

# **Transmission de savoir en supervision : une formation clinique au quotidien**

**Roxane Brajon**

Se former au quotidien, n'est-ce pas là une évidence pour tout psychologue praticien en exercice ? Cela semble aller de soi et pourtant il s'avère que ce travail est parfois très complexe. Être psychologue – qui plus est d'orientation psychanalytique – c'est avant tout savoir s'écouter, savoir écouter ses ressentis et son vécu à partir de ce qui se joue dans la relation avec le patient. Il s'agit de se concentrer sur ce qu'on nomme la relation transféro-contre-transférentielle, une rencontre singulière entre deux personnes (le thérapeute et le patient) dans laquelle se mobilisent des processus inconscients. Plus précisément, nous nous intéresserons à la notion de contre-transfert que J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967) définissent comme « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci ». Autrement dit, nous allons réfléchir à partir de l'ensemble des réactions inconscientes du thérapeute à l'égard de son interlocuteur, de « sa réponse émotionnelle », ainsi que le souligne P. Denis (2006) à partir des travaux de P. Heimann (1950), comme outil de connaissance du patient. Le contre-transfert est alors à considérer comme un levier dans la relation engagée.

Mon expérience de psychologue débutant dans l'aide aux victimes m'a montré qu'il n'était pas aisé de s'atteler, d'abord à ce travail d'écoute de soi-même puis, dans un second temps, de se remémorer, de faire ce pas en arrière avec un tiers. Le travail de supervision m'est ainsi devenu nécessaire.

Plusieurs vignettes cliniques issues de mes séances de supervision en relation duelle, ont fait l'objet d'une sélection attentive de ma part pour cet écrit : à partir de notes prises à l'issue des rencontres avec les patients puis après la supervision, mon attention s'est tournée plus particulièrement vers des séances durant lesquelles mes ressentis et mon vécu ont été les plus vifs. C'est à partir de là que j'ai souhaité expliciter ma manière d'acquérir des savoir-faire et peut-être même des savoirs grâce à l'analyse de mon contre-transfert.

## **Un exemple d'intensité transféro-contre-transférentielle**

C. Lachal emprunte à A. Anzieu (2003) les composantes du terme de « contre-transfert », que sont :

« - les *mouvements identificatoires* qui vont dans le sens du transfert du patient, ce que l'on peut appeler la complaisance de l'analyste ;  
- les *mouvements ambivalents*, avec la partie opposition, le contre du contre-transfert ;  
- les *efforts de la part de l'analyste de dépasser ses réactions personnelles, à condition d'en atteindre les sources fantasmatiques* pour les transformer en pensées au sujet de son patient. Là, nous sommes renvoyés à cette dimension d'abord émotionnelle du transfert et le travail de l'analyste est la transmutation de ce "plomb émotionnel" en "or de la représentation mentale" et de celle qu'est par excellence : l'interprétation. Ce "travail" ne peut se faire sans un passage de ce qui était inconscient à une formulation consciente et pose la question, pour l'analyste, d'une levée du refoulement » (Lachal, 2006, p. 24-25).

Le superviseur est le tiers qui va permettre cette « transmutation du plomb émotionnel en or de la représentation mentale et donc de l'interprétation ». La mise en narration adressée au superviseur permet la formulation consciente de certains mouvements qui peuvent se passer en nous au niveau inconscient.

En voici une première illustration : à la suite d'une rencontre éprouvante, je constate rapidement que le souvenir de Mme H avec son fils exposé aux violences conjugales de ses parents, me laisse sans voix, sans aucune capacité d'élaboration. Je suis alors le thérapeute dont parle C. Lachal qui « est placé devant une scène traumatique virtuelle, il n'assiste pas à la scène. Il va ressentir une catégorie émotionnelle ou toute une gamme d'émotions [...] Mais dans un certain nombre de cas, il ne sait pas quoi dire » (*Id.*, p. 61). Je m'efforce donc de reprendre en supervision cette clinique particulière qui ne m'a pas laissée de marbre. Je comprends que la mise en narration de l'histoire de Mme H faisait revivre en moi l'événement traumatique dont elle m'avait fait part et auquel je ne pouvais échapper. Cette femme avait en effet déposé en moi cette lourde charge que constitue l'épisode physique violent vécu en présence de son petit garçon et c'était difficile à reprendre dans l'après-coup. F. Guignard nomme cela « des taches aveugles, inconscientes, se traduisant dans la cure par un manque à représenter et qui demandent un travail particulier de l'analyste, entre préconscient et inconscient. Les effets traumatiques nous amènent dans des contrées sauvages, laissées en friche, là où quelque chose a été vécu mais n'a pas été historisé et qui, dans une cure surgit, empruntant les voies des débordements inconscients » (Guignard, 2002). Il s'agit d'« une rupture de communication qui survient dans une configuration conflictuelle bien tempérée » (*Id.*).

Cette rupture de communication éprouvée est-elle semblable à celle ressentie par l'enfant présent, pour qui le non-dit était omniprésent ? Nous parlions et lui jouait à côté. Nous répétions, sa mère et moi, cette scène

dans laquelle l'enfant avait été forcé de jouer et cela, sans aucune parole associée. Mais n'est-ce pas justement le rôle du psychologue que de reprendre par la mise en mots les événements vécus ?

Mme H me fait le récit de son expérience du non-sens, qu'elle garde en elle sur un mode fixé et répétitif. Elle me transmet ce film dont elle est l'actrice principale, le second rôle étant attribué à son petit garçon. L'image virtuelle qui m'a été transmise de cette rencontre est finalement le fondement même d'une relation thérapeutique véritable : l'écoute, dont le psychologue est garant, va se traduire en une suite d'images ou « scénario émergent » (Lachal, 2006), ce qui permet aux deux protagonistes de se rencontrer sur la même scène, au niveau inconscient. Il convient néanmoins de souligner le caractère paradoxal de cette rencontre : « le traumatisme, d'une part, est non représentable, et d'autre part, se transmet : ce qui se transmettrait, dans le traumatisme serait donc les solutions immédiates de survie [...] Ce qui est peut-être impossible à transmettre donne lieu du côté du patient au récit du traumatisme et du côté du thérapeute au scénario émergent » (*Id.*, p. 49). Le rôle du psychologue sera alors de transformer ces images par la mise en mots, par la verbalisation des affects. La patiente pourra devenir alors l'actrice, non pas de ce film désaffectivé, mais de sa propre scène psychique vivante car, nous dit Lachal, « ce n'est pas un rapport de symétrie qui s'établit entre le récit et le scénario émergent : le thérapeute dispose d'un avantage sur le patient, c'est de ne pas avoir vécu la situation ce qui lui permet de travailler de façon plus rapide et plus cohérente, mais avec des images virtuelles » (*Id.*, p. 65).

Selon Lachal, « on peut s'attendre, comme pour toutes les autres réactions contre-transférentielles du thérapeute, à retrouver des indices traumatiques qui seront à considérer comme des indices de transmission du traumatisme » (*Id.*, p. 67). Ainsi, aux côtés de ce petit garçon, j'ai été captivée, happée, fascinée par les propos de Mme H. De cette fascination a découlé un arrêt sur image. Bien que l'on puisse penser que ce que « voit » le thérapeute serait identique au vécu du patient, il n'en est rien : le thérapeute effectue un « travail psychique » avec l'idée d'une « formation nouvelle et c'est en cela que l'on peut parler du résultat d'un travail, d'une activité mentale intense » (*Ibid.*). Ici, le praticien se retrouve face à lui-même et les seuls repères dont il dispose sont à rechercher dans ses propres contre-attitudes conscientes pour les reprendre et les comprendre au niveau transférentiel.

F. Guignard y voit « les émotions, positives ou négatives qui traversent [le thérapeute], la joie, la douleur, l'enthousiasme, l'excitation, mais aussi, l'impatience, l'irritation, le sentiment d'impuissance, l'angoisse, voire la "haine dans le contre-transfert" dont parle D. Winnicott » (Guignard, 2002). À ce propos, celui-ci avance qu'« il faut que [l'analyste] puisse avoir si complètement conscience du contre-transfert qu'il soit à même de distinguer ses réactions objectives à l'égard du patient et les examiner. Celles-ci

comprennent la haine. Les phénomènes de contre-transfert seront parfois les éléments importants de l'analyse » (Winnicott, 1947, p. 73).

Après-coup, l'entretien de Mme H en présence de son enfant a fait émerger chez moi une douleur incompréhensible associée à un grand sentiment d'impuissance. Mme H m'a rendue témoin de son histoire, de ce vécu douloureux lié aux violences subies de la même manière que son jeune garçon a pu l'être, au quotidien. Je me devais d'être, en permanence, à l'écoute de mes ressentis, pour m'extraire, moi-même et le patient, de la sensation de tomber dans des gouffres profonds. Comme l'écrit D. Deschamps, dans son ouvrage de 2004, *L'engagement du thérapeute. Une approche psychanalytique du trauma*, « le thérapeute s'offre d'abord comme contenant possible des émotions et des sensations primitives, pour qu'elles puissent être métabolisées en ébauche de pensées affectées, affectivées, réactivées par l'intermédiaire de l'image virtuelle ; et pour que cela permette à ses patients de devenir acteurs et auteurs de leurs rêves, penseurs de leurs pensées » (p. 158).

Après l'exposition de cette situation et, *a fortiori*, la mise en narration de mon « scénario émergent » (Lachal), les échanges avec mon superviseur m'ont amenée à comprendre mon mouvement contre-transférentiel d'identification massive à l'enfant. En effet, tout comme l'enfant avait été témoin des violences de ses parents, moi-même, par la position que j'occupais dans cet entretien à trois, j'ai été « témoin fasciné » de ces mêmes violences, pourrait-on dire, transformées par les canaux de mon propre appareil à penser. Nous avons été ainsi, cet enfant et moi, les partenaires d'un jeu sado-masochiste agressif faisant écho au fantasme de scène primitive propre à chacun. M'identifiant fortement à ce petit garçon, je me suis retrouvée à sa place, moi-même prise dans la scène traumatique. Je n'ai pas pu mettre de mots sur l'événement – cela m'était impossible – laissant ainsi cet enfant dans le silence complet. Mon mouvement contre-transférentiel associé à la place que j'occupais dans le transfert pour cet enfant, nous ont amenés à nous rencontrer inconsciemment sur la scène traumatique, faisant écho avec notre fantasme de scène primitive propre, l'un et l'autre dans l'incapacité de communiquer.

Selon F. Guignard, cette rupture de communication est cette « tache aveugle [qui] signe un manque à représenter le point de rencontre des deux Infantiles : celui de l'analysant et celui de l'analyste » (2002). L'auteur nous explique que « l'analyste n'investit pas tant le traumatisme que la personne vivante avec laquelle il entre en contact, et son attention se portera alors spontanément vers les sources vives de cet autre humain, c'est-à-dire, vers son infantile. Du coup, l'analyste retrouvera le contact avec son propre infantile, et les clivages passifs liés au trauma chez le patient seront dès lors liés par la relation analytique aux clivages normaux et aux mécanismes de défense secondarisés (refoulement) développés par le sujet dans les parties les plus saines de sa personnalité. Les énergies pulsionnelles mobilisées

dans le trauma pourront alors être libérées et redeviendront donc utilisables pour le développement de la personne. Du même coup, le traumatisme pourra reprendre sa place en tant qu'événement du passé et la temporalité vectorisée du temps de la vie se remettra progressivement en place, avec ce qu'elle comporte d'acceptation de la finitude de la vie humaine » (*Id.*).

Mes premières expériences en tant que psychologue sont du même ordre que celle que je viens d'évoquer : elles m'ont amenée à comprendre l'importance du transfert et du contre-transfert, d'autant plus difficiles à analyser lorsque nos défenses relativement solides ont justement été mises en place pour éviter de telles situations. Autrement dit, il s'agit de ne pas rester aux prises avec nos réactions personnelles, nos propres ressentis ou émotions, ce qui constituerait un obstacle à la bonne compréhension des enjeux transféro-contre-transférentiels. L'intérêt de la supervision réside ainsi dans notre capacité à surmonter, en partie, ces résistances, avec l'aide d'un tiers.

À l'issue de cette première illustration, il conviendrait de s'interroger sur la nature de ces mouvements transférentiels et contre-transférentiels : dépendent-ils d'une spécificité de ce que vivent les patients traumatisés et/ou de l'intensité de ce que le psychologue ressent face à ce type de situations en lien avec sa propre histoire ? La réponse se trouve certainement dans une combinaison de ces deux propositions mais rappelons aussi avec Lachal que S. Ferenczi fut l'un des premiers auteurs pour lequel « la question du contre-transfert est liée de façon intime à la question du traumatisme, l'un est étudié avec l'autre » (Lachal, 2006, p. 41).

## **Le risque de l'acting out pour le psychologue**

C'est après la première consultation avec Mlle G et ses parents que j'ai choisi de parler de cette situation lors de ma supervision. Cette première rencontre avait été très éprouvante pour moi, me donnant un sentiment de malaise important, avec la sensation de ne pas avoir mes assises habituelles face à une jeune adolescente. Lorsque j'ai relaté ce premier entretien à mon superviseur, j'ai constaté, à ma grande stupéfaction, que les quelques jours qui s'étaient écoulés entre la consultation et la supervision m'avaient déjà permis de proposer une réflexion travaillée et une première analyse de la situation. Ceci pouvait s'avérer de bon augure mais me faisait en l'occurrence passer à côté de certains de mes ressentis. Il m'a fallu faire alors le chemin inverse et revenir au plus près de mon vécu lors de cette séance, au détail près.

Je reçois Mlle G accompagnée de ses deux parents, suite à leur passage au commissariat de police après que leur fille leur a révélé avoir été victime d'agression sexuelle. J'observe attentivement Mlle G qui reste mutique face à ses deux parents. C'est son père qui prendra la parole le premier et qui expliquera les détails de leur parcours depuis la révélation des faits jusqu'à

leur présence dans mon bureau. Il se dit « *perdu* », « *démuni* » face à ce qui leur arrive. Il ne sait pas quoi faire face à la réaction de sa fille. J'ai du mal à suivre mais je finirai par entendre l'ambivalence déstabilisante d'une pré-adolescente pour ce père dont le désir est celui de vouloir protéger son enfant. Je tente, tant bien que mal de garder une place dans cette configuration mais je ne sais pas vraiment où je me situe à ce moment précis. J'ai la sensation de me faire absorber par les propos et angoisses de ce père dont le sentiment d'une défaillance en tant que parent est au premier plan de cet entretien. Très rapidement, l'idée de devoir protéger cette enfant m'est venue, comme quelque chose de l'ordre de l'immédiateté, quelque chose qui me poussait à y répondre tout de suite.

Lorsque l'on travaille dans l'aide aux victimes – et notamment avec des enfants – la question sensible du signalement est prégnante et c'est notre devoir d'y rester attentif. Il est cependant nécessaire de bien comprendre toute situation avant d'agir sous quelque forme que ce soit. Pour Mlle G, rationnellement, il était clair qu'il fallait prendre le temps de bien comprendre l'ensemble de la situation et de voir ce qui se jouait pour cette jeune fille. Dans *l'ici et maintenant*, il en était tout autrement : une force implicite me poussait à vouloir agir.

La mise en narration de ce ressenti, travaillée en lien avec la prégnance des angoisses du père de ma patiente, m'a permis de comprendre mon propre désir de protection pour cette jeune fille face à ce père démuni. Reprenant en moi-même les angoisses du père qui ne parvenait pas à entendre l'ambivalence de sa fille, j'ai voulu être une instance protectrice pour elle. Née de cette réflexion avec le superviseur, l'hypothèse était alors la suivante : par identification au père pour lequel il était difficile de faire appel à la fonction symbolique de la Loi, j'ai choisi de jouer ce rôle protecteur pour cette jeune fille. Il convient néanmoins, il me semble, d'approfondir cette idée jusqu'à rechercher les raisons pour lesquelles, personnellement et inconsciemment, j'ai choisi ce positionnement.

Par sa fonction, le superviseur va permettre la transformation de faits non digérés, non élaborés, non représentés, que W. Bion nomme les *éléments-bêta*, en *éléments-alpha*. En effet, comme cet auteur l'explique, « si la fonction alpha est perturbée, donc inopérante, les impressions des sens dont le patient a conscience et les émotions qu'il éprouve demeurent inchangées » (Bion, 1962, p. 24). De plus, les *éléments-bêta*, à l'opposé des *éléments-alpha*, « ne sont pas sentis comme des phénomènes mais comme des choses-en-soi » (*Ibid.*). Cela suppose que « la fonction-alpha puisse opérer sur la prise de conscience de l'expérience émotionnelle » (*Id*, p. 26). Autrement dit, pour le psychologue, il est nécessaire de se laisser aller à la verbalisation de son vécu avec le patient. Le superviseur utilise alors sa propre fonction alpha et se constitue en « appareil à penser les pensées » du thérapeute.

Bien que mon ressenti ait été au devant de la scène, je me suis efforcée de rester à l'écoute de chacun et d'entendre la parole de Mlle G au-delà du discours parental. Malgré cela, à la fin de la consultation, ma pensée était comme arrêtée sans possibilité de prendre en compte l'ensemble des éléments contextuels de cette famille. Aussi, si je n'avais pas fait l'effort de reprendre cet entretien en supervision, je n'aurais sans doute pas été à l'abri d'un possible passage à l'acte. C'est ce que nous précise W. Bion en écrivant que non transformés, « ces *éléments-bêta* [...] sont susceptibles d'être utilisés dans l'identification projective (et) jouent un rôle déterminant dans la production d'un *acting-out* » (*Id.*, p. 25).

Reprendre en supervision les éléments d'anamnèse, mes ressentis, les paroles des uns et des autres, m'a permis de comprendre certains de mes mouvements contre-transférentiels qui ont pris sens au fur et à mesure des consultations avec Mlle G. Ces différentes rencontres ont été particulièrement intenses à partir de cette lumière portée sur les enjeux psychiques mobilisés par la relation avec cette patiente. La transmission dont il est question dans la supervision d'une pratique clinique de psychologue passe ainsi par l'analyse à la fois théorique et clinique des processus transférentiels à l'œuvre dans la relation avec le patient ; mais elle s'inscrit, avant tout, à partir de notre propre expérience émotionnelle, idée que met en avant S. Ferenczi lorsqu'il fait du contre-transfert un outil de connaissance du patient comme l'écrit Lachal : « le patient et l'analyste apprennent en même temps, mais n'apprennent pas la même chose. Pour ce qui concerne l'analyste, l'apprentissage qu'il fait est un apprentissage par transmission : quelque chose se transmet du patient à l'analyste et l'apprentissage est la somme de cette transmission et des réactions de l'analyste à ce qui lui est transmis. L'apprentissage qui en résulte est donc à situer au cœur du contre-transfert » (Lachal, 2006, p. 41).

### **La peur que cela n'avance pas**

Je reçois Mlle K depuis quelques mois lorsque je décide d'en parler pour la première fois à mon superviseur. Après plusieurs consultations, je me sens piétiner, ne plus avancer, ne plus savoir quoi faire avec cette adolescente. Jeune psychologue, j'ai la sensation de ne pas y arriver, de ne pas assez « avancer ». Depuis plusieurs séances, cette patiente me fait ressentir l'ennui, le vide, le rien, sans que je puisse comprendre les enjeux transféro-contre-transférentiels de cette relation.

Face au superviseur, il m'a fallu alors rassembler mes idées, présenter cette expérience sous forme d'un récit clinique et ainsi narrer le déroulement des séances choisies. Revenons donc sur ces séances durant lesquelles mon expérience émotionnelle a été des plus vives. J'étais envahie par l'ennui et le vide et ce vécu ne me laissait plus la possibilité de penser ou d'imaginer : il pourrait là aussi s'agir d'un envahissement par les *éléments-bêta* de la patiente. Or, Bion nous dit que « si le patient ne peut pas transformer son

expérience émotionnelle en *éléments-alpha*, il ne peut pas rêver » (1962, p. 25). C'est moi qui ne pouvais plus rêver. Je n'avais plus l'espace psychique disponible pour cela, accaparée par la dimension du rien que me faisait vivre la patiente dans *l'ici et maintenant*.

Faisons maintenant un pas de côté, pour comprendre ce qui se joue à un autre niveau, entre le supervisé et le superviseur. À ce stade, le superviseur considéré comme autre, devient indispensable. Il joue ce rôle de « fonction alpha », c'est-à-dire qu'il fait ce travail de liaison symbolique du sensoriel et des ressentis émotionnels les plus primitifs, de la même manière que la mère fonctionne avec son nourrisson : « la personnalité du petit enfant est par elle-même incapable d'employer les données des sens ; elle doit évacuer ces éléments dans la mère, en comptant sur elle pour faire tout ce qui doit être fait pour les convertir en une forme appropriée à leur utilisation en tant qu'*éléments-alpha* » (Bion, 1967, p. 131). Les sensations violentes et terribles du bébé telle la faim par exemple (*éléments-bêta*) sont identifiées et réceptionnées par la mère. Elles transitent par son appareil psychique pour y être transformées et deviennent alors des *éléments-alpha*, affects moins bruts, que le nourrisson peut reprendre en lui-même. La mère use, pour cela, de sa « capacité de rêverie », c'est-à-dire, « l'organe qui reçoit la moisson de sensations de soi acquises par le conscient du petit enfant » (*Id.*, p. 132).

Dans cette histoire, j'étais donc comme ce bébé qui vient au monde, assailli par des affects très désagréables. Le superviseur reçoit ces ressentis intenses qui sont les miens et, par sa capacité de rêverie, pense ces sentiments pour moi pour les reprendre secondairement. Mon appareil psychique grandissant au fil des séances de supervision, je pense avoir pu introjecter progressivement la fonction alpha du superviseur. J'ai pu alors me mettre à métaboliser peu à peu l'expérience vécue, en devenant capable d'y intégrer des éléments nouveaux. Ce retournement du dehors vers le dedans, c'est l'introjection, processus inauguré par Ferenczi (1912).

Revenons maintenant à notre jeune patiente : elle était venue consulter suite à une agression sexuelle. En reprenant le fil de mes consultations relatées au superviseur, je prenais conscience de l'aspect extrêmement défensif de ma patiente sur ce qui lui était arrivé. Le sentiment d'ennui est apparu lorsque des désirs de changement chez la patiente ont émergé, désirs qui venaient faire contraste avec le déroulement de la procédure pour laquelle j'étais censée l'accompagner et la soutenir et qui était à l'arrêt. Je me sentais impuissante et les derniers entretiens me semblaient très longs.

Ce vécu d'ennui était-il alors l'une de mes réponses contre-transférentielles aux angoisses de la patiente, nées de cette volonté de changement face à l'immobilité judiciaire qu'elle vivait depuis plusieurs mois ? L'hypothèse que j'ai pu tirer des échanges avec le superviseur était la suivante : la patiente me faisait vivre, par identification projective, l'angoisse qu'elle pouvait ressentir ne sachant pas ce qu'il en était du côté de la justice, angoisse qui

se traduisait chez moi par ce sentiment d'impuissance. Le sentiment de « piétiner » venait se cristalliser autour de cette expérience d'ennui, de vide que j'ai d'abord pu verbaliser. En l'intégrant dans les séances et en la travaillant à partir de la relation transféro-contre-transférentielle, j'ai pu faire ce pas, après-coup, et accepter l'hypothèse d'une identification projective de la patiente à mon égard. Ce passage par l'ennui n'est plus alors un obstacle au suivi mais devient une étape nécessaire dans la relation thérapeutique, à condition qu'on puisse en faire quelque chose et le rendre utilisable, seul ou en supervision. La patiente peut déposer en moi ce qui la fait souffrir pour, progressivement, transformer cette souffrance et faire en sorte que des modifications adviennent.

Grâce à ce travail de supervision, je deviens de nouveau capable d'être l'appareil à penser les affects de cette jeune fille qui n'ont pu être psychisés ou intégrés et qu'elle projette en moi pour être transformés.

## Pour conclure

Dans son article sur le contre-transfert, Winnicott explique que « le psychothérapeute doit rester vulnérable tout en sachant conserver, au cours de ses heures de travail, une attitude professionnelle » (Winnicott, 1960, p. 352). Être vulnérable, c'est s'exposer, se laisser toucher. C'est aussi accepter de représenter l'*imago* que le patient transfère sur nous. Mais de cela, il faut pouvoir se dégager suffisamment pour toujours garder « une attitude professionnelle ». Or, parfois, cette place que nous occupons vient faire surgir en nous des mouvements conscients et inconscients dont la maîtrise n'est pas toujours acquise. « Se faire » superviser est une manière de se protéger mais surtout de grandir dans l'accompagnement du patient. Cette vulnérabilité nécessaire à la relation thérapeutique devient alors une force, à condition de faire ce travail de désencombrement du transfert en supervision, mais pas seulement. La propre cure psychanalytique du thérapeute joue aussi, à mon sens, un rôle important dans la compréhension de ces mouvements transféro-contre-transférentiels. Là où le superviseur s'en tient uniquement (dans les exemples rapportés) aux enjeux professionnels sans entrer dans l'histoire individuelle du praticien, l'analyse qui se fait au jour le jour, fait découvrir au sujet les contrées les plus enfouies de son psychisme pour, qu'en lui aussi, des transformations opèrent. Ce travail personnel aide le thérapeute à rester « objectif, d'humeur égale, il n'agit pas en tant que sauveur, professeur, allié ou moraliste. À cet égard, l'analyse personnelle de l'analyste a eu pour effet de fortifier son propre moi, si bien qu'il peut rester impliqué professionnellement sans que cela lui coûte un trop grand effort » (Winnicott, 1960, p. 354).

J'ai choisi de donner pour titre à cet article « *Transmission de savoir en supervision* ». Qu'est-ce alors que ce « savoir » quand on considère, à l'issue de cette réflexion, la dynamique transféro-contre-transférentielle ?

Ordinairement, la transmission de savoir s'effectue, selon moi, dans un seul sens. C'est le cas, par exemple, d'un professeur qui transmet ses connaissances à un élève : il a le devoir d'être le plus intelligible possible dans le but que son élève intègre ce savoir et la transmission ne s'opère donc que dans un seul sens, du professeur à l'élève. Dans ce que je rapporte de mon expérience de psychologue, vient s'ajouter un élément central : le transfert. Il constitue le fondement même de la dynamique relationnelle entre le superviseur et le supervisé ou entre le psychologue et son patient.

Pour en comprendre les enjeux de transmission, arrêtons-nous ainsi un instant sur cette relation transféro-contre-transférentielle : il s'agit d'abord d'une transmission d'expérience émotionnelle consciente. Ce n'est ici que la partie émergée de l'iceberg. Le psychologue se fie à une boussole intérieure dont il ne sait pas où se situent le Nord et le Sud. Il se laisse guider par des processus inconscients. Il faut accepter de ne pas savoir et faire confiance au processus en cours. Ce ne sont que des éclaboussures de ce qui se passe réellement. Le psychologue fait état de ses ressentis ou de ses contre-attitudes au superviseur. Celui-ci, doté de ses outils constitués de son expérience professionnelle et personnelle, a pour rôle d'aider à transformer ces contre-attitudes à partir de ce qu'il perçoit du récit d'expérience qui lui est relaté, de la même manière que le fait le psychologue avec son patient. La différence entre ces deux relations duelles réside plutôt dans l'objectif à atteindre : dans le premier cas, il s'agit d'entretiens à visée professionnelle. Le psychologue en supervision cherche à comprendre ce qui se joue entre lui et son patient. Dans le second cas, les entretiens sont à visée thérapeutique et le patient se laisse guider, pourrait-on dire, aveuglément.

La question que l'on doit ainsi toujours garder à l'esprit est la suivante : pour le patient, quelle place occupe-t-on dans le transfert au moment T ? Il s'agit pour le superviseur d'accompagner à mettre en sens les processus inconscients actifs entre le psychologue et son patient. À partir de ce travail, supervisé et superviseur formulent des hypothèses sur lesquelles le supervisé pourra s'appuyer dans la suite de son travail avec le patient. Désencombré de certains éléments du transfert, pourrait-on dire, le praticien supervisé est ensuite relativement libre d'avancer dans l'intérêt unique du patient dont il s'occupe.

Mais le travail du superviseur ne s'arrête peut-être pas là. Une relation en entraînant une autre, il semble être aussi de son devoir de s'interroger sur la place qu'il occupe dans le transfert, dans la relation entretenue avec le supervisé ; cela dans le but de se dégager et de donner sens le plus possible à des processus transférentiels qui les concernent tous les deux. C'est peut-être ainsi la possibilité d'être pour lui le plus pertinent possible dans le travail à partir de l'expérience qui lui est relatée.

Pour terminer, il me semble important d'indiquer à quel point ce travail de supervision m'a été nécessaire en tant que jeune psychologue. Néanmoins,

bien que la clinique des victimes se révèle parfois difficile, elle n'en reste pas moins un exemple de clinique parmi d'autres. Aujourd'hui psychologue un peu plus expérimentée et exerçant dans un tout autre domaine, je continue d'explorer ces expériences contre-transférentielles qui sont les miennes avec l'aide et le soutien de mes superviseurs.

## Références bibliographiques

- Anzieu, A. (2003). Construction et contre-transfert. In C. Geissmann et D. Houzel, *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent* (p. 327-343). Paris : Bayard Éditions.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- Bion, W. R. (1967). *Réflexion faite*. Paris : PUF.
- Denis, P. (2006). Incontournable contre-transfert. *RFP*, 70(2), 331-350.
- Deschamps, D. (2004). *L'engagement du thérapeute. Une approche psychanalytique du trauma*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Ferenczi, S. (1912). Le concept d'introjction In *Œuvres complètes: Psychanalyse I.* (p. 196-198). Paris : Payot.
- Guignard, F. (2002). *Résurgences de l'infantile traumatique dans la cure psychanalytique*. Programme 2001-2002 : « réalité, trauma, fantasme ». Paris : Société Psychanalytique de Paris.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme, contre-transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble : La pensée sauvage.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF. (Ed. 2004).
- Winnicott, D.W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 72-82). Paris : Payot.
- Winnicott, D.W. (1960). Le contre-transfert. In D.W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 350-357). Paris : Payot.

**Roxane Brajon**

Psychologue clinicienne, Psychothérapeute

Pour citer ce texte :  
Brajon, R. (2015). Transmission de savoir en supervision : une formation clinique au quotidien. *Cliopsy*, 13, 49-59.