

LA PSYCHOTHERAPIE D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE AU CAPU ¹

Dalila SAMAI-HADDADI²

Résumé :

La contribution compte apporter un éclairage sur ce qui se joue dans une psychothérapie d'inspiration psychanalytique telle que l'auteur la pratique, depuis une vingtaine d'années, au Centre d'Aide Psychologique Universitaire de l'Université d'Alger. Cette expérience retrace les moments féconds de cette intervention et met l'accent sur les conditions qui président à son efficacité, sans cependant occulter les difficultés inhérentes à certaines rencontres patient-psychothérapeute. Ces dernières, sont des occasions précieuses pour dynamiser la pensée et engager une réflexion, d'abord, sur les processus psychiques qui animent ce type de prise en charge, ensuite, sur la situation propre au psychologue clinicien, en Algérie qui utilise les concepts psychanalytiques dans sa pratique quotidienne de la psychothérapie. L'article propose, entre autres, l'activité du centre d'Aide Psychologique Universitaire comme un cadre de référence pour l'apprentissage du métier de psychologue clinicien et celui de psychothérapeute.

POSITION DU PROBLEME

Comme l'atteste le rapport de l'INSERM³ et tous les débats qu'il a soulevés, particulièrement après la publication du livre

¹ Centre d'Aide Psychologique Universitaire

² Maître de Conférences à l'Université d'Alger.

³ Psychothérapie :Trois approches évaluées, Paris, Inserm, 2004.

noir de la psychanalyse, sous la direction de Catherine Meyer (2005), la psychothérapie a été, à titre d'exemple, en France, au centre des préoccupations des pouvoirs publics français qui voulaient la codifier en vue de débusquer les charlatans mais aussi d'évaluer son efficacité. D'ailleurs ce rapport a été établi à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), publié puis retiré par le Ministère de la santé. Bien que contesté méthodologiquement par la Société Psychanalytique de Paris (R. Perron⁴, 2004), ce rapport n'empêche pas de soumettre l'exercice de la psychothérapie à un examen minutieux dans le but de clarifier les fondements sur lesquels elle s'appuie et c'est dans ce sillage que se situe cette contribution.

Dans notre pays, la pratique de la psychothérapie n'est qu'à ses balbutiements, ce qui, pour des raisons inhérentes à son développement nécessite un retour à sa genèse à travers un exemple ou plus exactement un modèle de son fonctionnement révélé, dans ce qui va suivre, par mon expérience au Centre d'Aide Psychologique Universitaire.

Inspirées de la théorie psychanalytique, les psychothérapies que je mène dans ce centre auprès d'une population variée ne sont cependant pas exemptes de références psychologiques de base et d'élaborations personnelles qu'induisent forcément les différentes rencontres réalisées jusque là.

Après un bref rappel du cadre dans lequel se déroulent ces psychothérapies, j'aborderai l'effort de conceptualisation que la préparation de cet article a particulièrement stimulé. J'accorderai une attention particulière aux facteurs liés au thérapeute, au patient et à l'environnement, via le référent théorique que je crée et recrée pour alimenter ma pratique quotidienne de la psychothérapie. Autrement dit j'essaierai de répondre, quoique très schématiquement aux quatre questions suivantes :

1. Quel est le travail que j'effectue avec mes patients ?
2. Comment est-il accompli ?

⁴ Directeur de Recherche honoraire au CNRS. Membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris, affiliée à la Société psychanalytique Internationale.

LA PSYCHOTHERAPIE D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE AU CAPU ¹

Dalila SAMAI-HADDADI²

Résumé :

La contribution compte apporter un éclairage sur ce qui se joue dans une psychothérapie d'inspiration psychanalytique telle que l'auteur la pratique, depuis une vingtaine d'années, au Centre d'Aide Psychologique Universitaire de l'Université d'Alger. Cette expérience retrace les moments féconds de cette intervention et met l'accent sur les conditions qui président à son efficacité, sans cependant occulter les difficultés inhérentes à certaines rencontres patient-psychothérapeute. Ces dernières, sont des occasions précieuses pour dynamiser la pensée et engager une réflexion, d'abord, sur les processus psychiques qui animent ce type de prise en charge, ensuite, sur la situation propre au psychologue clinicien, en Algérie qui utilise les concepts psychanalytiques dans sa pratique quotidienne de la psychothérapie. L'article propose, entre autres, l'activité du centre d'Aide Psychologique Universitaire comme un cadre de référence pour l'apprentissage du métier de psychologue clinicien et celui de psychothérapeute.

POSITION DU PROBLEME

Comme l'atteste le rapport de l'INSERM³ et tous les débats qu'il a soulevés, particulièrement après la publication du livre

¹ Centre d'Aide Psychologique Universitaire

² Maître de Conférences à l'Université d'Alger.

³ Psychothérapie :Trois approches évaluées, Paris, Inserm, 2004.

3. Pourquoi est-il engagé d'une manière et pas d'une autre ?
4. A quels concepts théoriques peut-il être rattaché ?

Pourquoi ces quatre questions ? Parce que tout simplement ce sont celles qui sont au centre des intérêts de toute l'équipe du CAPU lors des réunions de synthèse au cours desquelles les intervenants de ce centre se rencontrent, en présence de stagiaires, deux fois par mois, pour exposer et discuter les suivis des psychothérapies qu'ils mènent.

Avec un recul de deux décennies de pratique de ce type d'intervention, succès, échecs et incertitude sur l'efficacité de la psychothérapie que je pratique, alimentent la réflexion menée jusque là dont j'essaierai de présenter les lignes directrices, aujourd'hui.

En effet, trouvant l'approche psychanalytique aussi pertinente que l'approche psychologique, car confortant toutes les deux le matériel clinique recueilli en séances, je présenterai l'essai d'opérationnalisation d'une approche qui allie transfert et non-directivité, par exemple, issus respectivement de la psychanalyse et de la psychologie.

Il est vrai que l'approche rogérienne, de l'aide psychologique, entre autres références de la psychologie clinique, m'a énormément soutenue, surtout au début de ma pratique clinique et jusqu'à ce jour, elle m'est d'un apport considérable dans le déroulement des séances de psychothérapie. Cependant, au fur et à mesure de mon évolution, je me rends compte qu'elle présente des limites inhérentes à son champ que semble élargir la psychanalyse, laquelle reste conditionnée par une formation, ce qui ne va pas sans poser certains problèmes mais n'annule aucunement ses effets sur le déroulement de mes psychothérapies. La suite montrera l'apport respectif des deux approches dans la psychothérapie telle que je la conçois aujourd'hui.

noir de la psychanalyse, sous la direction de Catherine Meyer (2005), la psychothérapie a été, à titre d'exemple, en France, au centre des préoccupations des pouvoirs publics français qui voulaient la codifier en vue de débusquer les charlatans mais aussi d'évaluer son efficacité. D'ailleurs ce rapport a été établi à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS), publié puis retiré par le Ministère de la santé. Bien que contesté méthodologiquement par la Société Psychanalytique de Paris (R. Perron⁴, 2004), ce rapport n'empêche pas de soumettre l'exercice de la psychothérapie à un examen minutieux dans le but de clarifier les fondements sur lesquels elle s'appuie et c'est dans ce sillage que se situe cette contribution.

Dans notre pays, la pratique de la psychothérapie n'est qu'à ses balbutiements, ce qui, pour des raisons inhérentes à son développement nécessite un retour à sa genèse à travers un exemple ou plus exactement un modèle de son fonctionnement révélé, dans ce qui va suivre, par mon expérience au Centre d'Aide Psychologique Universitaire.

Inspirées de la théorie psychanalytique, les psychothérapies que je mène dans ce centre auprès d'une population variée ne sont cependant pas exemptes de références psychologiques de base et d'élaborations personnelles qu'induisent forcément les différentes rencontres réalisées jusque là.

Après un bref rappel du cadre dans lequel se déroulent ces psychothérapies, j'aborderai l'effort de conceptualisation que la préparation de cet article a particulièrement stimulé. J'accorderai une attention particulière aux facteurs liés au thérapeute, au patient et à l'environnement, via le référent théorique que je crée et recrée pour alimenter ma pratique quotidienne de la psychothérapie. Autrement dit j'essaierai de répondre, quoique très schématiquement aux quatre questions suivantes :

1. Quel est le travail que j'effectue avec mes patients ?
2. Comment est-il accompli ?

⁴ Directeur de Recherche honoraire au CNRS. Membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris, affiliée à la Société psychanalytique Internationale.

CADRE DE TRAVAIL

C'est au Centre d'Aide Psychologique Universitaire que j'ai fait mes débuts dans la psychothérapie individuelle, d'inspiration psychanalytique. Cet exercice a été précédé d'une formation en tant que stagiaire-observatrice, comme le prévoit le Règlement Intérieur de ce centre (voir annexes), précédé lui même d'une formation au certificat des techniques projectives, assuré par la SARP (Société Algérienne de Recherche en Psychologie), par une équipe d'enseignants-chercheurs de l'Université d'Alger qui avaient d'ailleurs publié le premier numéro de la revue *Psychologie* (1990), dirigée par Abderrahmane Si Moussi, consacrée au TAT. La première formation, en l'occurrence, celle des techniques projectives, m'a initiée au repérage des conduites psychologiques normales et surtout pathologiques. C'était un exercice stimulant pour découvrir, surtout la pertinence de ses deux outils dans le décryptage des mécanismes de défense dans les protocoles de Rorschach et de TAT. La seconde formation, sous le parrainage de mon maître, Samia Benouniche, fondatrice du Centre, dénommé à sa création, par décision rectorale, le Bureau d'Aide Psychologique aux Etudiants (BAPE) et de Monsieur Ait Sidhoum, Président de la SARP à cette époque, dont j'étais moi même membre fondateur. Ces formations ont été des pré-requis pour que je sois autorisée à mener un examen psychologique avec le Rorschach et le TAT sous la direction de mes deux parrains. Exposé à la réunion de synthèse, ce travail est ensuite commenté et critiqué des deux points de vue quantitatif et qualitatif. Grâce aux données recueillies, la stagiaire que j'étais et tous les stagiaires qui m'ont succédé, proposent une hypothèse structurale et un modèle de fonctionnement psychique pour le patient examiné. Le patient qui m'a été orienté la première fois et grâce auquel j'ai été promu au rang de psychothérapeute débutant était un jeune homme de 20 ans pour lequel j'avais

proposé une hystérie dont les arguments, après discussion ont été largement partagés par mes parrains et tous les membres du groupe. Les protocoles de ce patient constituent, jusqu'à présent, un modèle du fonctionnement hystérique qui sert de référence dans mes enseignements. Suivi pendant trois années consécutives, à raison de quarante cinq minutes par semaine, ce patient a recouvré un fonctionnement normal c'est-à-dire qu'il ne subissait plus les crises d'hystérie à la Charcot, pour lesquelles il était venu solliciter mon aide, trois années auparavant.

Voilà à travers cet exemple, le cadre au sein duquel je me suis formée et dans lequel je mène les psychothérapies d'inspiration psychanalytique dont j'essaie aujourd'hui d'en tirer un certain enseignement. Vu sous cet angle, ce centre est par conséquent un modèle de fonctionnement, dans le quel le psychologue clinicien titulaire d'une première post-graduation, enseignant en psychologie, peut d'abord effectuer son stage pour ensuite intégrer l'équipe des psychothérapeutes du CAPU.

Les consultations thérapeutiques menées dans ce centre sont destinées à toute la communauté de l'Université d'Alger (fonctionnaires, conjoints et enfants). Les patients ne payent pas leurs séances mais sont informés que leurs psychothérapeutes sont rémunérés. Aussi, après les premiers entretiens d'investigation, le patient, est souvent orienté pour un examen psychologique avec des épreuves de personnalité qui représentent réellement une « observation courte et intensive » au sens de Jean Guillaumin (1977), selon « la démarche de la psychologie dite clinique » telle prônée par Roger Perron (1979). Cette connaissance du fonctionnement psychique aide le clinicien, surtout, à se prononcer sur l'indication mais aussi sur le pronostic de la psychothérapie. D'ailleurs, suite à ces examens, certains patients sont orientés en psychiatrie, par exemple, car présentant des troubles envahissants pour lesquels il est très difficile, voire impossible d'instaurer une relation thérapeutique, dans

l'immédiat, sans l'aide d'une chimiothérapie. Par ailleurs, l'avantage de ce type d'investigation permet de garder les traces des fonctionnements psychotiques, par exemple, qui alimentent les enseignements et les recherches de tous les membres de cette équipe.

Depuis 1990, après avoir suivi un stage et présenté un examen psychologique approfondi à l'aide du Rorschach et du TAT sous le parrainage de deux de mes aînés, mon intégration fut décidée, conformément aux conditions qui régissent le Règlement Intérieur du CAPU. Avec l'équipe qui fonctionnait déjà depuis 1988, je vois des patients, à raison de douze consultations hebdomadaires. Chaque patient est vu une fois par semaine pendant quarante cinq minutes. Je partage avec des collègues du centre, des réunions de synthèse bimensuelles, le premier et le troisième mercredi de chaque mois, depuis 1988, jusqu'à ce jour.

Avant de poursuivre sur cette expérience de la psychothérapie non supervisée mais plutôt « intervisée », si j'ose m'exprimer ainsi, je souligne, dans l'ordre de la cohérence des réunions de synthèse, qu'il n'est pas permis, par exemple, aux intervenants du CAPU de passer de la présentation d'un patient à un autre. Il est impératif d'abord d'épuiser toutes les ressources du cas unique, depuis la demande, en passant par la psychothérapie proprement dite et en terminant avec la rupture du contrat, pour s'autoriser la présentation du suivi thérapeutique d'un autre patient. Les aspects techniques, concernant tout particulièrement le respect du cadre, les interventions, les interprétations du matériel clinique recueilli en séances et certaines conduites à tenir pour poursuivre le processus thérapeutique, font l'objet de discussions qui nous amènent, certes, à recadrer le processus, mais restent insuffisantes eu égard à ce qu'apporte comme enrichissement l'expérience de la supervision auprès de psychanalystes. En effet, cette dernière que j'ai suivie pendant trois années à raison d'une séance par mois a

amélioré mon écoute et a contribué à un certain contrôle de mon implication personnelle. Depuis, les réunions de synthèse se déroulent selon cet éclairage et même si je ressens, toujours, la nécessité de poursuivre ce travail, cette supervision auprès des psychanalystes m'a surtout aidée à reconsidérer la dynamique du groupe de synthèse qui semble avoir bénéficié d'un apport utile à son évolution pour soutenir le travail de formation continue à la psychothérapie que je supervise actuellement. Le conte des sept souabes de Grimm, cité et analysé par René Kaës (1976), a non seulement pris tout son sens mais a favorisé spontanément une réorganisation du travail tributaire très probablement de la reconnaissance de l'existence de l'appareil psychique groupal (idem). Aussi, pour peu qu'on méconnaisse l'incidence des conflits fratricides (C. Lechatier-Atlan, 2008) au sein du groupe, inhérentes à la communication intersubjective inconsciente, le groupe risque sa perte. Cette prise en compte des luttes fratricides au sein de ce groupe s'est soldée parfois par le départ de certains membres qui ne pouvaient pas gérer leur implication non pas comme membres de groupe de travail mais comme membre d'une famille. Le télescopage des deux rôles a en effet des implications négatives sur l'évolution du groupe et sans un travail sur soi tel qu'on peut le réaliser en supervision avec des psychanalystes, il est difficile, voire impossible de prendre la distance qu'il faut pour échapper à sa propre histoire familiale que certains membres répètent dans le groupe.

C'est donc dans ce cadre qu'évoluent les rencontres que je fais avec des personnes qui se présentent pour des souffrances psychologiques diverses, souvent, de leur propre initiative ou parfois orientées, quoique rarement. C'est aussi dans ce cadre que je m'occupe en tant que responsable de ce centre à transmettre aux jeunes cliniciens le savoir faire psychothérapeutique. A ce sujet, comme souligné précédemment, avec un recul maintenant de vingt années, ce cadre constitue un modèle de transmission du

métier de psychologue clinicien amené à s'occuper de psychothérapie.

TRAVAIL PSYCHOTHERAPEUTIQUE

Il s'agit, dans tous les cas, selon mon opinion, d'aider le patient à accéder à une certaine maturité qui lui permet au terme de sa psychothérapie de s'affranchir de sa dépendance au psychothérapeute et de profiter, de surcroît, d'un certain bonheur jamais espéré auparavant. En effet, toutes les psychothérapies terminées en commun accord avec le patient peuvent l'attester et on retrouve les douze phases de la psychothérapie telles décrites par Carl Rogers (1974), de l'étude de la demande à la phase d'indépendance ou de maturité du patient, en passant par la perception des sentiments négatifs et positifs, leur interprétation et la réalisation de certaines conduites jusque là impossibles à accomplir. Cette évolution me paraît aller de pair aussi avec une gestion pulsionnelle qui prend les allures d'un assouplissement du fonctionnement psychique, sous couvert d'abord d'une plus grande tolérance aux expressions de l'agressivité et de l'amour, ensuite de l'intégration efficace ou du recouvrement d'un travail du négatif (A.Green, 1993) au sens où le psychothérapeute par son écoute silencieuse et impassible offre un modèle d'identification qui pousse le patient à expérimenter in vivo le non. Troisième organisateur de la relation d'objet après le sourire et l'angoisse de l'étranger, il est alors annonciateur d'une maturation de la relation objectale qui s'exprime en psychothérapie dans le transfert. La règle d'abstinence en est l'outil principal. Il est en effet d'observation courante de voir le patient s'identifier de manière mimétique à son psychothérapeute pour ensuite faire une espèce de mue qui lui permet toujours par le biais de l'identification de faire la part de lui-même et celle de son psychothérapeute. Il renonce dans l'après coup à son identification primaire pour renaître plus accompli dans l'identification secondaire garante de l'authenticité et donc de

l'intériorisation de toute espèce de distanciation au sens de Freud (1925) et de Bouvet (1967).

En effet, pour cette catégorie de patients, notamment ceux avec lesquels un travail a été mené à son terme avec une nette amélioration, sous l'allure d'un accès à un certain bonheur, la psychothérapie semble correspondre à ce schéma. On retrouve d'ailleurs dans les premières évaluations, aux épreuves de personnalité, Rorschach et TAT, les signes d'un bon pronostic sous forme d'un conflit entre désir et défense, ce qui, comme je viens de le souligner, corrobore la négation.

Comment évolue le travail ? Le principe de non directivité constitue la toile de fond de ces psychothérapies. Rester dans l'expectative et adviennent toutes les représentations et affects est non seulement l'attitude préconisée, mais aussi, celle tolérée par cette catégorie de patients que je vois régulièrement. Une fois le cadre installé, les règles de non omission et d'abstinence les amènent à associer et à trouver du plaisir à exercer leur génie dans le déchiffrement des contenus latents de leur production psychique. Même si, à titre indicatif, les rêves prémonitoires, les détournement de cette trajectoire, ils finissent par admettre qu'ils sont le produit de leur inconscient et donc de leur passé, ce qui n'exclut pas toutefois leurs projections sur l'avenir. Les exemples ne manquent pas, et j'en citerai un seul très illustratif d'un patient qui a terminé sa psychothérapie depuis plusieurs années maintenant. Il s'agit d'un jeune homme que j'ai suivi depuis l'âge de 17ans jusqu'à l'âge de 27 ans, pendant donc une dizaine d'années. Il présentait aux premières séances de sa psychothérapie une dysmorphophobie. A la dernière année de sa psychothérapie, après le décès d'une sœur anorexique, il me révèle qu'il croit maintenant au sens latent de son comportement mais qu'il n'arrive toujours pas à expliquer par quels phénomènes les rêves se réalisent-ils, car il est sûr d'en avoir fait un, annonciateur de la mort de sa sœur. En racontant ce rêve tout en éprouvant des difficultés à l'associer comme il avait appris à le

faire, je lui demande alors comment étaient habillées les deux femmes qui sont descendues du ciel et qui ont emporté sa sœur ? En blanc me répond-il. Après un long silence, il trouve que l'une était méchante et l'autre gentille. Celle qui était méchante, ressemblait à sa tante paternelle. Cette reconnaissance a permis une série d'associations qui lui ont non seulement fait admettre l'origine infantile de ces figurations, mais aussi soutenir le travail de deuil de sa sœur et de sa psychothérapeute.

Le milieu culturel dans lequel évolue cette catégorie de patients peut alimenter des résistances pour peu qu'à la gestion pulsionnelle on ne prête pas l'attention qu'il faut. A ce propos, je citerai l'exemple d'un jeune homme avec qui j'ai terminé le travail depuis plus d'une dizaine d'année. La preuve qu'il se porte mieux m'a été donnée, le jour où je l'aperçois dans une émission de télévision entrain de commenter un événement culturel de sa vie associative d'étudiant, ce qui n'était pas du tout envisageable avant sa psychothérapie. Ce jeune homme, âgé alors de 20 ans, mon premier patient que j'ai évoqué précédemment perdait connaissance en présence des filles « متبرجات⁵ », ce qu'il ne fit pas avec moi alors que je les incarnais, selon les descriptions qu'il en fait. L'ayant aperçu, en train de taper sa tête sur le mur, en appelant de la salle d'attente la patiente qui lui succède, je fais comme si de rien n'était et je reçois dans mon cabinet la patiente comme le prévoyait mon programme. Non seulement il n'évoque jamais cet incident avec moi, mais mon attitude lui a permis de se détourner progressivement de ce mode de traitement de ces pulsions et surtout de se dire qu'il se trompe d'objet en m'adressant ses pulsions. Le travail s'est poursuivi et mon patient au terme de sa psychothérapie a pu nouer une relation stable avec une fille. L'assouplissement de son fonctionnement s'est opéré bien avant, en quittant une organisation estudiantine moins libérale et en adhérant à une autre qui l'est plus et en rasant sa

⁵ Mot avec une connotation religieuse péjorative qui désigne les femmes qui ne s'habillent pas selon la tradition islamique.

barbe, laquelle représentait pour lui un pare excitation. En effet, il la laissait pousser, se rend-il compte, non pas pour des raisons vraiment religieuses mais pour que les filles ne s'approchent pas de lui. Ce rapproché provoquait des crises d'hystérie à la Charcot à la suite desquelles, mon patient se retrouvait aux urgences de l'hôpital le plus proche du lieu où il se trouvait.

Dans ce même contexte, les différentes thérapies pratiquées parallèlement à leur psychothérapie par mes patients telles que la Rokia⁶, la Hidjama⁷ constituent souvent des situations qui pour le mieux multiplient les transferts latéraux et pour le pire installent une résistance qui répète insidieusement la relation triangulaire avec les deux parents. Je saisis donc ces scénario pour amener le patient à trouver du sens dans son enfance, ce qui, toujours, pour cette catégorie de patients, réussit à les aider à sortir de cette compulsion à répéter, par exemple que le hadjam est mieux ou pire que le psychothérapeute. Des fois d'ailleurs c'est le psychanalyste qui prend cette figure idéale utilisée pour rivaliser avec le psychothérapeute. Que ce soit le Hadjam, le Raki ou le psychanalyste, les trois figures sont celles du passé qui se redéployent pour raviver le transfert dans l'actualité. Il s'agit là d'une rivalité oedipienne dont le travail, tel que je viens de le définir, participe à lever la névrose de transfert et à amorcer le travail de séparation.

Si le processus évolue sur ce mode avec certains patients, il en va autrement pour d'autres avec lesquels malgré les mêmes efforts, si ce n'est plus, ils campent sur des positions qu'aucune technique ne réussit à les en détourner. On se trouve face à ce qu'appellent les psychanalystes les réactions thérapeutiques

⁶ Rokia : pratique thérapeutique consistant à exorciser les djins par la lecture de versets coraniques.

⁷ Hidjama : scarifications qui rappellent le principe thérapeutique des saignées de Broussais, ce qui peut rendre compte d'une conception ontologique de la maladie.

négatives. Bien que je sois tentée de leur dire qu'ils résistent ou qu'ils ne veulent pas changer, je m'en abstiens car je sens qu'ils ne peuvent pas faire autrement et que ce type d'intervention va très probablement les traumatiser. A la recherche de pièges comme ceux utilisés par Freud évoqués dans (la négation 1925), je n'en trouve même pas. Certains faits de la réalité peuvent parfois m'être d'un certain secours. Par exemple, lors de mon absence de deux mois, ma collègue reconnaît un de mes patients qui m'attend pendant toute la durée habituelle de sa séance. Pensant qu'il n'était pas informé de mon absence, elle le renseigne et apprend qu'il était au courant mais qu'il est venu demander de mes nouvelles. Ne connaissant pas mon patient, ma collègue avait mis cela sur le dos d'une inquiétude à mon sujet, ce qui pouvait témoigner d'un transfert positif et donc d'un certain investissement de la relation objectale. A mon retour, j'apprends alors qu'il voulait confirmer mon absence, car il était persuadé que j'avais usé de ce stratagème, juste pour me débarrasser de lui. Quelle ingratitude me suis-je dit en mon for intérieur ! Je le voyais pourtant depuis six ans et malgré cela il ne me voit que par rapport à lui. L'absence effective a précipité mon patient, dans une révolte telle qu'il avait peur du retour de cette agressivité. Pourquoi vous abandonnerai-je lui dis-je ? Vous m'avez gardé pendant six ans, j'aurai pu finir avec vous et avec la psychothérapie. Vous êtes la quatrième personne qui me voue une considération exceptionnelle, note-il. Cependant, vous, vous distinguez des trois autres : votre considération est exceptionnellement négative, alors que celle des autres est plutôt exceptionnellement positive. Pour quelles raisons lui demandai-je ? Vous devez me reprocher de ne m'être pas inquiété de votre absence, alors que les autres patients -hypocrites qu'ils sont- ont dû le faire. Il ne faut pas les croire, répond-il à ses propres supputations. C'est ainsi que pour la première fois, je vois mon patient m'investir de cette image, laquelle a permis le déploiement d'un travail d'une autre facture au terme duquel mon patient a pu profiter d'un laisser aller à l'expression de son

agressivité envers ses parents qui ne lui auraient jamais prêté la moindre attention.

Pensant que le travail est terminé, avec la conviction que tout va pour le mieux pour un patient, il m'arrive de me rendre compte que probablement rien n'a été fait pour améliorer sa vie ou du moins ce qui a été accompli n'a pas eu un effet durable. Je pense particulièrement à cette jeune fille que j'ai suivie pendant cinq ans, qui me fait l'aveu de son auto-mutilation, une année après le début de sa prise en charge, ce qui constitue déjà un progrès dans sa psychothérapie (S. Consoli, 1997 et D. Haddadi, 2008). D'obèse, ma patiente soigne tellement sa ligne qu'elle peut poser dans les défilés de mannequins. Elle finit, après plusieurs allusions par me déclarer sa pratique de l'homosexualité et décide d'arrêter sa psychothérapie en me remerciant d'avoir réussi à la réconcilier avec des tendances qu'elle a toujours eues. Deux années après, une clinicienne qui exerce en secteur public, m'apprend que ma patiente s'est rendue chez sa collègue pour l'informer qu'elle a mis fin à sa thérapie parce qu'elle avait senti que sa psychothérapeute, la meilleure sur la place d'Alger, s'est aperçue qu'elle avait tué son père. D'abord, je n'ai jamais eu ce sentiment lorsqu'elle m'a annoncé la mort de son père, ensuite j'étais convaincue, vu l'abandon des mutilations et l'attention accordée à sa ligne qu'elle avait accédé à la maturité que j'ai soulignée précédemment. J'ai même pensé que grâce à cette maturité, elle a pu tolérer son homosexualité.

Ces deux dernières catégories de patients semblent ne pouvoir jamais accéder à une amélioration sensible du fait qu'ils n'acceptent aucune situation qui les met ou met leur psychothérapeute en difficultés. Ne tolérant pas la castration ils présentent une résistance insurmontable. L'idéalisation de soi et de l'objet constituent un obstacle insurmontable qui m'ennuie, qui finit soit par me faire admettre l'idée de les voir à vie sans pouvoir éviter parfois inconsciemment la manifestation

d'attitudes qui mettent fin au processus thérapeutique. Mais même là, ils ne partiront qu'en montrant qu'ils sont les meilleurs patients qui sont tombés entre les mains du pire des psychothérapeutes. Ils laissent alors l'impression qu'ils font tout pour qu'on les abandonne alors qu'eux semblent se dire qu'ils n'ont pas eu la mère qu'ils méritent.

CONCLUSION

Il existe autant de cas de figures que de patients suivis, qu'il est pratiquement impossible d'en rendre compte de manière exhaustive. Toujours est-il qu'en face d'eux se trouve un psychothérapeute qui accomplit en toute probabilité un travail très différent de celui du psychanalyste, mais un travail quand même puisqu'il réussit à améliorer nettement l'état psychique de ses patients. Lors des supervisions que j'ai suivies avec des psychanalystes, j'étais frappée surtout par l'aisance avec laquelle ils décryptent et manient le sexuel. Là où je vois une relation maternelle de protection, ils y voient une excitation sexuelle ce qui, du reste est très pertinent au vu de leur argumentation. M'identifiant à eux, je n'arrive, malgré cette initiation, à percevoir dans le matériel clinique en séances une relation où le sexuel intervient de manière aussi prégnante. J'incrimine alors les lacunes de la formation psychanalytique mais je me dis aussi : «Si la situation divan-fauteuil facilite le transfert, la situation en vis-à-vis découvre la relation.», comme le souligne Catherine Parat (1982, p. 358). Comme la relation tire sa substance du « courant tendre » et non du « courant sensuel » qui anime le transfert (S. Freud, 1923, C. Parat, 1992), le face à face n'y était-il pas pour quelque chose dans ce qui peut s'apparenter à mon déni du sexuel chez mes patients, comparé à sa reconnaissance chez le psychanalyste ? Les avatars du courant tendre ne s'actualisent-ils pas dans la relation thérapeutique dont je viens d'esquisser les contours ? Sont-ils de moindre importance comparés aux avatars du courant sexuel ? Même si ces questions restent ouvertes, elles me permettent de dire aujourd'hui, eu égard

à mon expérience, que la relation thérapeutique que j'instaure avec mes patients semble se passer dans un entre-deux de rapport préconscient-préconscient où le thérapeute ainsi que son patient communique à travers un échange secondarisé où le sexuel s'exprime mais à travers le prisme des différentes transformations que lui fait subir la défense mais qui reste un produit de l'inconscient, au même titre que le mot d'esprit : il résonne et fait résonner. La relation thérapeutique négative viendrait de cette absence de résonance pouvant s'apparenter aux néologismes dans le sens où il n'évoque rien au psychothérapeute. Le contraire est très probablement valable c'est-à-dire que cette fois-ci c'est le psychothérapeute qui est émetteur de néologismes.

Références :

- BOUVET Maurice: "La relation d'objet. Névrose obsessionnelle. Dépersonnalisation" in œuvres psychanalytiques I, Paris, Payot, 1967.
- CONSOLI SG. : « Psychiatrie et dermatologie », Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-670-B-10, Dermatologie, 12-9656A-10, 1997, 12 p.
- FREUD Sigmund (1905-1922) : Trois essais de a théorie de la sexualité, Paris, Gallimard, 1923.
- FREUD Sigmund (1925) : La négation, in Résultats, idées, problèmes II,
- FUA Dominique : (sous la direction) « Le métier de psychologue clinicien », Paris, Nathan, 1997.
- GUILLAUMIN Jean : « La dynamique de l'examen psychologique », (2^{ème} édition préfacée par Didier Anzieu), Paris, Dunod, 1977.
- GREEN A. (1993), Le travail du négatif, Paris, Les Editions de Minuit.
- HADDADI Dalila : « Que faire de l'implication dans l'examen psychologique », Psychologie (revue de la Société Algérienne de Recherche en Psychologie), N° 7, 1999, pp. 39-61.
- HADDADI Dalila : La pathomimie cutanée, une perversion mal mentalisée?, Psychologie clinique et projective (Revue de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française), volume 14-2008, pp. 189-219.
- KAËS. R (1976) : L'appareil psychique groupal, Paris, Dunod, 2000 (pour la seconde édition).
- LECHATIER-ATLAN Chantal : Frères et sœurs : une introduction, Revue Française de psychanalyse, Paris, PUF, 2008/2-722, pp 331-338.
- MEYER Catherine (sous la direction de) (2005), Le livre noir de la psychanalyse : Vivre, penser et aller mieux sans Freud, Paris, Editions des Arènes.

- PARAT Catherine : Transfert et relation en analyse, Revue Française de psychanalyse, 1982,46, n° 2, pp. 357-364.
- PARAT Catherine : Avatars du courant tendre freudien, Revue Française de psychanalyse, 3/1992, pp 777-791.
- PERRON Roger: « Les problèmes de la preuve dans les démarches de la psychologie dite clinique. Plaidoyer pour l'unité de la psychologie », Psychologie Française, tome 24, n° 1, 1979, pp. 37-49.
- PERRON Roger et collaborateurs : Comment évaluer le coût de la souffrance, Carnet Psy, n° 90, mai 2004, pp 23-25.
- PREVOST Claude M : « Janet, Freud et la psychologie clinique », Paris, Payot, 1973.
- Psychologie, Le TAT aujourd'hui en Algérie, Revue de la Société Algérienne de Recherche en Psychologie (SARP), n° 1, 1990.
- REUHLIN Maurice: « Psychologie », (4ème édition revue et augmentée), Paris, P.U.F, 1981.
- ROGERS Carl : « La relation d'aide et la psychothérapie » (traduction de JB ZIGLIARA, troisième édition), Tome 1 et 2, Paris, ESF, 1974.