autre thérapeute d'une fille inhibée et admiratrice de son grand-père, cela est différent d'une représentation semblable du grand-père doublée de la représentation d'une femme possessive et tyrannique que le grand-père supporte avec stoïcisme. Le transfert groupalise une totalité relationnelle avant toute chose. C'est la représentation d'une interaction entre deux ou plusieurs personnes. Habituellement, cela demande un travail d'éclaircissement en trois étapes :

1. Repérage de l'élément transféré sur chacun des thérapeutes.
2. Recherche des correspondances et des interactions entre les transferts.
3. Trouvaille de l'univers fantasmatique commun.

La diversification du transfert groupal suscite une diversification du contre-transfert à l'intérieur de l'équipe de thérapeutes, chacun allant éventuellement jusqu'à s'identifier au désir transférentiel. Se trouvant d'habitude à l'aise et solidaire avec son collègue, un des thérapeutes peut se sentir choqué par les propos de ce dernier. Il se demande : "Qu'est-ce qu'il fait ?" ou "Pourquoi m'abandonne-t-il ?", ou il se découvre le jugeant : "Qu'il est impatient... Il ne sait pas attendre l'effet de mes interprétations" (E. Granjon, 1986). Parfois l'un verra l'autre en rival ou il le trouvera jaloux. Il sera, le cas échéant, tenté de le contredire, voire de l'attaquer. A l'opposé, une équipe qui ne présente pas de frictions internes, surtout si elle éprouve une forte illusion, voire un sentiment mégalomane d'infaillibilité, nous interroge sur son fonctionnement comme massivement défensif. Dans d'autres situations, un des co-équipiers restera dans une position d'écoute, pensant que l'autre réagira si le besoin s'en fait sentir. Toute équipe vit un travail de maturation progressive du lien, les modalités personnelles sont comprises et respectées avec l'évolution, ainsi que son style et ses choix interprétatifs. La coopération conduit au sentiment de contenance et à l'impression d'un travail en écho, chacun "prêtant" à son co-thérapeute une partie de son propre fonctionnement psychique et de sa capacité de rêverie et d'élaboration (W. Bion, 1959, 1962).

Toutefois, la situation de régression propre à l'écoute fait émerger des noyaux infantiles et des fantasmes primitifs de la représentation familiale. En thérapie familiale, l'interaction familiale se répercute sur l'interaction entre thérapeutes : leurs sentiments, leurs pensées et leurs gestes, de l'un par rapport à l'autre. C'est ce que R. Kaës (1982) nomme pour la groupe-analyse "l'inter-transfert". "Dans la situation psychanalytique groupale et pour chaque analyste travaillant en équipe, l'inter-transfert d'un analyste est composé de son contre-transfert en situation de groupe [mobilisant le transfert collectif et comme réponse au transfert du groupe sur lui] et de son transfert sur son ou ses partenaires, sur l'équipe elle-même, sur l'institution instituante" (p.154)¹. Véritable métabolisation des éléments

1. Entre crochets : remarques d'Albert^e Eiguer.

projectifs non dicibles, l'élaboration de ces phénomènes est appelée "l'analyse inter-transférentielle". Cette dernière "vise à restaurer la fonction conteneur des analystes en maintenant la situation analytique chez chacun des interprètes ; et pour y parvenir, il n'y a pas d'autre voie que celle qui assure la fluidité et l'échange des pensées et des affects chez chacun des analystes et entre eux. Ce qui importe ici, c'est pour les analystes de l'équipe interprétante d'exister personnellement et en équipe" (p.170).

Il n'est pas rare que la *rivalité phallique* éclate à l'intérieur de l'équipe de co-thérapeutes. Pour son collègue, l'un parlerait de trop, il édulcorerait souvent ses propos ; se montrant plus éclatant ou sympathique, il essaierait de séduire la famille ou l'un de ses membres : il éviterait ainsi d'éveiller le rejet ou la résistance. Dans d'autres cas, un co-équipier a peur pour l'autre, le trouvant fragile devant les projections. Dans un élan de protection maternelle, il peut penser qu'il l'a trop délaissé, ou pas assez compris dans ses qualités humaines et professionnelles, tout cela coïncidant avec d'autres sentiments chez le(s) co-équipier(s). Il peut se sentir surveillé, critiqué par l'autre ou le groupe institutionnel dans une position que l'on reconnaîtra aisément comme surmoïque. L'ambivalence s'exprimera dans des actes ou des paroles mais, fréquemment, elle est l'effet à distance de la propre ambivalence de la famille ou de son clivage entre bons et mauvais objets.

Le travail de co-thérapie a un intérêt grandissant si l'on parvient à réutiliser ces éléments de la relation d'inter-contre-transfert après leur analyse. Dans notre pratique, nous étudions pendant la séance les réactions, les attitudes, la mimique, le style du discours, de nos co-thérapeutes, en ayant à l'esprit l'idée qu'ils contiennent éventuellement des émotions transférées par la famille. Ces réactions identificatoires en écho ouvrent une perspective souvent inattendue (contre-transfert concordant). Par exemple, si le co-thérapeute est enthousiaste ou morose, dynamique ou confus, s'il se sent obligé d'énoncer ses interprétations avec un luxe de détails. Dans ces cas, si le co-thérapeute est enthousiaste, nous nous interrogeons sur la possibilité d'apparition de la défense maniaque au niveau familial, ou s'il est morose, sur la mise en latence de prises de conscience douloureuses. Si les interprétations de notre co-thérapeute sont trop explicatives, nous nous demandons si sa rationalisation défensive ne répond pas à une résistance par le doute obsédant chez tel ou tel membre de la famille (les figures sont multiples).

Le plus important est de comprendre que le transfert-contre-transfert est un mouvement dynamisant la situation avec des jeux identificatoires, de telle sorte que toute expression est à saisir comme l'émergence d'un élément nouveau à partir d'un ensemble. "Le familial" exprimant ces inter-fantasmatisations particulières et le système de parenté avec ses rôles et ses liens, il n'est pas rare qu'il déclenche des vécus contre-transférentiels en *dyade* filiale, fraternelle, de couple ou avunculair (lien enfant-représentant de la famille maternelle).

Par contraste "au familial", un des thérapeutes peut se vivre comme "l'étranger". Distribuées sur l'un et l'autre des co-thérapeutes, les figures de l'étranger et du familial (er) sont toutefois les héritières du roman familial. Comme objet de transfert ou de contre-transfert, l'étranger présente des variantes d'après le type d'organisation familiale. Il s'agit éventuellement de la représentation d'un étranger vécu :

1. Comme objet inquiétant et non humain : fauve, monstre, robot (auto-engendrement, scène primitive psychotique ou anti-scène primitive).
2. Comme parent ou enfant d'un roman familial de l'enfant trouvé et adopté par les deux parents (scène primitive pré-génitale).
3. Comme parent ou enfant d'un roman familial de l'enfant adultérin ; seul un des parents est géniteur ; l'autre parent serait "l'étranger" (scène primitive génitale).
4. Comme un objet du monde extra-familial à fonction éducative désérotisée (scène primitive post-génitale) (cf. A. Eiguer, 1987 d, 1987 e).

Ces figures de transfert et de contre-transfert sont en fait spécifiques à la famille et déterminées par les vicissitudes du roc biologique de la filiation. "L'adoption culturelle" de la famille est un des buts des thérapeutes. Avant d'y parvenir, leur contre-transfert traverse l'axe familial (al) - étranger, en s'identifiant alternativement aux différentes figures.

Les thérapeutes oscillent donc entre l'appropriation totale, absolue, quasi-biologique, et l'appropriation mitigée, souple, plus amplement psychique, transférable à un ailleurs d'exercice de l'autonomie. L'un et l'autre des co-équipiers peuvent alternativement assumer ces deux positions avant de reconnaître que leur emprise sur la famille est bien relative... De son côté, la relation entre co-thérapeutes ouverte par la perspective de "l'inter-contre-transfert" permet de construire un lien d'amitié intense et appréciable dont nous saluons ici la valeur souvent exceptionnelle.

Conséquences théoriques

Alors que les cas des familles Agavé et Borée conduisent à réfléchir sur le contre-transfert en tant que figuration de la représentation refoulée, le contre-transfert dans le cas Dryades est moins immédiat : il contribue à l'éclairage fantasmatique. Nous avons exposé les figures multiples, les ouvertures et également les résistances dont le contre-transfert est à la fois acteur et témoin. L'aspect le plus primitif de la psyché familiale (le contre-transfert de base, la fusion), les pulsions partielles, puis l'activité des fantasmes phalliques et génitaux, nous montrent ces diverses figures. On devrait ajouter (et l'énumération est loin d'être épuisée) l'idée de M. Neyraud (1974) sur la *précession* de tout contre-transfert sur le transfert (la disponibilité à l'écoute pré-existe à tout fonctionnement associatif) ; celle de M. Fain (1968) sur l'analyste comme agent du sexuel, donc en quelque

sorte comme *séducteur* ; celle de B. Grunberger (1975) sur *l'inclusion narcissique* de l'inconscient de l'analyste pendant la séance, donc répondant à une réceptivité où représentations de l'analysant et de l'analyste seront en résonance.

Il ne reste pas moins que trouver une spécificité au contre-transfert en thérapie familiale n'est pas chose facile. Il a certes été question ici du caractère particulier des fantasmes familiaux autour de ce que nous appelons le roc biologique de la filiation ou des fantasmes du couple autour du roc sociologique. Pourtant la spécificité de la famille est à préciser par rapport au groupe ou à tout autre organisation psychique. Une théorie du contre-transfert en thérapie familiale doit se distinguer de la théorie du fantôme où le sujet reste passif à la merci d'une économie étrangère, de la théorie du traumatisme ressuscitée par un certain courant de thérapie de famille, ainsi que d'une théorie du sujet isolé de l'environnement. Nous devons respecter autant que possible la théorie des pulsions et donner toute sa place à la génitalité, pierre d'achoppement de toute théorie de groupe, pas par négligence, mais parce qu'il y a eu peu de concepts aussi marqués par l'individuel que la pulsion ou la génitalité. Nos théories du groupe familial, celle de A. Ruffiot (1981) sur *l'originale et l'appareil psychique familial*, celle de J.P. Caillot et G. Decherf (1982) sur *l'objet groupe familial*, pêchent à insister sur les aspects les plus archaïques du psychisme se mettant à la disposition du fonctionnement psychique du groupe. Notre contribution au problème passe par la réutilisation du concept de contre-transfert familial comme activateur pulsionnel, sur sa nature narcissique : la famille "cherche" à susciter le même chez le thérapeute (ce que H. Racker, 1960, appelle le contre-transfert *concordant* - de moi à moi) ; et sur sa nature objectale : la famille essaie de créer la différence (ce que H. Racker appelle le contre-transfert *discordant* - d'objet à moi)¹. Et précisément la concordance et la discordance posent tour à tour la question de la place des pulsions narcissiques et des pulsions d'objet. Question suffisamment importante pour que nous l'analysions dans le chapitre suivant.

La conception théorique du mythe familial (*Infra*, chapitre 7) ou celle de temporalité familiale (écoulement du temps, représentation du cycle de vie familiale avec ses crises et ses phases), ne sont guère imaginables sans le partage de fantasmes génitaux entre les différents membres d'une famille. A ce titre, nous employons le concept d'inter-fantasmatisation dans le sens d'une activité en mouvement : d'une part, une tendance à agir et réagir en consonance de fantasmes, au point d'utiliser ces derniers dans un sens de création, d'humour, de récits, de loisirs partagés et, d'autre part, un *contenu fantasmatique* commun entre les sujets.

1. Dans les cas des familles Agavé, Borée et Dryades, notre contre-transfert a été discordant : "le mari en faute", dans la famille Agavé.

. "un homme exclu du monde féminin", dans la famille Borée.

. le couple de thérapeutes comme des "accoucheurs enthousiastes", dans la famille Dryades.

Le premier aspect de l'inter-fantasmatisation est le plus lié à l'archaïsme de la psyché-pure-non-personnalisée dont parle A. Ruffiot (1981), alors que le deuxième aspect traduit la similitude ou la complémentarité de désirs rattachés à un objet que nous pensons toujours présentes et indispensables pour que les liens inter-subjectifs existent (cf. chapitre 5).

Le contre-transfert est ainsi le produit de l'inclusion familiale dans l'inter-fantasmatisation. Le groupe absorbe le(s) thérapeute(s), pour former une nouvelle unité. S'il y a précession du contre-transfert sur le transfert, il y a parallèlement préexistence de l'inter-fantasmatisation sur le contre-transfert. Cela explique les phases successives de ce dernier : au départ, c'est une potentialité fantasmante, qui reprise par le transfert inclura secondairement le(s) thérapeute(s) dans le monde imaginaire offert par la famille (son contre-transfert préexistant). Pour conclure, trois idées sont à signaler :

1. *Les pulsions cherchent nécessairement l'autre*, l'objet, dans le but de la décharge : il y va de la logique propre à la pulsion et même dans le cas d'une pulsion narcissique dont l'objet serait paradoxalement le sujet lui-même, le narcissisme trouve en fait sa propre subversion en confondant l'autre et soi-même (le trans-narcissisme). Parallèlement, les pulsions ne peuvent escamoter les instances psychiques structurées, et c'est par l'association topique, comme cela a été démontré à propos de l'idéal du moi, que le groupe participera au travail de rassemblement, puis de déplacement sur le thérapeute (transfert familial).

2. *La discordance* nous explique la fréquente sollicitation des objets des grands-parents et des ancêtres dans les jeux transfert-contre-transfert familial. Nous y trouvons une des spécificités du travail familial (*infra*, chapitre 4).

3. Nous avons insisté sur le fait que le contre-transfert familial est le lieu de lutte des pulsions partielles. Nous ajouterons ceci : ces pulsions sont elles-mêmes soumises à la pression de l'éternel combat entre Eros et Thanatos. Si nous donnons une telle place au *masochisme* du thérapeute, c'est pour insister sur la résonance qu'y trouvent les pulsions auto-destructrices des membres de la famille. L'auto-mutilation, la déliaison, invitent au mouvement analogue chez l'interlocuteur, qui est tenté de préférer la soumission, l'anéantissement, au plaisir de fonctionner.

Toutefois, le thérapeute saura se servir de sa passivité pour infiltrer d'amour et de pensée créatrice la sourde tendance vers l'apaisement de toute excitation, à condition peut-être d'admettre sa régression, en renonçant à toute prétention mégalomane..."Se laisser dominer" par une vie et une structure familiales qui le précèdent constitue cet autre penchant, celui du *masochisme érogène*. Celui-ci n'est que le dernier refuge de la sexualité, qui trouve paradoxalement toute sa substance dans son compromis avec la pulsion de mort.

Ces questions nous incitent à réfléchir au cadre plus général de la théorie de la famille, plus particulièrement aux liens se nouant dans son sein. Voilà

pourquoi nous ferons, dans les deux prochains chapitres, un effort de synthèse concernant son fonctionnement inconscient applicable à la famille normale et disfonctionnelle.

Bien des concepts ont déjà été étudiés, aussi certaines questions restent encore ouvertes. Suffit-il d'affirmer la référence de la théorie familiale à la théorie groupaliste pour résoudre la question de la spécificité de la famille, de ses rôles sexuels et de ses liens ?

Quelle est la part du sado-masochisme dans la constitution des liens humains et quel est son sens par rapport à l'interaction ? Quelle est la place de la théorie des pulsions dans la réflexion analytique sur la famille ? Et celle du narcissisme ? Quelles sont les rapports conceptuels entre l'inter-subjectivité et l'inter-fantasmatisation ? Quelles sont les sources anthropologiques de la notion d'organisateur familial ?

4 Contribution à la théorie de la famille : liens narcissiques et liens objectaux 1

"L'homme n'est point fait pour méditer mais pour agir".

J. J. Rousseau, *Correspondance*.

"De notre naissance à notre mort, nous sommes un cortège
d'autres qui sont reliés par un fil ténu". J.

Cocteau, *Poésie critique*.

Interroger les mécanismes du fonctionnement inconscient de la famille n'est pas simple. Une thérapie psychanalytique qui fasse état de la variété - des fonctions et des rôles familiaux et qui apporte une synthèse, comme il est usuel dans le cas de toute théorie, doit surmonter bon nombre d'obstacles. Cette théorie doit tout d'abord éviter de confondre psychisme familial et autres psychismes : elle ne doit pas dériver comme une copie conforme d'une psychologie individuelle. Elle ne doit pas non plus se confondre avec la topique d'autres groupes humains comme l'école, l'institution religieuse ou le groupe de thérapie. Cette théorie doit aussi trouver une confirmation dans la pratique de la thérapie familiale, elle doit montrer sa compatibilité, son application surtout. Elle doit également être compatible avec la métapsychologie individuelle et dans l'idéal, l'enrichir.

Spécificité, plusieurs "entrées", cohérence, voilà ce que nous demandons à une théorie de la famille. Une théorie qui fasse état du fonctionnement fantasmatique de l'ensemble du groupe et du facteur cohésif dérivé de ce

1. "Liens objectaux", "liens libidinaux d'objet" et "liens libidinaux" sont ici pris comme synonymes.