

Les lieux de la rencontre et ses enjeux

danielle doiron

À travers une vignette clinique, l'auteure tente d'illustrer l'expérience qu'elle a vécue du contre-transfert. Dans un moment précis de la cure, le contre-transfert a été vécu et décrit comme une atteinte dans un lieu intrapsychique qu'il faut différencier de la réalité objective afin de diminuer les agirs contre-transférentiels. Pour y arriver, il est impératif d'identifier les mouvements transféro-contre-transférentiels et de donner sens à ceux-ci. L'auteure propose des pistes qui peuvent aider dans ce travail. Elle nous fait parcourir ses réflexions théoriques tout en partageant son vécu de clinicienne. Différentes voies d'expression du contre-transfert sont décrites et mises en lien avec des moments du processus psychothérapeutique. Une lecture des mouvements contre-transférentiels permet d'identifier une modification de leur niveau de symbolisation et nous rapproche de leurs sens inconscients. Cette analyse, qui départage le matériel intrapsychique qui appartient à la clinicienne de celui qui appartient à la patiente, permet de dénouer des impasses transféro-contre-transférentielles inscrites comme une répétition sur la scène interne de la patiente.

Comment pouvais-je être rejointe davantage que par le thème « lieux de la rencontre », puisqu'il représente l'expérience et la représentation que j'ai eues du contre-transfert dans la vignette clinique que je vais rapporter. J'aurais pu aborder le thème du contre-transfert d'une façon plus théorique, mais je constate que ce qui m'interpelle, c'est l'expérience, la clinique qui vient appuyer la théorie.

J'ai vécu le contre-transfert comme si j'étais rejointe à l'intérieur de moi-même, dans un lieu où je me cachais, un lieu que je protégeais. Depuis plusieurs semaines déjà, il me semblait qu'une de mes patientes me « cherchait ». Je la « voyais venir avec ses gros sabots » comme on entend dire souvent. Et moi, sans m'en rendre compte, je la fuyais. Plus précisément, je tentais d'esquiver les coups que je voyais venir. Puis, à une séance, de façon inattendue (moi qui me croyais bien habile à la fuir), elle me « trouva » et, curieusement, sans que je m'y attende.

Par un malencontreux hasard, elle apprit qu'un de mes enfants était scolarisé dans le même établissement que son enfant et elle fut témoin d'un événement qu'elle prit plaisir à me rapporter, en y greffant son interprétation de la scène et sa compréhension de la personnalité de mon enfant. Bien entendu, sans avoir besoin de dire quoi que ce soit de bien explicite, elle me rejoignait dans ma « fonction » de mère. Partout où elle avait tenté de me rejoindre, elle m'avait manquée. L'endroit où il pouvait y avoir une atteinte était justement dans mon identité de mère. Là, elle me trouva

La rencontre de son transfert et de mon contre-transfert suscita un impact émotif qui me frappa de plein fouet. La blessure fut cuisante et authentique, et je dirais, en partie, de nature narcissique.

À mon grand désespoir, elle vit la blessure et me demanda, inquiète, de la confirmer. Comment aurait-elle pu ne pas la voir? En effet, au moment de l'impact, je sentis, malgré moi, mon visage se décomposer, bien que j'aie tenté de paraître impassible. Sous l'effet de la douleur, je l'entendais, presque suppliante, me demander : « Je vous ai fait mal, n'est-ce pas? Je vous ai fait mal? »

Intérieurement, j'étais à la fois prise avec ma douleur et avec mes préoccupations de clinicienne : « Dois-je lui répondre?... Que dois-je lui répondre?... Comment puis-je lui répondre?... Comment puis-je demeurer clinicienne? » Intuitivement, je sentis la nécessité de lui répondre : « Oui. » « Oui, vous m'avez fait mal, mais le plus important pour l'instant, c'est de se demander pourquoi c'est si important pour vous de me faire mal à ce moment-ci. »

La patiente sembla soulagée par cette réponse. Elle m'avoua m'avoir toujours imaginée comme une mère parfaite avec des enfants parfaits et voilà qu'elle y découvrait une faille. Une faille qui, à son grand bonheur, me rendait humaine et la rendait, elle, acceptable à ses propres yeux et aux yeux de sa mère. Elle qui, pourtant, me semblait être une mère suffisamment bonne, comme le décrit Winnicott (Winnicott, 1975, 20).

Cet incident, extrêmement douloureux pour moi, lui permit d'aborder du matériel beaucoup plus authentique. Mais cette rencontre ne s'arrêta pas là. En effet, l'espace-temps entre cette séance et la suivante fut rempli de ma crainte d'agir, dans les séances à venir, une quelconque forme de représailles à son endroit. Comment pouvais-je déjouer celles-ci? Pouvaient-elles se manifester à mon insu? N'allais-je pas la blesser en lui présentant, malgré moi, des interprétations sadiques ou encore me retirer de la relation, sans m'en rendre compte, en ne cherchant plus de sens à notre expérience et finalement essayer de la mettre à la porte? Toutes ces stratégies n'étant qu'une construction d'un bris de contact visant au fond à me couper, à l'intérieur de moi, de ce que je vivais en la revoyant, puisque cela me remettait en contact avec ma propre souffrance.

À force d'y réfléchir, je devais m'avouer, à mon plus vif regret, que je n'avais qu'un désir, celui de ne plus jamais la revoir. En m'avouant à moi-même ce souhait, il me revint à l'esprit que cette patiente m'avait déjà raconté avoir été mise à la porte d'une psychothérapie par une thérapeute précédente, et ce, d'une façon très violente.

Ainsi, l'exploration de mon désir me permit de réaliser que je me sentais au cœur d'une répétition. « J'ai moi aussi le désir de la mettre à la porte! » Mais pourquoi? De mon côté, je ne voulais plus ressentir cette souffrance qu'elle m'avait fait vivre, je voulais m'y soustraire et, aussi, j'avais peur de mon désir de vengeance. Quel était donc le sens de cette répétition? Pourquoi ma patiente réinstallait-elle des éléments qui l'amenaient à se faire rejeter? Quels autres rejets se jouaient ici? Bien sûr, il y avait celui vécu avec la thérapeute précédente, mais encore. Entre nous deux, au niveau transférentiel, désirait-elle que je la mette à la porte puisqu'elle ne réussissait pas à partir d'elle-même?

Malgré le fait que cette patiente travaille extrêmement bien en psychothérapie, lorsqu'elle commence à parler de son désir d'arrêter la thérapie, tous ses

symptômes réapparaissent. Réaction thérapeutique négative? Me pousser à la mettre à la porte lui permettrait-il de ne pas avoir à porter sa décision de partir? Partir, séparation qui est intolérable aux yeux de sa mère interne. En séance, ses associations la ramènent constamment à cette mère dont elle désire se séparer psy- chiquement, mais de qui elle ne peut se désintriquer. Elle se sent à la fois en danger d'être si proche d'elle ou d'être déloyale en s'éloignant. Le tango qu'elle tentait de danser avec moi me mettait dans une position de mère qui risque de la rejeter, mais qui doit l'aider à s'éloigner.

Cette idée de bonne et de mauvaise mère me ramenait à mon désir d'éviter de me sentir mauvaise mère par rapport à mes propres objets internes et externes, mais surtout ici avec elle. En effet, dans ma pratique, c'est une patiente avec laquelle je me considère « permissive » quant aux modifications du cadre. C'est une torture lorsque je dois lui faire payer une séance manquée ou encore lorsque je m'imagine augmenter son tarif qui est pourtant le moins élevé parmi tous mes patients. De surcroît, il est difficile à chaque séance de terminer la rencontre et quel désarroi je ressens lorsque je réalise qu'encore une fois, je lui ai laissé prendre dix minutes de plus! Finalement, elle est celle à qui j'ai accordé, dans mon horaire, une heure qui ne me convient pas du tout! Pourquoi tous ces écarts? Pourquoi un tel sacrifice?

Ce qui devient maintenant évident, c'est que je me comporte avec elle comme une trop bonne mère et, de cette façon, je l'empêche de partir. Elle a besoin d'une mère moins bonne, en fait suffisamment bonne pour la laisser partir ou peut-être suffisamment mauvaise? Mais elle ne connaît que deux alternatives : la mère parfaite qu'on ne peut quitter ou la mauvaise mère qui rejette. Alors, elle me rejoint et me met en position de mauvaise mère. Compulsion de répétition puisque ma patiente semble s'être vécue comme rejetée par sa mère qui préférait son frère (matériel qu'elle a peu élaboré en raison de la trop grande douleur que cela lui faisait revivre). Ma difficulté à tolérer de me sentir mauvaise mère me fait agir cette position et me coince dans le nœud transféro – contre-transférentiel actuel de la cure. J'insiste pour me proposer en « trop bonne mère », alors qu'elle semble prête à rencontrer une « moins bonne mère »!

À la séance suivant celle de la blessure, la patiente arrive accablée. Elle me raconte, pour la première fois, que sa fillette éprouve des difficultés dans ses relations avec d'autres enfants de son école. Je l'écoute mais, en parallèle, à l'intérieur de moi, je me sens réjouie du fait que cette mère n'a pas une enfant Parfaite, contrairement à ce qu'elle a semblé laisser entendre jusqu'à maintenant...

Après m'avoir raconté cette difficulté de sa fille, elle semble en attente et m'observe attentivement. Je perçois qu'elle me sollicite et attends de moi une Parole, peut-être contenante ou réparatrice. Bien que je sente sa souffrance, je ne trouve rien à dire. J'ai l'impression que quelque chose doit se travailler, mais je ne sais pas quoi. Je garde le silence. J'ai l'impression qu'elle est mise à la porte de mon intérieur (que je l'ai mise à la porte... qu'elle s'est mise à la porte!). Elle explose alors et me dit qu'elle me sent froide et indifférente aux difficultés de sa

filles, mais j'entends surtout que je suis sourde à sa souffrance. « Est-ce juste? » Je suis interloquée d'être à nouveau, et en si peu de temps, découverte par cette femme. Encore une fois, elle me presse de répondre, mais j'entrevois cette fois qu'il s'agit de quelque chose de différent.

À la séance précédente, elle avait besoin d'être rassurée, rassurée de ne pas m'avoir détruite. Sa question visait donc à vérifier « que l'objet a survécu à l'attaque » comme dirait Winnicott. À cette séance-ci, lorsqu'elle pose sa question, je sens plutôt chez elle une pointe de triomphe. Je sens un désir pulsionnel qui tente de se réaliser. Intuitivement, je ne réponds pas à sa question. Je choisis d'explorer le fond de sa question.

Elle finit par découvrir qu'elle se sent coupable de ce qu'elle m'a fait vivre à la séance précédente. Ainsi, m'amener sa fille en difficulté relationnelle l'a fait souffrir; me penser indifférente à sa souffrance et imaginer que je ne l'aiderais pas, telles sont les punitions pour m'avoir agressée.

Continuer à explorer avec elle le sens de cette nouvelle question lui permet de vérifier la présence ou l'absence de représailles. D'une certaine façon, il lui était nécessaire de m'attaquer pour faire l'expérience de la distance entre elle et moi, mais il était indispensable que j'aie une réaction subjective à son désir de différenciation. Par ailleurs, ceci devait s'effectuer dans le cadre d'une attaque afin de vérifier la résistance et la qualité de mon investissement. Pour moi, cela fait référence à la différenciation, chez Winnicott, entre l'objet réel et l'objet fantasmatique. Heureusement, mon désir de l'aider, s'exprimant par un soutien pour relancer la libre association, a été plus fort que mon désir de vengeance. Mais pour que ce jeu « thérapeutique » ait une efficacité, il fallait que ce ne soit plus un jeu. La souffrance devait m'impliquer subjectivement et ma réaction à celle-ci aussi. Il fallait qu'il y ait une implication subjective entre cette femme et moi. Une rencontre que je dirais transféro – contre-transférentielle qui, pour ma patiente, à ce moment du processus, devait s'effectuer à l'aide de cette atteinte subjective.

Ainsi, utiliser à mon insu le désir de vengeance (c'est-à-dire me le faire vivre et d'une certaine façon l'actualiser) me permettait d'identifier qu'il n'était qu'un écho de sa propre culpabilité, de sa difficulté à se séparer et de sa problématique autour de l'idéalisation. Mais de surcroît, en m'apportant les difficultés relationnelles de sa fille, ne tente-t-elle pas de se représenter notre difficulté à se rencontrer? Il y aurait moi et mon désir de la fuir, puis elle, la petite fille qui n'est jamais reçue ni contenue par l'objet relationnel.

Par ailleurs, si j'en reviens au titre de l'argument de *Filigrane*, je constate que les voies qu'a prises mon contre-transfert sont multiples. Au début de la cure, mes mouvements contre-transférentiels passent par des agirs : les aménagements du cadre. Dans un premier temps, j'accepte délibérément d'apporter ces modifications qui se veulent stables et définitives. Dans un deuxième temps, les aménagements se multiplient, signent un manque de distance par rapport à ma patiente, mais surtout demeurent presque inaperçus à ma conscience et ne cessent de se répéter, malgré mon malaise. On pourrait parler d'un fonctionnement agi clivé de ma part par

lequel je me comporte comme l'image idéale d'une mère que ma patiente projette sur moi. Selon Godfrind-Haber et Haber (Godfrind-Haber et Haber, 2002, 1459), ces attitudes sont des réponses agies du clinicien aux demandes du patient. Le clinicien est sous l'emprise du patient et répond dans une logique de satisfaction immédiate au besoin de celui-ci, emporté malgré lui dans un agir, au mépris de la règle d'abstinence. La permanence de ces agirs de la part du clinicien :

« Témoigne de la puissance de l'identification projective associée aux agirs du patient. » (Godfrind-Haber et Haber, 2002, 1455)

Selon eux, ces moments de fonctionnement clivé sont incontournables et parfois utiles dans le processus psychothérapique :

« Dans les moments de fonctionnement clivé de l'analyste induits par les agirs de l'analysant, expression de zones inélaborées clivées, l'analyste est confronté à ses propres noyaux irréprésentés, soumis à sa propre sensibilité au manque à symboliser. On peut évoquer ici un mécanisme d'identification projective croisée autour d'une faille de même qualité qui donne lieu à un échange sous-tendu par une communauté de déni temporaire. L'angoisse ainsi sollicitée induit, chez l'analyste, un travail psychique d'autant plus intense. » (Godfrind-Haber et Haber, 2002, 1457-1458)

Ils poursuivent en mentionnant :

« Nous avançons l'hypothèse que c'est l'alternance entre les moments d'échange agi et leur reprise en psychisation par l'analyste qui est susceptible d'entamer, progressivement, l'étanchéité des clivages. » (Godfrind-Haber et Haber, 2002, 1458)

À la lumière de ce qu'évoquent ces auteurs, il est facile de repérer les agirs et les verbalisations de ma patiente qui m'ont amenée à modifier le cadre. Par exemple, ma difficulté à augmenter le tarif ou à faire payer des séances manquées était soutenue par maintes plaintes de ma patiente quant à mes honoraires prétendument élevés, mécontentement qui était souligné par ses « oublis », sur certains chèques, payer des séances. Quant à ma difficulté à la faire sortir de la séance, elle était précédée par son refus de considérer la fin de la séance. Elle restait assise bien que je me sois levée, elle continuait de parler même si je lui avais signifié la fin de la séance. Au début, je tentais de regarder avec elle le sens de ces agirs, puis le malaise grandissant, sans m'en rendre compte, je me suis abstenue de le reprendre. Elle agissait son désir de nier la mauvaise mère qui la mettait à la porte et moi, peu à

peu, je me suis mise à partager ce désir. Toutes les deux, nous sommes tombées dans le déni d'une « mauvaise mère » et mes agirs se sont élaborés autour de ce désir commun qui s'est perpétué jusqu'au moment de l'attaque.

Mais avant l'attaque, lorsqu'elle cherche une façon de m'atteindre, les voies d'expression de mon contre-transfert passent par une forme d'agirs différente. Je suis préoccupée de fuir les émois que cette jeune femme tente de susciter. J'évite de chercher un sens à ce qui se passe en moi, mais surtout entre elle et moi, en m'abstenant de réfléchir et d'interpréter le matériel qu'elle apporte en séance. Dans cette période de la cure, on peut donc identifier de ma part une résistance contre-transférentielle (Anzieu, 1983, 200). Puis, lorsqu'elle réussit à me toucher, les voies d'expression de mon contre-transfert passent principalement par les affects douloureux et l'incapacité de les cacher. Les manifestations corporelles de cette douleur, dans l'expression de mon visage, sont considérées par Godfrind-Haber et Haber (Godfrind-Haber et Haber, 2002, 1422) comme des agirs qui participent à une communication infraverbale. Par la suite, s'est imposée à moi la nécessité de symboliser afin de donner un sens tolérable à cette douleur, ce qui a permis, malgré la forte tentation d'agir, de ne pas la mettre réellement à la porte.

On constate donc que le niveau de symbolisation de mes mouvements contre-transférentiels se modifie. Est-ce en fonction du processus psychothérapique ou du type de défenses utilisées par ma patiente? Plus la défense qu'elle utilise est primitive, plus il est difficile de symboliser, de donner un sens et de le travailler en séance. Dans les premiers temps du processus, elle est davantage dans le refoulement, elle porte sa conflictualité, son désir d'être proche de moi, mais en même temps, sa peur de ce rapprochement. Les modifications du cadre ont alors un sens qui est facilement accessible à ma conscience. Ces agirs visent à rendre la distance entre elle et moi tolérable en fonction de sa peur du rapprochement. Je ressens un malaise, mais il est supportable et le sens de la modification du cadre est préconscient, il m'est accessible. Je peux y réfléchir, y trouver un sens et un travail en séance peut facilement s'effectuer.

Dans un deuxième temps, il y a un glissement et le sens de la modification du cadre m'échappe. Ma patiente et moi sommes dans le clivage de la représentation de la mère, dans un déni commun de la mauvaise mère et, par identification projective, la modification du cadre, à ce moment précis, sert davantage à me présenter en mère idéale. Cette collusion transféro-contre-transférentielle nuit au processus de la cure. Pour faciliter un processus de séparation, la patiente tente alors de me faire prendre une autre position, celle de la mauvaise mère. Je résiste et mes mouvements contre-transférentiels visent essentiellement à éviter ses attaques, à ne pas leur donner de sens dans la relation transféro – contre-transférentielle et à expulser les affects, dans un moment où l'utilisation du clivage et de l'identification projective se poursuit. Ma patiente ne porte plus sa conflictualité, sa communication vise davantage à me la faire vivre. Elle est prise avec l'image de la bonne mère idéalisée et de la mauvaise mère et tente de me faire porter la dimension mauvaise mère qui va la mettre à la porte. Je tente d'évacuer.

ce vécu et, par le fait même, je me propose comme un « claustrum », c'est à dire, selon Bion (Bion, 1962, 54), que ma capacité de rêverie échoue et ne permet pas de transformer positivement les identifications projectives de ma patiente afin de les lui rendre. Mes mouvements contre-transférentiels visent davantage à décharger une excitation qu'à trouver un sens à l'expérience qu'elle me fait vivre. Il y a ici un court-circuit de l'activité de penser.

Finalelement, il y a l'attaque et l'atteinte. Ceci m'est difficile à vivre. Je suis fortement tentée de demeurer dans le clivage et le déni de la mauvaise mère. La souffrance est telle que j'ai la tentation de la voir, elle, toute mauvaise, la mettre à la porte et éviter ma souffrance... Ou bien « j'accepte » de ressentir, de vivre ce qu'elle me fait vivre, ma capacité de rêverie se remet en action et il y a reprise d'un processus de mentalisation.

Il semble y avoir chez ma patiente non seulement une compulsion de répétition à se faire rejeter, mais aussi une compulsion de répétition dans la difficulté d'une rencontre avec l'objet lorsqu'elle a besoin de le voir avec des failles. Je vis cette situation, de par ma propre problématique, comme une attaque et je tente de la nier. Mais pour que la cure se poursuive, il me faut départager ce qui m'appartient de ce qui appartient à la rencontre entre ma patiente et moi. Je prends conscience que le fait de me sentir traitée comme une « mauvaise mère » réveille par voie associative inconsciente, et ce, de façon instantanée et fulgurante, une situation passée et archaïque similaire, du moins dans son essence, qui m'explique davantage l'intensité de mes affects, de ma blessure et de mon désir de fuir cette situation.

Entre elle et moi, il y a un jeu, une rencontre transféro – contre-transférentielle qui passe par des agirs, des tentations d'agir, des verbalisations et des expressions corporelles qui se répondent à notre insu et qui, une fois reconnus et analysés, peuvent être utilisés de façon créatrice pour relancer le travail associatif. L'analyse doit cependant porter sur le matériel qui me concerne afin de le départager de celui qui se joue entre elle et moi, pour finalement tenter d'identifier un peu mieux ce qui se passe en elle. Godfrind-Haber et Haber (Godfrind-Haber et Haber, 2002, 1417-1460) parleront d'expérience agie partagée.

Dans ce processus, la patiente finit par exercer une influence sur mes sentiments inconscients. Au départ, elle me vise et je m'esquive. C'est comme si, inconsciemment, elle cherchait où elle pourrait m'atteindre. Il lui était impérieux d'obtenir une réaction subjective de ma part. Elle va donc, à mon insu, me rejoindre dans un lieu où se jouent mes propres conflits avec mes parents internes. En fait, ce qui se joue en moi n'est rien de ce qu'elle a voulu créer. Le seul impact dont elle avait besoin, c'est ma réaction émotionnelle. Plus précisément, elle avait besoin de me rencontrer, une rencontre double, à la fois cadrée et vivante, une expérience qui est bien décrite par François Duparc. Si cette rencontre permet une transformation, il dira d'elle :

« Une heureuse rencontre qui permettra d'effacer, non sans mal, l'effet traumatique des mauvaises rencontres passées, enkystées

et fixées de “Temps à l’envers”, c’est-à-dire de moment de rencontre où malgré un appel à l’objet, la compulsion à la répétition n’est pas entendue par celui-ci et où la décharge l’emporte plutôt qu’une construction de la représentation jamais advenue. » (Duparc, 2001, 711)

Une construction qui ne se fera qu’à travers l’analyse du transfert mais aussi du contre-transfert.

Patrick Froté (Froté, Bouchard, 1993, Froté, 1994, 6-53) propose une excellente analyse historico-clinique de l’évolution du concept de contre-transfert. Je n’en utiliserai que les grandes lignes pour en venir à la suite de mon propos. Dans l’historique de l’évolution du concept du contre-transfert, au début, tout comme pour le transfert, on le considérait uniquement comme un obstacle. Un obstacle à bannir et à contrôler; une manifestation de l’inconscient de l’analyste qui nuit au processus psychothérapeutique. Cette conception du contre-transfert était influencée par certains articles de Freud (Freud, 1910, 1912, 1915). Puis, progressivement, les auteurs ont considéré le contre-transfert comme un outil de travail nécessaire. Cependant, certains éloignent la dimension inconsciente du concept de contre-transfert, puis, de façon défensive, le considèrent comme la création du patient (Heimann, 1950, 24) afin peut-être d’épargner l’image de l’analyste. Finalement, on en est revenu à une conception plus classique du contre-transfert, c’est-à-dire une manifestation de l’inconscient du thérapeute qui peut entrer en collusion avec le transfert du patient et qui, par conséquent, peut nuire au processus analytique. Dans ce cas, il y a un travail nécessaire pour transformer la configuration d’une motion pulsionnelle en sa représentation (Froté, 1994, 33).

Mon cheminement personnel quant à l’expérience du contre-transfert peut être mis en analogie avec cette évolution. Par moments, les manifestations de mon contre-transfert demeurent complètement inaccessibles à ma conscience. En d’autres temps, je les reconnais à l’intensité de mes affects et de mon angoisse et je les vis à un niveau manifeste, comme une réaction au transfert de ma patiente. Dans l’après-coup, en tentant d’analyser ma réaction contre-transférentielle, je parviens à la mettre aussi en lien avec mon monde d’expériences internes originant de mon histoire passée et archaïque. Ma conflictualité intrapsychique est donc entrée en collusion avec celle de ma patiente, créant ainsi un jeu interpsychique.

Cependant, ce jeu demeure imprévisible et sera différent d’un couple thérapeute-patient à l’autre. En effet, comme Anzieu le dit si bien en s’appuyant sur Neyraut et Searles :

« Le transfert ne vise pas n’importe quel analyste et il ne vise pas n’importe où. Il y a précession du contre-transfert sur le transfert. Des parties du soi du psychanalyste s’offrent inconsciemment au patient comme des points d’appel ou d’ancrage

pour le transfert, comme des lieux communs ou complémentaires de plaisir ou de douleur à tester. » (Anzieu, 1983, 204).

De plus, comme le démontrent si bien Froté et Bouchard, il faut garder en mémoire :

« L'importance de considérer la dynamique du contre-transfert en l'envisageant non plus comme un phénomène statique, mais comme un processus en mouvance. Il est un processus qui a un potentiel créatif mais qui ne peut s'enclencher qu'en passant d'abord par sa dimension d'obstacle. Par ailleurs, de par la dimension inconsciente du contre-transfert, sa dimension créatrice est constamment en voie de nous échapper et au lieu d'être un instrument de compréhension il redevient un obstacle dont il faut à nouveau prendre conscience et analyser à nouveau. » (Froté et Bouchard, 1993, 156)

L'issue de la rencontre demeure donc indécise.

Bien qu'ayant eu trois thérapeutes, ma patiente ne les a pas rejoints au même endroit sur leur scène interne. Un premier thérapeute, un homme, a été rejoint en un lieu qui l'a mené à un agir sexuel. La seconde, une femme, s'est sentie méprisée et l'a mise à la porte en l'injuriant. Finalement, moi, je me suis sentie traitée comme une mauvaise mère et, pour éviter cette souffrance, j'ai mis malgré moi ma patiente à la porte de mon intérieur psychique. Tous, nous avons été rejoints. Mais avec moi, n'y a-t-il pas eu, pour ma patiente, l'illusion d'une rencontre? Une rencontre qu'elle a espérée sur la scène de la réalité objective et qui a failli se produire, mais qui finalement s'en est tenue à une rencontre sur la scène fantasmatique. Quant aux thérapeutes précédents, la rencontre s'est effectuée sur la scène fantasmatique en collusion avec la réalité objective, ce qui les a menés vers l'agir. La mise en sens, la symbolisation du matériel transféro – contre-transférentiel aideraient à différencier la scène fantasmatique de la réalité objective et permettraient d'identifier où l'atteinte subjective prend racine.

Ce que je retiens, c'est qu'il est important pour le déroulement du processus psychothérapeutique qu'il y ait une rencontre. Cette rencontre se fait à travers une communication transféro- contre-transférentielle. Cette communication se fait verbalement mais elle passe également par le non-verbal et les agirs. De par la nature inconsciente du transfert et du contre-transfert, les agirs sont plus ou moins proches de la décharge, plus ou moins symbolisés et mentalisés. La reconnaissance de l'expression du contre-transfert dans les agirs en permet l'auto-analyse et la mise en sens, ce qui peut remettre en place le processus psychothérapeutique. Le contre-transfert est un processus en mouvance : tantôt un outil qu'on peut utiliser Pour tenter de comprendre et communiquer, tantôt un obstacle. Le sens est

toujours menacé de se perdre à nouveau, tout comme la rencontre n'est jamais assurée de se réaliser.

danielle doiron

10293 marcel-raymond
montréal, québec, h1e 2b3

Références

- Anzieu, D., 1983, À la recherche d'une nouvelle définition clinique et théorique du contre-transfert, in Sztulman, H., éd, *Le psychanalyste et son patient : études psychanalytiques sur le contre-transfert*, Paris, Privat.
- Bion, W. R., 1962, *Aux sources de l'expérience*, Paris, Presses universitaires de France, 1979.
- Duparc, F., 2001, Les trois temps du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*. Tome LXV, juillet-septembre.
- Freud, S., 1910, Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique, in Freud, S., éd. *La technique psychanalytique*, Paris, Presses universitaires de France, 1992, 23-24.
- Freud, S., 1912, Conseils aux médecins sur le traitement analytique, in Freud, S., éd. *La technique psychanalytique*, Paris, Presses universitaires de France, 1992, 61-71.
- Freud, S., 1915, Observations sur l'amour de transfert, in Freud, S., éd. *La technique psychanalytique*, Paris, Presse universitaire de France, 1992, 116-130.
- Froté, P., Bouchard, M-A., 1993, Le contre-transfert d'obstacle à instrument, *Psychothérapies*, XIII (n° 3).
- Froté, P., 1994, Le contre-transfert, répétition et angoisse. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophia Doctor (Ph.D.) en psychologie, Analyse historico-clinique de l'évolution du concept de contre-transfert.
- Godfrind-Haber, J., Haber, M., 2002, L'expérience agie partagée, *Revue française de psychanalyse*, Tome LXVI, Spécial Congrès, Octobre-Décembre.
- Heimann, P., 1950, À propos du contre-transfert, in Heimann, P., Little, M., Reich, A., Tower, L., éd. *Le contre-transfert*, Paris, Navarin éditeur, 1987.
- Winnicott, D.W., 1971, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Éditions Gallimard, 1975.