

Une exploration heuristique du contre-transfert d'une étudiante en dramathérapie envers des clients souffrant de troubles de l'anxiété et /ou de dépression infantile.

Capucine Deslorieux

A Research Paper
in
The Department
of
Creative Arts Therapies

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts
Concordia University
Montreal, Quebec, Canada

CONCORDIA UNIVERSITY

School of Graduate Studies

This research paper prepared

By: Capucine Deslorieux

Entitled: Une exploration heuristique du contre-transfert d'une étudiante en dramathérapie envers des clients souffrant de troubles de l'anxiété et /ou de dépression infantile.

and submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (Creative Arts Therapies; Drama Therapy Option)

complies with the regulations of the University and meets the accepted standards with respect to originality and quality as approved by the research advisor.

Research Advisor:

Yehudit Silverman, MA, R-DMT, RDT

Department Chair:

Yehudit Silverman, MA, R-DMT, RDT

September, 2017

Abstract :

Une exploration heuristique du contre-transfert d'une étudiante en dramathérapie envers des clients souffrant de troubles de l'anxiété et / ou de dépression infantile.

Ce mémoire retrace mon parcours d'apprentie dramathérapeute face aux contre-transferts expérimentés face à certains de mes clients lors de ma seconde année d'étude. Cette recherche heuristique m'a amenée à me questionner sur mes motivations à devenir thérapeute, mais également sur les liens que ma propre vie et personnalité amènent dans l'espace thérapeutique. Au travers de notes de journaux, de créations artistiques, de dialogues avec moi-même, je vous invite à découvrir mon parcours dans l'exploration heuristique du phénomène du contre-transfert, ainsi que dans le jeu de projections qui se joue entre un client et son thérapeute. Ces projections, qu'il s'agisse de transfert (client envers le thérapeute) ou de contre-transfert (thérapeute envers client) pouvant sembler inappropriées, sont en réalité un élément indispensable au processus de thérapie, comme je l'ai appris et expérimenté en faisant cette étude. Cet apprentissage a renforcé mes compétences cliniques en me poussant à être plus attentive aux projections transférielles afin de mieux comprendre mes propres réactions/interventions/projections.

« J'ai été frappée par la croyance répandue parmi les candidats (analystes) que le contre-transfert n'est qu'une source de problèmes [...]. Ma thèse est que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient est l'un des outils les plus importants pour son travail. »

Paula Heimann (1949)

REMERCIEMENTS

Merci

Merci à mes clients de m'avoir fait confiance et de m'avoir fait grandir en tant que personne et que thérapeute.

Merci à mes professeurs Yehudit Silverman et Jason Butler pour m'avoir soutenue, accompagnée, supportée, écoutée.

Merci à mes parents car , sans eux , je ne serais pas là. La confiance qu'ils ont en moi me permet d'avancer chaque jour.

Merci à Kevin et Chloé, qui m'ont écoutée chaque soir et aidée à prendre du recul.

Merci à Kean, pour m'avoir nourrie, abreuvée, aimée, portée et supportée pendant l'écriture (et fait des litres de thé).

Merci à mes amies : Reem, Charlotte, Asha, Marjorie, Stephanie, Christina and all the beautiful human beings I had the chance to share the last couple of years. I got sparkles from each one of you, lightening my path when the journey is dark.

Thank You

Table des matières

Introduction:	1
Chapitre 1 : Revue de littérature	2
Contre-transfert	2
Troubles de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent	5
Dépression chez l'enfant et l'adolescent	6
Note sur la relation entre anxiété et dépression.	8
Chapitre 2 : Méthodologie	9
Question de recherche :	9
Pourquoi l'heuristique ?	9
Considérations éthiques :	10
Récolte de données :	11
Analyse des données recueillies :	12
Validité et qualité :	15
Chapitre 3 : Parcours heuristique	16
Etape 1 : Initial Engagement – Engagement initiale	16
Etape 2 : Immersion	16
Etape 3 : Incubation	35
Etape 4 : Illumination	41
Etape 5 : Creative synthesis	42
Chapitre 4 : Pour aller plus loin	43
Références	44

Introduction:

En temps qu'étudiante en dramathérapie, je ressens de nombreux sentiments à l'égard de mes clients : l'empathie, énormément valorisée dans la relation thérapeutique, n'est malheureusement pas toujours le seul sentiment ressenti. Parfois, la colère, la peur, la frustration, l'agacement se manifestent. Il en va de même pour les sentiments dits positifs. Bien que j'aie moi-même suivi une thérapie pendant de longues années, et que j'ai eu l'occasion de me confronter à des participants avant même le début de mon apprentissage de la dramathérapie, il arrive parfois que je me trouve dans un espace de vulnérabilité psychique où mon empathie pour le client devient mon propre sentiment. Ce phénomène, lié à mes propres projections internes, se nomme le contre-transfert. A travers la supervision et la rédaction de notes de processus, un étudiant en dramathérapie est amené à réfléchir sur ses contre-transferts et aux moyens possibles pour procéder à une résolution de ceux-ci. Au travers d'une étude heuristique, j'ai décidé de retranscrire le parcours, un parcours possible au milieu d'autres, de l'exploration de mes contre-transferts. La question du contre-transfert, de son exploration et de son acceptation, s'est très vite posée. Il y a d'abord eu des exercices proposés par nos professeurs durant nos cours qui nous ouvraient soudainement un champ de compréhension nouvelle des ressentis face à nos clients. Soudain, je me suis rendue compte que je ne savais rien et qu'il était dangereux de rester sur le premier ressenti. Il me vient en mémoire cette cliente qui irritait tout le monde dans sa thérapie de groupe. J'avais commencé une thérapie individuelle avec elle et l'irritation qu'elle provoquait chez tous commençait à me gagner également. Afin de préserver notre relation thérapeutique, je me refusais à entreprendre une « thérapie comportementale » avec elle qui aurait eu pour but de la rendre plus socialement adaptée. Cependant, je considère que mon rôle d'aidante n'est pas de « changer » mes clients, mais plutôt de les accompagner dans le changement qu'ils entreprennent d'eux- même. En explorant mon ressenti envers elle, je me suis rendu compte que ma perception de son comportement était erronée : elle était devenue pour moi un miroir de ma propre difficulté à me connecter avec mes pairs et elle démontrait par son comportement son profond sentiment de solitude. En faisant une introspection de mon contre-transfert, j'ai pu rétablir un processus thérapeutique sain et bénéfique pour elle.

Pour moi, il est vite apparu comme nécessaire à mon training d'explorer cette question plus en profondeur. Ce premier exemple a eu lieu en première année et a été guidé par un professeur.

Cependant, en seconde année, j'ai commencé un stage dans une structure de soins recevant des enfants et des adolescents souffrant d'anxiété et de dépression. Ceci m'a vite mise en alerte : comment être sûre que mes contre-transferts n'allaient pas altérer mes relations avec mes clients ? Ayant moi-même été dépressive durant mon adolescence et anxieuse depuis l'enfance, comment être certaine de ne pas prendre leur cas pour le mien ? Lorsque l'on est acteur, selon la méthode de Stanislavski, il est important de se nourrir de ses propres expériences pour donner une réalité au personnage. Je ne suis plus comédienne cependant il m'arrive encore souvent de puiser dans les souvenirs de mes émotions pour tenter d'exprimer de l'empathie. Mais quelle est la limite entre empathie et identification ?

Ce mémoire retrace le parcours effectué dans l'exploration du contre-transfert d'une étudiante en dramathérapie. Nous commencerons par nous interroger sur le pourquoi de ce besoin, puis nous passerons en revue la littérature existant sur le sujet, avant de regarder la méthodologie. Nous irons ensuite nous plonger dans le processus auto-révéléateur de la recherche heuristique, avec l'engagement initial, puis l'immersion dans le phénomène du contre-transfert, pour terminer sur les découvertes de l'expérience et de ses possibles continuités.

Chapitre 1 : Revue de littérature

Contre-transfert

Le contre-transfert (CT) est un concept élaboré par Freud à la suite de lettres lui étant adressées par son disciple d'alors Carl Jung (1909). Celui-ci avait entrepris la psychanalyse de Sabina Spielrein, une jeune femme d'origine russe atteinte d'hystérie. Jung avait entretenu une relation d'abord professionnelle avec elle qui s'était étendue sur plusieurs années avant que cette relation ne devienne amicale mais teintée d'ambiguïté. Spielrein, devenue par la suite elle-même psychanalyste (elle a été l'analyste de Jean Piaget entre autres), en était arrivée à l'intime conviction que Jung était amoureux d'elle bien qu'il n'en soit pas encore

conscient. Cette situation plus qu'inconfortable mène les deux protagonistes à écrire chacun à Freud pour défendre leur point de vue respectif. Jung écrit à Freud :

« S. Spielrein est précisément la personne dont je vous ai parlé (...) Elle a été pour moi mon cas psychanalytique d'apprentissage et c'est pourquoi je lui ai gardé une reconnaissance et une affection particulières. Comme je savais par expérience qu'elle rechutait immédiatement dès que je lui refusais mon assistance, la relation s'est étendue sur plusieurs années et je me suis finalement senti presque obligé moralement de lui accorder largement mon amitié ; jusqu'au jour où j'ai vu qu'un rouage avait été par-là involontairement mis en mouvement, raison pour laquelle j'ai enfin rompu. Elle avait naturellement projeté de me séduire, ce que je tenais pour inopportun. Maintenant, elle cherche vengeance. Elle a récemment répandu sur moi la rumeur que je divorcerai sous peu pour une certaine étudiante (...) Elle est comme Gross, un cas de lutte contre le père, et j'ai voulu par tous les diables la guérir avec tant de quinquax de patience que j'ai même abusé de l'amitié à cette fin (...) Maintenant naturellement, toute la magie est claire à mes yeux. Dans toutes ces affaires, les idées de Gross ont un peu trop hanté mon esprit (...) Gross et Spielrein sont d'amères expériences. Je n'ai accordé mon amitié à aucun de mes patients dans une telle mesure et , chez aucun , je n'ai récolté pareille peine. » (1909)

Cette situation troublée, qui influence très certainement la « mauvaise réputation » du contre-transfert » car Jung était soupçonné d'adultère et d'avoir brisé le lien éthique entre un thérapeute et son client, permet à Freud de s'inspirer pour développer les concepts de transfert (qu'il avait déjà observé) et de son complément, le contre-transfert, où comment le comportement et les pulsions de l'analyste peuvent influencer la relation thérapeutique. L'un est intrinsèquement lié à l'autre. Alors que le transfert se décrit comme les projections du client envers le thérapeute, le contre-transfert est défini comme l'ensemble des sentiments, ressentis, pulsions, etc... que ressent le thérapeute envers son client. Il existe plusieurs courants de pensées psychanalytiques à ce sujet rejoignant les écoles lacanienne, jungienne ou kleinienne. Cependant, il est ici question de comprendre le phénomène qui se présente lors d'une psychothérapie, et ce , quel que soit le courant de pensées. Alex Tarnopolsky, dans son article *Understanding Countertransference* (1995) relève trois différents types de contre-transferts : l'empathique, où le thérapeute résonne émotionnellement avec son client ; le complémentaire, lorsque le thérapeute se reconnaît dans son client ; et enfin l'incorporé lorsque le thérapeute s'approprie le matériel de son client. Cependant, d'autres chercheurs sur le sujet ne relèvent que les deux premiers états de contre-transferts, comme Robbins & Jolkovski (1987), Tower

(1955) ou Gelso & Hayes (2001). Il est intéressant de remarquer que, souvent, la base des articles touchant au contre-transfert relatent de l'aspect négatif de celui-ci (ou de ceux-ci, si l'on fait une distinction entre les différents types) souligné par Freud. Qu'il s'agisse de Lewis (1992), Robbins & Jolkovski (1987), Gottsegen & Gottsegen (1979), Gelso & Hayes (2001), Tower (1955) ou encore de Tarnopolsky (1995), tous relatent la mauvaise réputation primitive du contre-transfert, comme quelque chose allant à l'encontre du « miroir » que le client est supposé rencontrer en entrant en thérapie. Cependant, ces restrictions s'appliquaient peut-être à l'aube de la psychanalyse, lorsque le travail de thérapeute cherchait encore ses marques et la meilleure position à adopter. Aujourd'hui, le contre-transfert n'est plus un tabou, mais résulte justement de l'interaction nécessaire entre le thérapeute et le client (Tarnopolsky, 1995). La variété des époques où les articles ont été collectés, s'étalant sur toute la moitié du vingtième siècle, montre bien que le sujet est toujours en recherche et en perpétuel mouvement et questionnement. Une nouvelle approche voit le contre-transfert comme une défense naturelle du thérapeute (Gottsengen & Gottsengen, 1979), ou comme une expérience nécessaire au développement des compétences des thérapeutes (Williams, Judge, Hill and Hoffman, 1997). Yalom appuie cette théorie en insistant sur le fait qu'écouter le patient et répondre en puisant dans son propre ressenti est un puissant facteur thérapeutique (Yalom, 2002). Allant dans ce sens, Rosenblatt (2009) affirme même que le fait de prodiguer la thérapie peut être thérapeutique pour le thérapeute lui-même, le contre-transfert menant parfois à des découvertes sur son propre psychisme. Bien que le passage par la psycho-analyse soit obligatoire pour les analystes en devenir, la thérapie n'est cependant pas obligatoire dans la formation des futurs thérapeutes (Lewis, 1992), et peut, si mal accompagnée, être un objet d'anxiété et/ou d'évitement pour les thérapeutes (Hahn, 2000). Donc comment offrir de bonnes ressources pour appréhender le contre-transfert ? Dans leur article *Countertransference management* (2001), Gelso et Hayes mettent en valeur cinq facteurs facilitant le contre-transfert : self-insight, self-integration, anxiety management, empathy et conceptualizing ability. De leur côté, Williams, Judge, Hill et Hoffman (1997) proposent un training spécifique pour les thérapeutes en devenir. De même, Robbins et Jolkovski (1987) ont élaboré une technique inter-réactionnelle utilisant la conscience des sentiments et le cadre théorique. Enfin, étant étudiante en dramathérapie, il me semble important de souligner le travail de Penny Parker Lewis qui a rédigé en 1992 un article traitant de la relation transfert/contre-

transfert dans les arts-thérapies, où au travers de trois méthodes, elle explore les différentes réponses des clients et des thérapeutes.

Le livre de Serge Tracy (2016) « Transfert & Contre-Transfert, La relation patient / thérapeute » se présente comme un outil à l'intention des apprentis thérapeutes, mais également aux personnes s'intéressant aux concepts de psychologie. Il retrace les effets bénéfiques du contre-transfert qui est, selon lui, un outil indispensable et sous-estimé des thérapeutes. Pour lui, la question de la résonance du transfert du client apporte des avancements à la thérapie et devrait être mieux considérée.

« Le contre-transfert, c'est donc l'accueil du transfert du patient à partir, entre autres, des sentiments et des émotions qu'il génère chez le thérapeute. Le contre-transfert, c'est aussi ce que le thérapeute éprouve et imagine dans son monde intérieur en réaction au transfert. Le contre-transfert est d'abord réactif mais il se conçoit aussi de façon rationnelle ou réflexive, ce qui implique l'ensemble de la personne du thérapeute dans son activité cognitive, émotionnelle, pulsionnelle, affective, parfois spirituelle et/ou profondément existentielle. »

Serge Tracy (2016, p.51)

Troubles de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent

Le DSM V (APA, 2014) rapporte plusieurs types de troubles de l'anxiété qui peuvent tous s'appliquer aux enfants, comme l'anxiété sociale, l'angoisse de séparation, l'angoisse généralisée, la crise de panique, l'agoraphobie, les troubles obsessionnels compulsifs et les phobies spécifiques. Ces troubles sont parmi les plus diagnostiqués, représentant un taux de huit à douze pour cent d'échantillon de population, présentant des troubles suffisants pour interférer avec le bon déroulement de la vie quotidienne (Costello, 1989 ; Spence, 1998). L'ouvrage de Corinne Martin-Guehl, « L'enfant anxieux, dépistage et soin » (2003) propose une approche clinique dans le diagnostic et les possibilités de traitement et d'approches thérapeutiques pour les enfants souffrant d'anxiété, en différenciant les différents types de troubles. Certains chercheurs, comme Susan Spence (1997 et 1998) ou Ollendick (1983) ou avant eux Reynolds et Richmond (1975) ont essayé d'établir des mesures de diagnostics spécifiques pour les enfants, pour rendre la différence entre l'anxiété et la peur plus claire aux

yeux des thérapeutes et praticiens de santé mentale (King, Gullone & Ollendick, 2013). Il semblerait cependant que ces tests soient en continuel questionnement, comme le montre l'étude de Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto et Francis en 1999, où les chercheurs évaluent l'efficacité du test SCAS élaboré par Spence. Et les résultats, bien qu'encourageants, montrent que des améliorations peuvent encore être apportées, notamment à l'encontre de l'aspect résolument « auto-évaluation » du test. Il est ici intéressant de souligner que dans la plupart des cas, surtout pour les enfants, les parents sont invités à répondre eux-mêmes à une évaluation de l'anxiété de leur enfant. Manassis, Mendlowitz et Menna, dans leur article de 1997, relèvent la différence notable entre l'évaluation des enfants et celle des parents. Elles reportent également la différence d'intégration et d'acceptation en fonction de l'âge. De même, les enfants reportant eux-mêmes leur anxiété ont tendance à démontrer de plus forts niveaux d'anxiété et sont plus souvent sujet à des épisodes dépressifs que les enfants où seuls les parents rapportent leurs symptômes. Amanda Chambala, art-thérapeute officiant dans l'état de New York, propose dans son article de 2008 une possible intervention effective auprès d'enfants atteints de troubles de l'anxiété, en leur proposant lors de séances hebdomadaires d'art-thérapie de représenter une image ou une forme de leur anxiété, puis de représenter un endroit sécuritaire où ils se sentent bien. Les différentes représentations et la possibilité d'échange autour des différentes anxiétés ont été majoritairement bénéfiques aux participants. Ce type d'intervention rappelle la création d'objet transitionnel pour pallier à l'angoisse de séparation rapportée par Donald Winnicott dans « Jeu et Réalité » (1951) et il développera le concept dans « Les objets transitionnels » (1951). Après l'enfance, l'étude de Henker, Whalen, Jamner et Deflino (2002) proposant à un groupe de cent cinquante-cinq adolescents de monitorer et enregistrer leurs ressentis sous forme de journal électronique, permet d'établir une idée assez précise de ce que ces jeunes expérimentent chaque jour en vivant avec différents niveaux d'anxiété. Les résultats de l'étude montrent que, non seulement, les adolescents ressentent de l'anxiété mais également de la tristesse, de la colère, qu'ils sont plus facilement fatigués et ont plus de mal à ressentir de la joie et du bien-être. Leur besoin de fumer du tabac et de manger se manifeste également plus souvent et de manière plus violente. L'anxiété a également un impact sur leurs activités sociales et récréatives (Henker, Whalen, Jamner & Delfino, 2002). Toujours selon cette étude, les adolescents souffrant d'anxiété ont tendance à moins passer de temps avec leurs pairs, mais se

sentent mieux lorsqu'ils le font : une thérapie de groupe est donc envisageable pour rendre l'expérience plus positive pour les participants.

Dépression chez l'enfant et l'adolescent

Tout d'abord, il est nécessaire de définir la dépression, ou plutôt les différents types de dépressions, car le DSM en distingue plusieurs. De plus, il faut également distinguer les épisodes dépressifs, relevant d'un mal-être temporaire et non d'une cause psychologique et/ou psychiatrique plus profonde. Selon le DSM V (2014), mais également reporté chez Cicchetti et Toth (1998), on distingue le trouble dépressif majeur du trouble dépressif secondaire. Le majeur, bien que prenant souvent racine dans les événements de la vie quotidienne et de la vie psychique du patient, relève d'une condition psychiatrique; l'aide d'un médecin étant souvent nécessaire au bien-être du client. La personne atteinte le sera une fois ou plusieurs fois dans sa vie. De même, le patient atteint de trouble dépressif majeur n'expérimentera pas forcément les « sauts d'humeur » souvent associés à la dépression mais relevant plus des troubles de l'humeur (DSM V, 2014). En effet, les phases maniaques et les phases apathiques peuvent orienter le diagnostic vers une dépression mais sont en réalité plus orientées vers des troubles de l'humeur ou des troubles bi-polaires (DSM V, 2014). Le trouble dépressif majeur se caractérise par le changement dans la vie du patient : tristesse presque sans interruption, perte d'appétit (ou, au contraire, appétit insatiable), troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), manque d'intérêt pour des sujets qui provoquaient autrefois l'enthousiasme, changements dans le fonctionnement psychomoteur, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, diminution des capacités de concentration (DSM V, 2014 ; Cicchetti & Toth, 1998). Il est de toute façon notable que la personne atteinte présente des changements et des empêchements dans sa vie quotidienne, sociale et professionnelle. Le trouble dépressif secondaire, ou dysthymie, présente sensiblement les mêmes symptômes que le trouble dépressif majeur, mais est moins tranché, plus récurrent. Le DSM considère d'ailleurs le diagnostic comme valable uniquement après une période de deux ans de symptômes pratiquement quotidiens (2014). Il existe également d'autres types de dépression, mais pour cette revue de littérature, nous nous concentrerons uniquement sur ces deux premiers, ainsi qu'aux épisodes dépressifs, très présents dans la vie de nombreux adolescents (Cicchetti & Toth, 1998). Il est également important de souligner que certains courants psychanalytiques et

psychothérapeutiques associent l'état dépressif à des troubles somatisés durant l'enfance, comme Elsa Schmid-Kitsikis (2011) l'illustre dans son article *Dépression infantile, honte et culpabilité*. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, bien que le DSM V (2014) ajoute aux symptômes possibles une irritabilité accrue, l'étude de Moretti, Fine, Haley et Marriage en 1985 démontre que chez de nombreux enfants atteints, les symptômes sont semblables à ceux des adultes. La différence notoire se situe au niveau de la durée de diagnostic, de deux ans chez l'adulte alors qu'une seule année d'observation des symptômes est requise chez la population jeune (DSMV, 2014). L'article de Moretti, Fine, Haley et Marriage (1985) basé sur les évaluations d'enfants et d'adolescents atteints de troubles dépressifs montre la méconnaissance de la dépression infantile, en faisant également une évaluation de la perception des parents envers les troubles présentés par leur enfant. Il a d'ailleurs été souligné que les parents ayant souffert ou souffrant eux-mêmes de troubles dépressifs étaient plus à même de le reconnaître chez leur enfant (Moretti, Fine, Haley et Marriage, 1985). Mais une fois le diagnostic posé, quelles sont les possibilités de traitements pour ces enfants ? Elsa Schmid-Kitsikis (2011) propose une approche psychanalytique, mais est-ce vraiment applicable à des enfants ou des adolescents encore en développement ? Elle souligne en tout cas qu'une prise en charge précoce de ces enfants devenus adultes aurait été bénéfique. Cicchetti et Toth (1998) proposent quant à eux d'explorer tous les aspects qui provoquent la dépression mais restent vagues quant aux possibilités de prise en charge. Le DSM, quant à lui, recommande la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle et, enfin, le cas échéant, les antidépresseurs sous supervision d'un médecin. Je me tourne alors vers Renée Emunah qui a écrit plusieurs articles sur le travail avec les adolescents. Elle insiste souvent sur la nécessité de respecter les « lois » régissant la vie des adolescents et comment explorer avec eux ce monde dans lequel ils évoluent peut-être bénéfique pour eux, leur laissant une liberté tout en étant contenus.

Note sur la relation entre anxiété et dépression.

Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des enfants mais surtout des adolescents souffrant d'anxiété présentant également des troubles dépressifs. De nombreuses études se penchent sur la question comme celle de Strauss, Last, Hersen et Kazdin en 1988. Ils présentent des résultats indiquant que, majoritairement, les enfants atteints de troubles anxieux présentant

des symptômes dépressifs tendaient à être plus vieux que ceux ne présentant que des troubles anxieux, que ceux-ci étaient plus sévères et , qu'en général , ils étaient couplés avec des différentes sub-catégories de troubles de l'anxiété. Brady et Kendall (1992) présentent le même type de corrélation entre les symptômes. Il faut cependant rester vigilant, la dépression doublée de troubles anxieux reste la plupart du temps une conséquence, un doublon avec le trouble anxieux initial et ne doit pas être confondue avec les troubles dépressifs que nous avons abordés plus haut qui sont des troubles indépendants. L'étude de Henker, Whalen, Jamner et Delfino (2002) montre que , par le biais du journal électronique, les symptômes dépressifs des adolescents participants , sont en étroite corrélation avec leur anxiété mais sont bien le fruit de cette anxiété et sont nourris par la tristesse et les autres sentiments qu'ils enregistrent dans leur journal. C'est là une illustration à la source du lien entre ces deux maux, sans les confondre l'un et l'autre.

Chapitre 2 : Méthodologie

La méthodologie heuristique semblait la plus appropriée face au contre-transfert avec mes clients. Cette approche me permettra d'aller au-delà de la première impression et d'explorer plus en profondeur mes CTs. Cette recherche se fait dans le cadre académique mais aidera certainement la thérapeute débutante que je suis, en comprenant mieux les dynamiques se jouant dans l'espace thérapeutique. La MH créée par Clark Moustakas en 1961 fait partie du groupe des recherches qualitatives.

Question de recherche :

Mon superviseur pour cette recherche, Madame Silverman m'a aidée à affiner/synthétiser/reformuler ma question de recherche qui était auparavant plus comme un thème sur l'exploration heuristique des contre- transferts. Cette question est : Comment un étudiant en dramathérapie peut explorer ses contre- transferts avec des clients souffrant d'anxiété et ou de dépression infantile ? Par explorer, nous nous accordons sur le fait qu'il s'agit d'une exploration rationnelle, basée sur le champ du travail psychanalytique comme l'exploration de Freud sur le sujet mais également par l'exploration artistique. Mon superviseur m'a également questionnée sur les problématiques liées à la tranche d'âge de mes clients : elle m'invitait à limiter la collection de données aux enfants âgés de douze ans et

moins, pour rester sur des thématiques similaires. Cependant, mes clientes adolescentes ont éveillé en moi des prémices de CT qu'il m'a semblé important de prendre en compte dans cette étude. Il sera intéressant de voir si la différence d'âge amène des différences notoires dans les données collectées. Cette différence peut également servir à émettre une hypothèse quant à la différence face aux clients, quel que soit leur âge, bien que ce ne soit pas le sujet de l'étude.

Pourquoi l'heuristique ?

La méthode heuristique m'est très vite apparue comme la plus adéquate pour mon sujet : tout d'abord, la question des différentes « casquettes » du thérapeute est une problématique qui me passionne. Comment l'humain et /ou l'humanité du thérapeute influencent le processus thérapeutique ? Je me suis souvent demandé comment les transferts que j'ai pu expérimenter avec mes thérapeutes passés ont pu influencer ma manière d'être thérapeute moi-même et comment mon « wounded child » répond au « wounded child » en face de moi dans l'espace thérapeutique. Je pense qu'être plus consciente de ces réponses et interactions ferait de moi une meilleure thérapeute, plus capable de mettre de côté mes propres dynamiques pour me concentrer plus efficacement sur celles de mes clients ; ou au contraire, utiliser ces réponses à bon escient pour des interventions avisées. Sachant que je me réclame de la thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers (1951), il est important pour moi d'être sûre qu'il s'agit bien des besoins de mes clients, et non des miens, qui transparaissent et sont utilisés dans l'espace thérapeutique. Pour répondre à ce besoin, seule l'approche heuristique me permet d'explorer de manière réellement introspective et me conduira dans des recoins de ma psyché auxquels je n'ai pas accès en me posant juste la question. Le dernier point du questionnaire de la méthode se situe dans l'implication de mes clients : j'ai d'abord caressé l'idée de proposer une recherche « transferts/contre-transferts » mais ,après y avoir réfléchi, j'ai réalisé que je ne souhaitais pas impliquer mes clients dans cette étude. Cette recherche, telle que je la conçois, se doit d'être « par moi, pour eux et pour moi-même » et non « par eux, pour moi ». Mes clients souffrant d'anxiété et /ou de dépression infantile, je ne souhaite pas perturber leur processus thérapeutique par des entretiens de recherche. C'est en prenant cette décision que je me suis demandé : « Pourquoi pensé-je que leur poser des questions sur leur processus les perturberait ou leur ferait peur ? ». C'est ce qui a fini d'ancrer ma résolution à entamer une recherche heuristique : je dois creuser plus profondément dans mes à priori et mes doutes,

questionner ce que je pense être vrai, pour tout d'abord devenir une meilleure thérapeute, mais également pour élaborer un possible exercice pour d'autres thérapeutes débutants.

Considérations éthiques :

Les considérations éthiques ne sont pas clairement énumérées dans le modèle de recherche heuristique. Moustakas, dans son ouvrage « Heuristic Research ; Design, Methodology and Applications » (1990) ne propose pas de code de conduite éthique. J'ai donc cherché dans « Art and Drama therapy Research Handbook » fourni par l'Université Concordia (2015), mais la partie éthique des recherches qualitatives est majoritairement orientée vers la sécurité des participants aux études. J'ai donc décidé d'adapter le code d'éthique de l'Association Nord Américaine de Drama Thérapie (NADTA, 2013) et une partie du « Handbook of Qualitative Research » (SAGE, 2005). Dans le chapitre six de ce dernier, l'auteur C.G. Christians pose la question des considérations éthiques qui surgissent dans la recherche qualitative. Dans ce chapitre, Christians propose un code d'éthique que je trouve applicable pour la recherche heuristique : « respect for persons, beneficence and justice » ou « respect des personnes, bienveillance et justice » (Christians, 2005, p.146). Il développe en proposant une synthèse des différents codes d'éthiques inhérents aux différentes approches en mettant en lumière quatre principaux, toujours présents : « informed consent, deception, respect privacy and confidentiality, and accuracy » (Christians, 2005), ce qui peut se traduire par être sûr du consentement des participants, ne pas les tromper, respecter leur vie privée et la confidentialité. Ceci me concerne tout d'abord, étant consciente de ce dans quoi je me suis engagée mais il est également important de ne pas me mentir à moi-même : en effet, durant l'exploration des contre-transferts, il y a des éléments douloureux ou d'autres dont je ne suis pas fière, cependant pour éviter la tromperie et la dissimulation je me dois d'être honnête et de ne pas les omettre. La confidentialité est ici importante car dans cette recherche je décris brièvement mes clients et il est primordial de conserver leur anonymat et ce qu'ils m'ont confié. De même, certains vécus avec mes proches, présents ou passés, font partie intégrante de l'exploration. Pour eux également, il est important de protéger leur vie privée. Enfin, toujours en considérant les problèmes éthiques que peuvent poser une recherche heuristique, il me faut me pencher sur mes à priori culturels et être au fait de mes privilèges. Je suis une femme cisgenre, pansexuelle, blanche caucasienne, de classe moyenne, ayant eu accès à une

éducation supérieure et une dizaine d'années de thérapie. L'exploration que je propose est donc déjà « aidée » par ses années de thérapie.

Récolte de données :

Moustakas défend l'idée d'auto-interviews avec soi-même pour récolter les données de la recherche : « A typical way of gathering material in heuristic investigations is through extended interviews that often take the form of dialogues with oneself and one's research participants. [...] In genuine dialogue, one is encouraged to permit ideas, thoughts, feelings, and images to unfold and be expressed naturally » (Moustakas, 1990, p.46)

Moustakas fait également la distinction entre trois différents types d'interviews mais elles requièrent toutes un assistant de recherche. Il ajoute ensuite : « To supplement the interviews data, the heuristic researcher may also collect personal documents. Diaries, journals, logs, poetry, and art-work offer additional meaning and depth and supplement depictions of the experience obtained from observations and interviews. » (Moustakas, 1990, p.49). Je me suis plutôt concentrée sur la deuxième méthode, écrivant ou dessinant après chaque séance. J'ai élaboré ce processus de notes où la première chose que je fais après chaque séance est d'écrire la couleur qui me vient à l'esprit. J'écris également un mot qui traduit mon état d'esprit post-séance puis, plus tard, j'écris de manière plus détaillée mes ressentis et impressions. Je performe également ce que Moustakas nomme des « self-interviews » ou « self-dialogues » (Moustakas, 1990, p.16) en prenant mes notes de journal (écriture associative libre) ou en parlant (à voix haute ou interne) de ce que j'ai ressenti, en soulevant les points qui « butent ou « accrochent » mon attention ou semblent ne pas suivre la logique de mon raisonnement. Des conversations avec d'autres personnes sont également performées : la discussion de cas avec des collègues de confiance apporte souvent une nouvelle lumière sur mon questionnement.

Analyse des données recueillies :

Moustakas définit le processus de la recherche heuristique en six étapes : 1 – Initial engagement, 2 – Immersion, 3 – Incubation, 4 – Illumination, 5 – Explication, 6 – Creative Synthesis. Mon parcours au travers de ces différentes étapes étant décrit plus loin dans ce mémoire, je me concentre ici sur l'analyse des données recueillies : l'écriture de notes, les

notes vocales et les productions artistiques ont été découpées par thèmes récurrents par moi-même, pour tenter de déceler des catégories de contre-transferts.

J'ai décidé de concentrer mon étude sur mes réponses face à cinq clients différents :

VF : Adolescente de quinze ans (quinze séances), présentant des troubles alimentaires et anxieux, parlant de ses problèmes de manière toujours très distancée, comme s'il s'agissait des histoires de quelqu'un d'autre. Elle annulait régulièrement ses rendez-vous à la dernière minute et restait toujours bien droite sur sa chaise durant les séances, sans enlever son manteau. VF est une très jolie jeune fille, ce qui lui attire beaucoup d'attention mais elle a du mal à gérer cette attention car c'est en totale opposition avec le traitement qu'elle reçoit à la maison. De ce qu'elle rapporte, son père est absent depuis longtemps et vit en Amérique du Sud tandis que sa mère s'est toujours beaucoup plus intéressée à ses deux grands frères et à ses propres histoires amoureuses qu'à sa fille. Les dires de VF sont corroborés par le dossier des services sociaux ouvert avant ses cinq ans. Elle a plusieurs fois été placée en famille d'accueil dont deux fois à sa propre demande. J'ai par ailleurs travaillé en partenariat avec sa travailleuse sociale et l'infirmier de son école (avec l'accord de la cliente) afin de lui venir en aide du mieux possible. VF donne l'impression d'être bien plus mûre que son âge car elle présente une indépendance et une capacité à s'occuper seule d'elle-même rare à cet âge.

NZ : Adolescente de seize ans à notre rencontre (trente-huit séances), présentant de graves troubles anxieux et dépressifs ainsi que de nombreuses pensées suicidaires parfois mises en action. Quand je l'ai rencontrée, elle avait un passif d'automutilation avec des rechutes temporaires mais la thérapie suivant son cours, son besoin de se blesser s'est évanoui et elle indiquait clairement ne pas vouloir être défini par cela. NZ vient d'une famille de cultures mixtes et est arrivée au Canada dans son enfance. La famille présente des grandes dysfonctions communicationnelles, ce qui a été vérifié de nombreuses fois durant l'année. Son père exerçait sur elle une pression psychologique très forte, l'empêchant de sortir pour autre chose que l'école ou le travail, lui interdisant d'exprimer des sentiments tels la colère ou la tristesse, la poussant à réussir académiquement de manière excessive, intensifiant ses angoisses d'échec. La mère de NZ était très effacée, n'intervenant que très rarement dans les altercations entre sa fille et son mari. NZ a également une sœur plus âgée, qui avait déjà alerté l'école de troubles à la maison mais n'avait jamais souhaité d'intervention. NZ avait déjà entamé un travail avec la

psychologue de l'école mais celle-ci , voyant l'ampleur de la tâche et le manque de disponibilité pour un suivi intensif, a fait appel à une aide extérieure.

AD : adolescente de quinze ans (douze séances), anxiété et dépression diagnostiquée, suivie et traitée par un psychiatre depuis un peu plus d'un an lors de notre première rencontre. AD est bonne élève et bénéficie d'un système de soutien fort entre sa famille, son petit ami et ses amis. Cependant, elle a entrepris une thérapie de son propre chef car sa psychiatre était localisée à Québec et elle recherchait un soutien professionnel dans sa nouvelle ville. AD se questionnait beaucoup sur ses études et sur la permanence et la durabilité de sa santé mentale. Elle a été ma cliente la plus « facile » car sa détresse était « moindre », moins « urgente » et elle était capable « d'insight » beaucoup plus facilement que mes autres clients ; j'ai donc pu expérimenter plusieurs techniques de dramathérapie avec elle.

NAN : garçon de six ans (vingt-quatre séances) présentant des troubles anxieux et un besoin de ritualisation souvent obsessionnel. Aîné de quatre frères et sœurs (un cinquième étant arrivé à la fin de l'année scolaire), NAN semblait avoir du mal à partager l'attention. Sa mère rapportait des angoisses de séparation notamment le matin en partant à l'école, pourtant une fois à celle-ci, ses journées se passaient sans trouble. Il adore le sport, surtout le hockey et le soccer. NAN est un enfant singulier, très secret qui ne parle pas beaucoup et ne partage pas souvent sur ses centres d'intérêt ou son quotidien. La famille de NAN fait partie de la communauté juive de Montréal et cela était important à prendre en compte culturellement parlant.

CM : Fille de huit ans (vingt-deux séances) présentant des difficultés à l'école, la mère soupçonnait un trouble de l'attention ou de l'apprentissage. En réalité CM ,qui est anglophone, rencontrait des difficultés dans sa nouvelle école francophone car l'apprentissage de la langue était un obstacle supplémentaire. Sa concentration était en effet assez erratique, du moins en début de thérapie. Ce qui était frappant avec CM, c'était son allure de petite fille, paraissant quelques années plus jeune que son âge, en décalage avec les filles de son âge, aux portes de la préadolescence, causant pour elle des difficultés à se faire des amies, en plus de la barrière de la langue. De plus, l'expression des sentiments semblait réduite chez elle d'un prime abord, sa réponse à chaque situation étant la joie, parfois la peur, mais jamais de colère ou de tristesse, même lorsqu'elle partageait à propos de sa solitude à l'école. Les parents de CM sont séparés et ont une

relation très conflictuelle. CM vit avec sa mère et son nouveau compagnon qui est une figure masculine positive, aimante et fiable, au contraire de son père qui, aux dires de la mère, était inconstant et parfois inapproprié dans sa relation avec sa fille. La thérapie de CM a entraîné une introspection de la famille et une thérapie pour la mère, avec rencontres occasionnelles du père pour tenter d'assainir l'environnement de l'enfant, dont les troubles découlaient majoritairement de la situation familiale.

Les séances duraient entre quarante-cinq minutes et une heure, mon approche centrée sur le client me poussant à attendre que le client soit prêt à partir de l'espace thérapeutique pour mettre fin à la rencontre. Après chaque séance (lorsque j'avais le temps) je prenais quelques notes rapides (cinq minutes) sur mon ressenti direct et sur les points-clefs abordés durant la séance. Plus tard, en général le soir une fois les rendez-vous terminés ou bien le lendemain, je tentais d'écrire plus longuement sur ce qui était resté avec moi et me lançait souvent dans un auto-entretien (écrit ou pensé) sur « *Pourquoi cet élément est-il resté ? Est-ce parce qu'il est important pour lui/elle ou pour moi ? A quoi cela me renvoie-il ?* » Je tentais de garder également en tête les trois catégories de contre-transferts établies par Alex Tarnopolsky (1995) l'empathique, où le thérapeute résonne émotionnellement avec son client ; le complémentaire, lorsque le thérapeute se reconnaît dans son client ; et enfin l'incorporé lorsque le thérapeute s'approprie le matériel de son client. Ces notes représentent une centaine d'entrées de données, de tailles variables. Il est difficile de noter exactement lesquelles sont reliées à tel ou tel client car souvent, lors de mes introspections plus poussées, des liens entre plusieurs cas se créaient. Des réponses artistiques ont également été réalisées, au nombre d'une quinzaine, incluant des gribouillages ainsi que des réalisations plus poussées sous formes de toiles. Il me semble également important d'inclure des œuvres conçues durant le cours de ma session d'été car ma problématique à ce moment-là était fortement liée à mon sujet de recherche. Les pièces artistiques ont suivi un rituel de création : dans un endroit calme (souvent mon salon, lorsque mes colocataires n'étaient pas là), je relisais mes notes récentes, repensais aux diverses interactions que j'avais pu avoir avec mes clients ou encore aux rêves que j'avais pu faire et choisissais une musique. J'essayais de toujours commencer debout afin de laisser à mon corps la place et la mobilité nécessaires pour qu'il trouve ses mouvements. J'ai d'abord commencé par de grands formats avant de réduire les surfaces au fur et à mesure (observation et non par choix: j'avais à ma disposition des formats variés).

Une fois réalisées, ces pièces ont été laissées de côté pendant quelque temps avant de me pencher à nouveau dessus lors de la période d'immersion.

Validité et qualité :

Il est évident que de par sa nature la recherche heuristique ne peut être considérée comme une étude qualitative classique : seul le point de vue du chercheur (le mien ici) est relaté dans les conclusions. Le phénomène n'est expérimenté que par le chercheur impliqué et ne peut donc pas être considéré comme une vérité. Seule l'honnêteté du processus est considérée comme évaluable. Afin de considérer la validité des conclusions, il serait intéressant de conduire par la suite une étude qualitative phénoménologique impliquant d'autres thérapeutes afin d'observer si les conclusions de mon étude peuvent s'appliquer à d'autres.

Chapitre 3 : Parcours heuristique

Etape 1 : Initial Engagement – Engagement initial

La première étape consiste à questionner ce que j'ai pu expérimenter par le passé et par la littérature dont j'ai pu prendre connaissance (Moustakas, 1990). N'ayant que peu de formation initiale en psychologie, j'ai manqué de contenu théorique lors de mon éducation. Pour moi, le contre-transfert était une notion freudienne que je connaissais quelque peu. Mon expérience jusqu'ici avait été assez intense que ce soit en première année ou même auparavant lors de mes stages en France. Là-bas, j'avais essentiellement travaillé avec des enfants sur le spectre de l'autisme et ce que je pensais être un contre-transfert se manifestait par mon désir de communiquer avec eux en tentant de reproduire leurs moyens de communication, par exemple en reproduisant les gestes répétitifs qu'ils faisaient ou en jouant avec le même jouet qu'eux. De ce que j'ai pu expérimenter lors de mes années pré-Concordia, mais également ensuite, mes superviseurs sur les lieux de stage n'étaient jamais très enthousiastes à l'évocation du contre-transfert et me poussaient plutôt à « faire la part des choses » et de rester neutre lors de mes interventions (nous en revenions à la « mauvaise réputation » du contre-transfert). J'ai très vite été frustrée par ce que je ressentais comme une interdiction d'éprouver quelque chose pour mes clients que ce soit de l'attachement, de l'identification, de la tristesse, de la peur ou encore de la colère ou de la frustration. J'avais l'impression d'être invalidée en tant qu'être humain quand j'endossais mon rôle de thérapeute. Cela a induit une présomption : le contre-transfert, bien qu'inévitable si on en

croit la littérature psychanalytique, ne pourrait que refléter un manque de professionnalisme car le manque de distance ne pouvait être bénéfique. C'est en entamant le programme à Concordia et en bénéficiant d'une supervision bienveillante que je me suis rendu compte que ce que je ressentais avait une importance dans l'espace thérapeutique et que, surtout, je ne pouvais y échapper si je m'impliquais un tant soit peu dans la relation avec mes clients. Dans son livre, Serge Tracy indique que « le contre-transfert sert à donner un écho au transfert afin de permettre une meilleure identification, perception, compréhension et intégration du [transfert du client] » (2016, p.50) Cela tend à indiquer que le contre-transfert est positif ou du moins peut l'être s'il est en résonance avec le transfert du client.

Etape 2 : Immersion

La seconde étape, dite d'immersion, enrôle le chercheur dans un processus où il se doit d'explorer tous les aspects de la question. Tout d'abord, je me devais de questionner ce que je pensais savoir à propos du contre-transfert. La vérité est qu'il m'effrayait et me mettait en connexion directe avec ma peur de ne pas être une bonne thérapeute, de me laisser déborder par tout ce que je n'avais pas encore réglé. Ce sentiment dit du « syndrome de l'imposteur » (Clance et Imes, 1978) est une récurrence dans ma vie : je n'ai jamais été une travailleuse acharnée, j'ai du mal à être à l'heure et je me trouve, à défaut ou à raison, beaucoup trop centrée sur moi-même. Ce jugement négatif permanent guide souvent ma pensée dans la direction du « je ne le mérite pas » ou « quelqu'un d'autre, de plus méritant, le ferait bien mieux que moi ». Ce type de pensées émergent régulièrement, notamment lors de ma décision de devenir thérapeute où j'ai senti le besoin que ma propre thérapeute me pousse à appliquer au programme de l'Université Concordia, validant le fait que j'étais « assez bien, assez équilibrée » pour prendre soin d'autres personnes. La première année d'étude et de stage pratique a pu me démontrer la difficulté de la tâche, me mettant face à des concepts nouveaux et à un groupe de clients mettant parfois à mal la confiance que je pouvais avoir en mon médium. Je me suis très vite aperçue de l'importance des relations interpersonnelles entre un client et sa thérapeute et des dynamiques qui se jouent dans l'espace thérapeutique. Etant de plus avec une co-thérapeute durant cette première année, il était plus aisé de réfléchir ensemble après les séances de ce que nous avons pu observer chez nos clients mais également chez nous-mêmes. Comparer nos réactions face à des situations que nous vivions

ensemble nous a permis d'enclencher un bon début de réflexions sur ce qui se jouait pour nous dans nos interactions avec nos clients. C'est ainsi que j'ai entamé une sorte de liste de mes réactions : par exemple, je réagis très rarement à l'agressivité par l'agressivité et ce sans réfléchir. Cela m'a amené à repenser mon comportement dans les situations de conflit et mes réactions émotionnelles impromptues ont été un bon indicateur sur les « réponses de Capucine » et les « réponses de la thérapeute », moins spontanées, plus réfléchies et adaptées aux besoins du client. C'est donc avec cette distinction que j'ai entrepris ma seconde année de stage cette fois-ci dans un lieu accueillant des enfants et des adolescents en thérapies individuelles. L'immersion a commencé presque immédiatement, le lieu requérant un premier entretien avec l'enfant et sa famille pour une évaluation préliminaire, ainsi que la constitution d'un dossier présentant les troubles de l'enfant avant d'entamer la thérapie. Cette approche, tout à fait logique et suivant le protocole de centre de santé, m'a très vite rebutée : avoir toutes ses informations me donnait un « à priori » sur l'enfant que je n'appréciais pas, comme illustré dans les notes suivantes.

Journal (NAN) : « Aujourd'hui rencontre avec NAN et sa famille. NAN a six ans et fait partie de la communauté juive de Montréal. Sa mère a montré des signes d'anxiété intenses durant l'entretien tandis que son père était affalé sur la chaise et sur son téléphone. Je ne sais même pas s'il écoutait, c'est beau le non verbal, je sais déjà qu'il pense que la thérapie : c'est une perte de temps. La mère m'a décrit la vie entière de son fils, même de sa famille entière et pourtant je n'ai l'impression qu'aucune information, disons ludique ou de ce que l'enfant aime faire, n'a été incluse dans ce résumé déprimant et alarmiste. Tout ce que je sais de cet enfant au final, c'est qu'il est difficile. Comment ça va m'aider à travailler avec lui ? Tout ce que je vois, c'est que j'appréhende, que je pars du principe que mes jeux basiques pour commencer ne l'intéresseront pas, qu'il se fera un plaisir de rendre le processus compliqué. Comme si un enfant de six ans pouvait décider consciemment de rendre un processus d'un an compliqué. Comme si j'avais peur que la résistance évidente du père ne déteigne sur lui. J'aurais préféré qu'on en reste à la fiche de service => « Enfant présentant des troubles anxieux et des difficultés à l'école ». Simple, concis. Je sais que les informations que les parents ont fournies sont importantes mais j'aurais préféré les avoir après quelques séances lorsque j'aurais déjà eu ma première impression et non

que ces informations définissent comment je vais percevoir cet enfant jusqu'à ce que nos interactions transforment cette vision.»

Ici, le contre-transfert s'est joué plus face aux parents, surtout le père, que par rapport à l'enfant. Le comportement du père m'a renvoyé directement aux interactions que j'ai pu avoir avec des gens considérant que ce que j'avais à dire ou que mon opinion étaient dérisoires ou ne méritaient pas leur attention. Ce genre de scène s'est plusieurs fois joué pour moi à l'école ou face à mon propre père qui tourne souvent en dérision mon engagement pour le droit des femmes par exemple. Ce sentiment de ne pas être assez importante pour être écoutée se met en relation directe avec ma peur de ne pas être à la hauteur dans mon rôle de thérapeute : en effet, pourquoi une jeune femme débutante saurait mieux qu'eux comment interagir avec leur fils et ses besoins. Les enfants mimant souvent le comportement de leurs parents, j'ai ressenti une peur profonde que NAN prenne exemple sur son père et me méprise. Outrepasser ce CT a impliqué pour moi de redéfinir le rapport d'autorité dans l'espace thérapeutique, en demandant par exemple à NAN de ranger les jouets utilisés à la fin de la séance. Cela a entraîné de nombreuses négociations car son bagage culturel lui avait appris que les femmes étaient chargées de faire les tâches de rangement et d'entretien. Arriver à comprendre le besoin de ranger a nécessité pour NAN d'imaginer la salle dérangée à son arrivée pour comprendre la nécessité de ranger « pour la personne suivante ».

Journal (VFV): « Aujourd'hui ma superviseuse est arrivée avec un dossier et m'a dit qu'elle avait un cas pour moi mais qu'elle connaissait la cliente et qu'elle était « difficile » selon ses propres mots. « Elle annule tout le temps, ment et manipule, tu la veux ? » Euuuhhhhh... Comment dire ? Pourquoi tu me présentes ça comme ça ? Mais évidemment, une adolescente en détresse pour qui tout le monde semble avoir jeté l'éponge, évidemment que je la veux ! Je ne deviendrais pas thérapeute si je ne croyais pas que personne n'est au-delà d'un possible mieux. Si l'on perd l'espoir, à quoi bon faire quoi que ce soit ? »

Ici, c'est le CT de ma superviseuse que j'ai entendu et malgré moi intégré. Deux choses se sont ici jouées : cette enfant était difficile et donc représenterait un challenge mais en même temps me permettrait de briller si je « réussissais ». Je pense qu'ici, la fierté a beaucoup joué.

Les cinq clients sélectionnés pour cette étude sont ceux qui, sur cette année de stage, ont eu le plus d'impact émotionnel pour moi. Les autres ont également eu leur lot de moments de

questionnement cependant ces cinq-ci sont ceux qui « restaient avec moi » une fois la séance terminée. Cela s'est traduit par des rêves, des soirées d'angoisse à me demander comment ils allaient, un bonheur débordant face à leurs succès et d'autres signes d'attachement que je jugeais « non professionnels ». Bien que je sois consciente de l'utilité et de l'inévitabilité du contre-transfert, il reflétait pour moi mon manque de distance et donc m'empêchait de « bien faire mon travail » car il pouvait m'empêcher de voir des éléments importants durant notre relation thérapeutique. Toujours dans la logique du « je ne suis pas assez équilibrée moi-même pour prétendre aider d'autres personnes à prendre soin de leur santé mentale » ou syndrome de l'imposteur (Clance et Imes, 1978) j'ai d'abord eu peur de mes contre-transferts et tentais de les repousser.

Journal (NAN) Octobre (4^{ème} séance) : « *Quand j'ai voulu parler de la thérapie, des buts et de ses angoisses, il a eu des réactions très marquées dans le refus, le déni, même pas la négociation. Mais au-delà de sa réaction, il y a la mienne. De la frustration. De l'énervement, de l'irritation, peut-être même un peu de colère en fait. Ce même qui ne partage rien, contrôle tout, sur qui j'ai fait mon étude de cas, mais sur qui je n'avais rien à dire, comme s'il était responsable de ma mauvaise note parce qu'il n'évolue pas. Non, définitivement de la colère. Petit con d'enfant roi. Il ne voit pas comment jouer va l'aider ? Ça tombe bien, je ne vois pas comment jouer au Uno ou à la bataille navale en refusant tout le reste va l'aider non plus. J'ai envie de sortir ma grosse voix et le forcer à faire ce que je veux. Mais si je le fais, j'aurai une obligation de résultat. Je ne pourrai plus me cacher derrière le « free play » où ce n'est donc pas moi qui décide. Si ce n'est pas moi qui décide, je n'ai pas de responsabilité dans le résultat ou dans l'absence de résultat. C'est plus simple de le laisser faire ce qu'il veut. Mais dans le cas de NAN, je ne suis pas sûre que ce soit lui rendre service. »*

Journal (VFV) Décembre (1^{ère} séance): « *Première séance avec VF. Elle est venue avec sa travailleuse sociale. Je me suis trouvée nulle. Une totale débutante. Comment peut-on espérer qu'elle veuille revenir me voir ? J'ai posé des questions pourries, j'ai bafouillé, j'ai l'impression que j'ai renvoyé une image totalement nulle. Comme une invitation à ne faire qu'une bouchée de moi, la petite débutante alors qu'elle a des psys et des travailleurs sociaux depuis ses cinq ans. Elle a l'air tellement froide et peu disposée à s'ouvrir au-delà de ce qu'elle a l'habitude de partager avec les*

professionnels. Je doute qu'elle revienne. Je serais elle, je ne voudrais pas de moi comme thérapeute.»

Journal (AD) Février (2^{ème} séance): « AD est une vieille âme, ça se voit. Elle a beau se triturer les mains, elle m'évoque une petite grand-mère qui a tout vu dans sa vie. C'est étrange cette contradiction. Elle sait ce qu'elle vient chercher ici avec moi alors que moi, j'ai l'impression qu'à part ajouter un peu au travail qu'elle fait déjà, je ne pourrai rien faire. »

Journal (NZ) Décembre (1^{ère} séance): « Lors de ma première rencontre avec NZ, j'ai été frappée par son ton monocorde. Elle m'a raconté sa détresse, ses pensées suicidaires, sa solitude comme si cela ne provoquait rien chez elle. Comme si elle l'avait raconté tant de fois à tant de personnes que ça ne lui faisait plus rien. Et là la question se pose : que vais-je pouvoir lui apporter de plus que les autres ? Après cette deuxième séance, j'ai l'impression que les notes des uns et des autres rapportent tous la même chose. Comme si ses histoires d'eau de javel et de traverser sans regarder étaient comme un perpétuel appel au secours sur un disque rayé. Clair mal être mais répété tellement de fois à tellement de personnes qu'on dirait que ça ne lui fait plus rien de le dire. A la limite traverser sans regarder, ok, mais combien de fois a-t-elle mis de l'eau de javel dans sa bouche ? A quel point c'est un réel geste alarmant, répétitif ou une one time thing qu'elle utilise pour emphaser son mal-être ? Avec un ton comme ça, ça me semble logique que certaines personnes de l'équipe pédagogique pensent qu'elle simule, exagère et cherche à manipuler. Ça me rappelle quand j'ai porté plainte et que le policier m'a dit que je n'avais pas l'air très traumatisée. Si, c'est juste un effet de distanciation par rapport au traumatisme. Cependant, NZ a tout de même été capable de me transmettre des informations importantes, notamment sur sa famille et les relations interpersonnelles qui s'y jouent. Là, comme ça, elle n'inspire pas la tendresse ou même la bienveillance, c'est terrible à dire... Je m'en veux de penser ça, comme si ma première impression allait définir tout mon travail avec elle... »

Journal (CM) Décembre (1^{ère} séance): « Quelle histoire compliquée ! La maman de CM m'a raconté par le menu tous ses problèmes avec le père et me décrit sa fille comme un nid à problèmes. La petite, elle, a joué pendant tout l'entretien avec des jouets pour enfants bien plus jeunes qu'elle. L'image qui s'est inscrite dans ma tête est la suivante : cette gamine ressemble à un vernis à ongles pour petites filles, plein de paillettes, de

couleur criarde et qui ne tient pas pour un sou. Je perçois cette enfant comme une contrefaçon chinoise de mauvaise qualité. J'ai honte de penser ça. »

Ces extraits de journaux mettent en lumière mes premières impressions face à ces clients et le rejet de ces impressions que je savais hâtives. Comme si mon premier réflexe était de juger négativement afin de me protéger si jamais ils ne revenaient pas après les premiers rendez-vous. Car s'ils ne reviennent pas, c'est que j'avais raison, je suis mauvaise thérapeute et ne peut rien leur apporter de plus. Cependant, ces premières impressions ont très vite évolué au fur et à mesure que la relation thérapeutique se développait. J'ai assez vite remarqué que deux types de ressentis revenaient souvent. Le premier était la frustration et se manifestait le plus souvent avec les deux enfants. En effet, les deux étaient comme bloqués dans leurs habitudes de fonctionnement et d'expressions et j'étais souvent frustrée de ne pas trouver la faille dans leur carapace permettant d'établir une connexion avec eux. CM, toujours joyeuse, est restée longtemps dans un jeu de surface, prenant l'espace thérapeutique pour l'atelier arts-plastiques où elle pouvait peindre, sculpter, dessiner mais était déçue à chaque fois qu'elle voulait ramener ses créations à la maison mais que je lui expliquais encore qu'elle pourrait les récupérer à la fin de l'année seulement. CM avait beaucoup de mal à rester concentrée sur une activité et en commençait parfois trois dans les premières séances. A chaque fois que je tentais d'introduire un jeu de dramathérapie, elle s'échappait en moins de deux minutes. Pratiquant une thérapie humaniste, centrée sur le client (Rogers, 1951), je ne voulais pas diriger ma cliente mais plutôt entendre ce qu'elle souhaitait faire durant nos séances. Il en allait de même pour NAN qui, à l'opposé, a choisi de faire les deux mêmes jeux, inlassablement pendant la moitié de l'année. L'un comme l'autre ne pouvaient exprimer verbalement ce qui n'allait pas et utilisaient les activités pour exercer un contrôle sur ce qui se passait, NAN avec rigidité et CM avec volubilité. Ces enfants n'avaient pas encore atteint l'état de congruence (Rogers, 1951) entre leurs besoins et l'expression de ceux-ci. L'autre ressenti, présent cette fois-ci plutôt avec les adolescentes, a été un sentiment de « je te comprends, j'ai vécu quelque chose de similaire ». Cela va au-delà du sentiment de compréhension empathique (Rogers, 1951), lui aussi inhérent à la méthode centrée sur le client. Ayant été moi aussi une adolescente anxieuse et déprimée, souvent pointée du doigt car différente selon les critères de mes camarades, ayant expérimenté l'abus, les relations conflictuelles avec la famille, le sentiment de solitude, les pensées suicidaires et le passage à l'acte, l'impression que moi et mon mal-être étaient invisibles, il m'a été très facile d'entrer

en résonance avec elles. Le regard positif inconditionnel (Rogers, 1951) a également été simple à apporter à chacune d'entre elles. Cependant, j'avais souvent peur que ce contre-transfert, né de nos ressemblances mais également de leur transfert de modèle sur moi, de personne les écoutant et pour qui elles avaient de l'importance et qui ne les jugeait pas, intervienne de façon impromptue et mal placée ou que l'identification mutuelle n'ait un effet néfaste sur le bon déroulement de la thérapie.

Journal (VFV) Avril (10^{ème} séance): « *Aujourd'hui VF m'a parlé de sa première relation sexuelle. Elle a dit qu'elle n'était pas vraiment d'accord mais que comme son copain avait insisté et bien, elle avait laissé faire. Ça m'a mis dans une colère que j'ai eu du mal à contenir. Elle l'a vu et m'a demandé pourquoi je faisais cette tête-là. Le problème, c'est que chaque histoire de relation amoureuse non consentie, ou même à moitié, me renvoie automatiquement à mon vécu sur la question. A cette époque où j'avais bien intégré que j'étais une femme et donc un objet de désir et de satisfaction de pulsions sexuelles pour les hommes, que je leur devais de répondre à leurs attentes car mon refus me vaudrait des insultes au mieux. Mais depuis, j'ai découvert le féminisme et le droit valide de dire non. Mais ça, c'est arrivé avec l'âge et l'expérience. Mais ça me met dans une rage folle de voir qu'en dix ans, rien n'a changé malgré le fait que maintenant des choses autrefois moquées comme le harcèlement de rue soient à présent prises au sérieux. Les hommes pensent toujours qu'on leur doit d'ouvrir les jambes. Bref, j'étais là, avec ma tête de travers à réfléchir à toute vitesse. J'avais envie de lui dire, de lui raconter, comme une grande sœur mettrait en garde sa cadette, vu que leur mère ne l'a pas fait. Mais à la place, j'ai réussi à recentrer sur elle, sur ce qu'elle me racontait et des enjeux en cours. Je lui ai dit « Cela me met en colère qu'une fois encore, quelqu'un qui t'est proche ne prenne pas en compte ton avis. Merde, le sexe ça se fait à deux ! Tu as ton mot à dire là-dedans aussi ! » Sa face surprise m'a indiqué qu'elle ne s'attendait pas à ce type de réaction. Mais elle a souri. Elle sourit rarement, mais souvent quand je jure. Ça doit me rendre plus humaine, plus proche d'elle. Une ancienne ado qui n'a qu'à moitié grandi. »*

Cet exemple illustre une réaction contre-transférielle biaisée : ici, c'est à la fois mon rôle de thérapeute mais également de femme, d'éducatrice dans une certaine mesure, en plus de mon histoire propre qui sont intervenus. J'étais ici plus proche de la lionne défendant son petit que de la thérapeute attentive. Ceci dit, elle m'a par la suite rejoint dans ma colère et c'est la seule

et unique fois qu'elle s'est levée de sa chaise durant une séance. Elle a crié avec moi contre le patriarcat et la société qui nous fait nous sentir morceaux de viande alors que nous sommes des femmes fortes, avec une voix, des avis et que nous ne valons pas moins qu'un homme. « My body, my choice ». Finalement, cette « incartade contre-transférielle » a eu un impact positif, immédiatement pendant la séance, mais également par la suite, où VF est venue plus régulièrement à ses rendez-vous et partageait plus facilement des pensées plus profondes. J'é mets l'hypothèse que lors de cette interaction que je pensais biaisée, elle s'est sentie vue et défendue contre les agresseurs extérieurs, comme une mère ou une grande sœur l'auraient fait, alors que ce n'est pas quelque chose qu'elle expérimente au quotidien. Ce possible sentiment de sécurité lui aurait permis de s'ouvrir plus librement.

Un autre exemple se porte sur NZ : après quelques mois de thérapie et d'une relation thérapeutique forte (elle avait mon numéro de cellulaire ainsi que mon adresse e-mail et était encouragée à me contacter plutôt qu'à se faire du mal), elle a fait une rechute dans sa dépression et a avalé du détergent à lessive le matin avant de partir à l'école. Durant la matinée, elle a eu des douleurs au ventre, a été voir l'infirmière qui, alarmée, m'a contactée. Elle m'a indiquée que NZ souhaitait que je l'accompagne à la clinique, je l'y ai donc rejoint. Après que le médecin ait écarté tout danger lié à son ingestion, celui-ci a souhaité me parler en privé, pour me demander si selon moi, il valait mieux garder NZ en observation ou si elle pouvait rentrer chez elle sans risque. J'ai pris le parti de la renvoyer chez elle pensant qu'elle ne ferait pas de nouvelle tentative.

Journal (NZ) Février (7^{ème} séance): « *Impossible de dormir. Et si je m'étais trompée et qu'elle se tuait ? La responsabilité... J'étais sûre qu'elle allait mieux, que cet épisode n'était qu'une rechute temporaire sur le chemin du mieux-être mais si je m'étais trompée ? Et si je voulais tellement qu'elle aille mieux que je m'en étais convaincue ? Comment sait-on qu'un client va mieux pour de vrai ? Je suis trop jeune et inexpérimentée pour avoir mon premier suicide de client. Comment les autres font pour gérer ça? »*

Mon CT durant cette journée a été celui d'une figure maternelle : j'emmenais mon enfant à l'hôpital après qu'elle se soit fait mal. Je ressentais à la fois de l'inquiétude et un besoin de m'occuper d'elle, comme si elle n'avait que moi, ce qui est faux. Là encore la fierté s'en est mêlée : elle me voulait moi à ses côtés, personne d'autre. Je pense que cette fierté a joué dans ma décision de la renvoyer chez elle plutôt que de la garder en observation. Finalement, mon

instinct était le bon, NZ n'a plus tenté de se tuer par la suite et notre relation thérapeutique est sortie renforcée de cette épreuve. Par la suite, nous avons pu commencer à entreprendre des exercices nécessitant plus de congruence, comme le mandala (Sajnani, 2002), où elle a été capable d'introspection et de désigner des choses qu'elle aimait chez elle. De plus, ma superviseure et moi-même avons décidé d'entreprendre des rencontres avec la famille pour tenter de faciliter les relations dans le foyer. Cela n'a pas beaucoup aidé cependant NZ a fait beaucoup de progrès pour s'affirmer face à son père. Ma superviseure, ayant déjà rencontré NZ quelques fois auparavant, était surprise des progrès pour cette jeune qu'elle pensait « insauvable ». Là également, une identification que j'ai jugée malsaine est apparue : j'étais fière de moi. Comme si les progrès de ma cliente étaient les miens ou, du moins, que j'avais tellement contribué à leur émergence qu'ils m'étaient entièrement imputables.

Ce sentiment de fierté a perduré tandis que mes clients faisaient des progrès. NAN devenait moins rigide depuis que nous avons commencé à jouer au hockey ou au soccer, confiant même des éléments sur sa vie et ses goûts. De mon côté, je me sentais moins tendue en sa présence, comme si nous nous détendions à l'unisson. Mon CT, autrefois très rigide, s'était assoupli, tout comme lui. CM, après avoir écrit et illustré une histoire la représentant à l'école qui m'avait beaucoup renvoyée à mes propres difficultés à me faire des amis durant mon enfance et mon adolescence, a commencé à jouer avec la maison de poupées et, finalement, des éléments de sa psyché sont apparus, pour finalement éclater en verbalisation à l'approche de la fin de nos rencontres. Ses jeux avec les poupées tournaient autour d'un groupe d'enfants au nombre de trois (deux filles et un garçon) vivant avec « une maman » qui s'occupait essentiellement de faire à manger et à regarder la télé, mais fondamentalement absente des scènes qui se jouaient. Ce dispositif familial me rendait inquiète pour elle, car je me demandais si c'était un souhait (les parents laissant les enfants libres) ou un ressenti plus ou moins réel (les parents sont effacés et ne peuvent intervenir dans les aventures, positives ou négatives, qui arrivent à leurs enfants ou encore les aventures des enfants n'intéressent pas assez les parents pour qu'ils interviennent. Encore une fois, toutes ces possibles interprétations ne relèvent que de mon propre CT) Ces enfants étaient en confrontation avec « un monstre » qui venait les enlever à tour de rôle pour les emprisonner. Les deux autres enfants devaient aller libérer le prisonnier, sans aide d'un adulte. Là encore, mon contre-transfert s'orientait plutôt vers la peur que cette enfant ne se sente pas protégée par ses parents, sentiment que je me rappelle avoir parfois ressenti lors de moments de solitude ou de danger.

Je me suis souvent questionnée sur cette figure du monstre qui enlevait mais ne tuait pas. Ici la question du CT s'est posée de nombreuses fois car j'avais la crainte que mes interprétations des aventures de ses protagonistes ne soient erronées, car venant de moi et non d'elle. Je pense que mon CT ici a influencé la relation thérapeutique car je m'efforçais souvent de proposer des « défenses protectrices » pour les personnages. J'ai également questionné le monstre sur ses intentions et sa personnalité. Il s'est avéré que le monstre, au début intransigent, était en fait la partie « méchante » des gens. Petit à petit, le monstre a disparu pour être remplacé par un personnage à la forme plus humaine (une sirène) avant enfin de totalement disparaître face au « mauvais sort » jeté au garçon du groupe de poupées. C'est ainsi que la colère (je cite ici CM) du personnage a pu être verbalisée avant que CM ne se l'approprie pour exprimer littéralement sa propre colère envers sa mère.

Cette année a été intense, forte en émotions. A la fin, je me sentais vidée, anéantie, entre le travail pour les cours, le stage et l'implication émotionnelle du tout. J'ai parfois eu l'impression que mon implication avec mes clients aspirait ma personnalité réelle comme si le contre-transfert me suivait hors de l'espace thérapeutique, me poursuivant à chaque instant. Il était présent dans mon corps également. Lorsque je savais qu'une de mes clientes vivait un moment difficile, je n'avais plus faim, j'avais du mal à dormir et mon anxiété grimpait en flèche. Le rapport au corps est important, surtout pour un dramathérapeute. C'est en effet avec notre corps que nous interagissons et agissons. Lors des séances, je l'ai remarqué plusieurs fois, mon corps parlait pour moi, malgré le fait que ma tête réfléchissait à la meilleure réaction à avoir : comme l'exemple précédent avec mon visage montrant ma colère ou parfois dans mes réactions de protection plutôt que de confrontation dans le jeu. Le corps a un instinct bien plus fort que les mots et j'ai souvent eu le sentiment d'acter mes contre-transferts avant d'avoir eu le temps de penser à ma réponse verbale. Il y a eu également mes productions plastiques pour tenter d'exprimer ce que je ressentais envers mes clients. On y observe tout d'abord beaucoup de chaos, avec des coups de pinceaux dans tous les sens et des couleurs approchant du rouge sombre. Ensuite, mes peintures ont évolué vers quelque chose de plus carré, géométrique et se sont également éclaircies avant de devenir des bulles évoquant le calme, la sérénité. Je pense que ces peintures retracent ma relation d'abord très conflictuelle avec le contre-transfert comme si je me battais avec lui, avant d'évoluer au fur et à mesure de l'évolution du travail avec mes clients. Le chaos oppressant devient plus ordonné (ce que l'on

retrouve dans l'aspect géométrique de mes travaux) comme si par cette expression plastique de structure, j'en donnais au chaos.

Peinture 1 :



Celle-ci, la première réalisée durant les vacances de Noël (début de relation thérapeutique) représente un visage de profil avec les yeux masqués par des amas sombres (on remarque également une projection face au visage). L'arrière du crâne est également assombri avec des sortes de flammes noires à l'arrière de la nuque. Cette peinture me semble représenter le chaos, la peur, la colère même et se met en lien avec ma peur de « ne pas bien faire, d'être submergée ».

Peinture 2 :



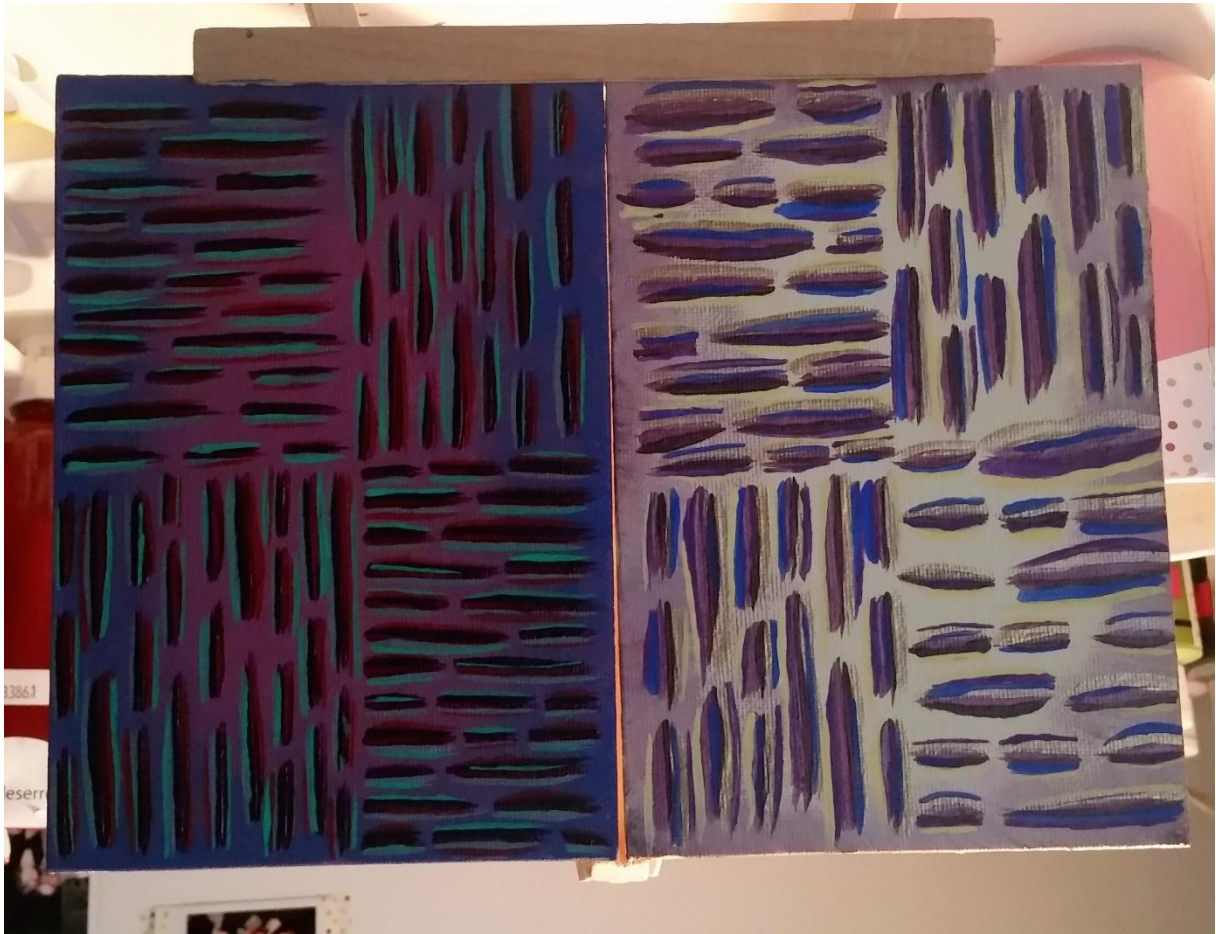
Celle-là, faite à la va-vite un soir de février, est en relation directe avec NZ devant aller à l'hôpital suite à son ingestion de détergent. J'ai utilisé un couteau pour cette peinture. La forme ne représente rien ; c'est ici plutôt l'usage des couleurs qui a retenu mon attention : le mélange s'est déroulé dans ma palette mais a été chargé d'émotions tandis que je mélangeais les couleurs sombres. Là encore, les messages de mon corps ont été primordiaux : il y avait de la rage et du désespoir dans le processus. J'étais probablement plus secouée par la rechute de NZ que je ne le pensais rationnellement. Nous n'étions pas passées loin de « l'échec » de la thérapie car si elle était morte, en plus de la tragédie que cela aurait été, j'aurais échoué à l'aider.

Peinture 3 :



Celle-ci a été réalisée à la fin du mois de février. Je pense que mon besoin de structure se fait de plus en plus ressentir. Dans son *Dictionnaire of Symbols* (2014), J.E. Cirlot dit que le trait horizontal indique le « passive, static principal », tandis que le trait vertical indique « active, dynamic principle » (p.122). Ici, deux idées s’opposent : mon envie de faire évoluer les choses mais également ma réserve face à la peur de « mal faire ». Le format de cette toile est très grand et ,en la contemplant, j’ai l’impression parfois de contempler mon propre esprit comme une série de paires de chromosomes sur lesquels je tente d’avoir du contrôle alors que je n’y peux rien. Cette peinture m’inspire un sentiment de chute comme si les choses étaient trop grandes pour moi.

Peinture 4 :

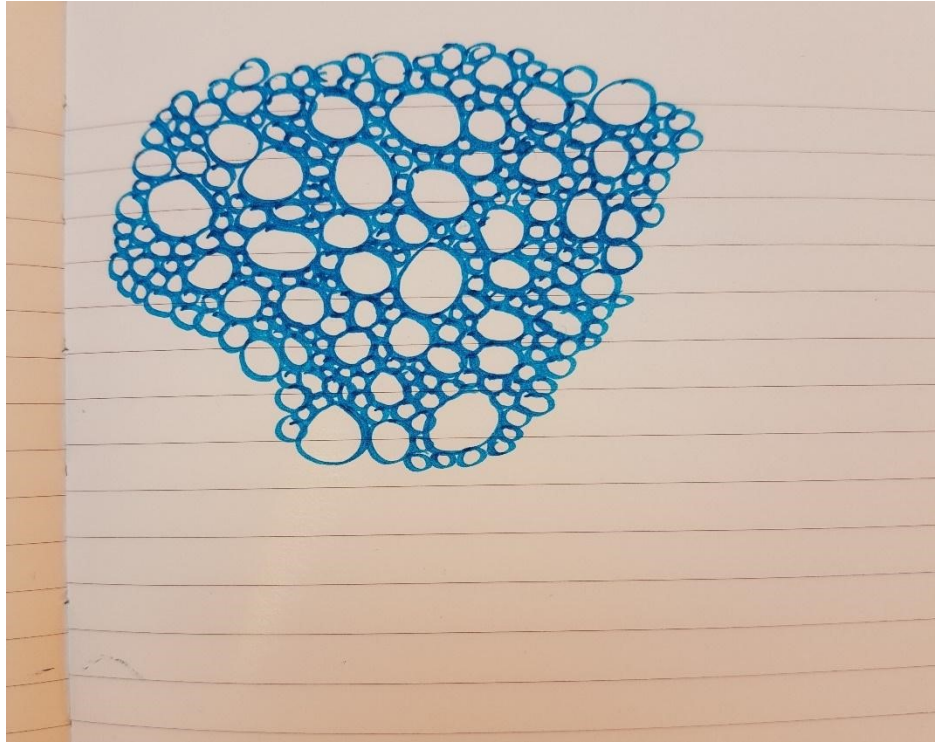


Ces deux petits formats ont été réalisés au courant du mois de mars. On retrouve encore une fois l'opposition entre les principes passif et dynamique. Cependant, je me suis sentie moins perdue en les réalisant. Ils ont été faits dans ma chambre, à la lumière, et les musiques choisies étaient plus positives que précédemment. Comme si je prenais le contrôle de mon chaos intérieur, l'acceptais mieux et me résignais positivement à l'intégrer à mon travail comme une collaboration. Je me rappelle le sentiment de calme qui m'habitait lorsque j'ai travaillé dessus. Les couleurs utilisées sont également plus mixtes montrant selon moi un espoir naissant de mieux faire mon travail.



Doodle 1 :

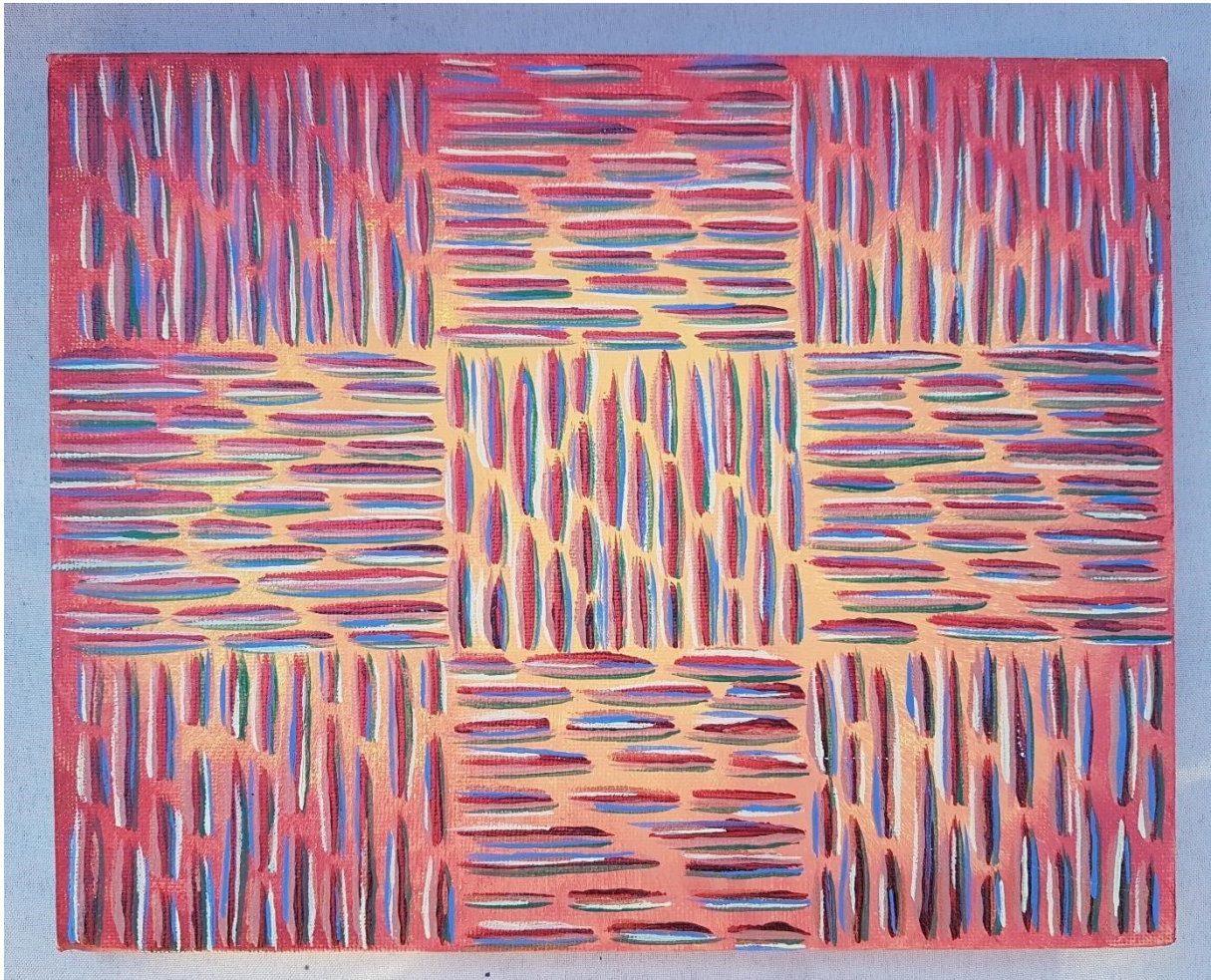
Ce doodle se trouve dans les pages de mars. C'est mon « gribouillage habituel » dont j'ai recouvert de nombreuses pages au cours de ma scolarité. Cependant, il me semble plus oppressant que d'habitude. Il me rappelle une armée avant une bataille, une foule, une multitude à la fois uniforme et unique. La foule étant une source d'anxiété pour moi; ce dessin, d'habitude rassurant, se transforme ici en une menace. Il peut être mis en lien avec l'impression d'être dépassée, de naviguer à l'aveugle, de ne pas savoir où je mène mes clients. Il y a aussi certainement une connexion à faire avec ma vie personnelle, entre le stage, les cours, les rendus et mes relations inter-personnelles.



Doodle 2 :

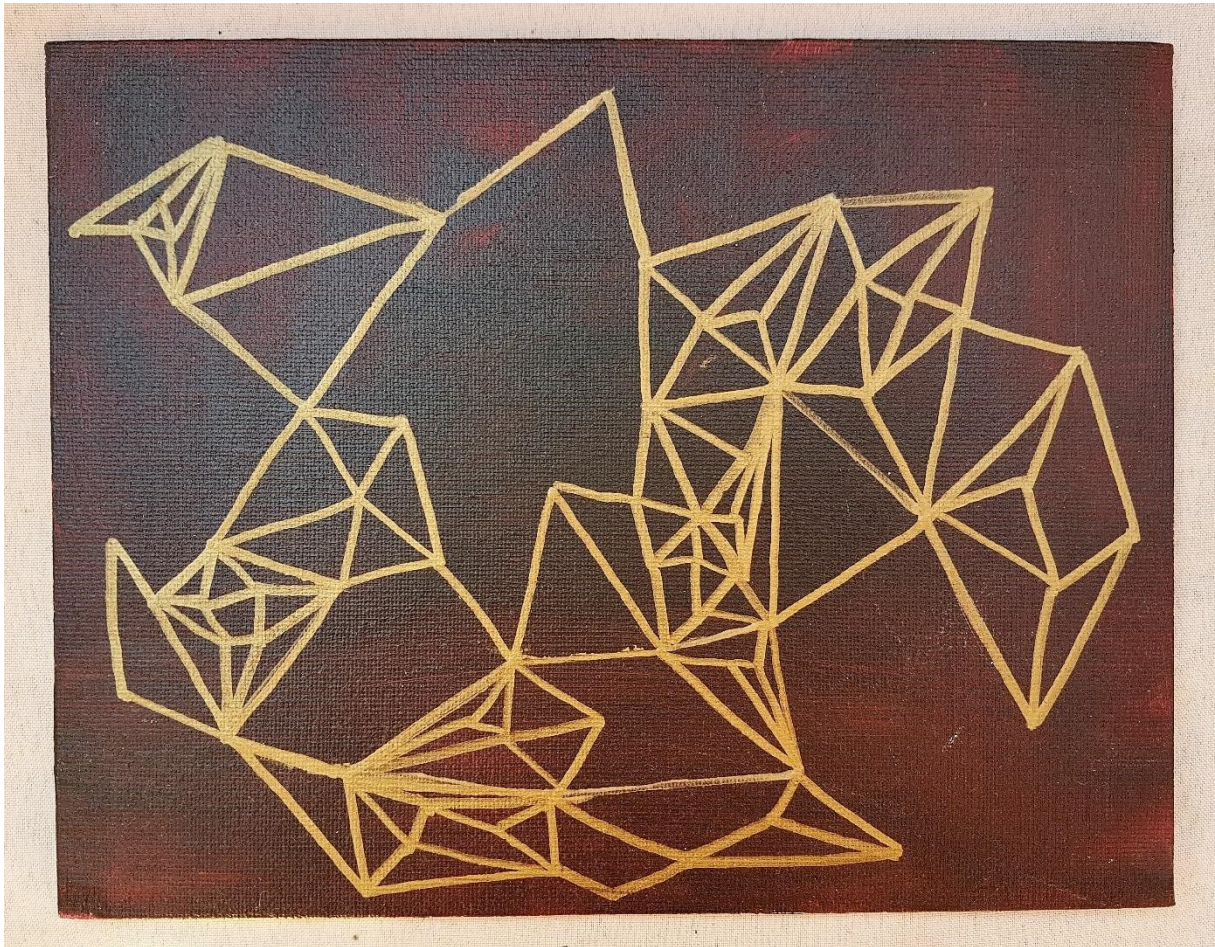
Ce dessin est très intéressant : j'ai ici tenté le « contre-transfert par le dessin ». Ceci est le motif de NZ. C'est ce qu'elle dessine sur ses pages de cahiers quand elle se sent mal. Je me rappelle la première fois lors de notre seconde rencontre : elle pleurait et toutes mes tentatives de connecter avec elle via des méthodes de psychothérapie ou de dramathérapie avaient échouées. Je lui ai alors tendu mon cahier en lui demandant si elle souhaitait dessiner. Elle l'a pris et a commencé à remplir une page de ce dessin et, par ce biais, nous avons pu établir un contact. En le réalisant chez moi quelque mois plus tard, je me suis sentie très oppressée par ce graphisme : je le trouvais auparavant très vide avec ses grands cercles sans rien mais, en fait, il devient très vite question de remplir le plus possible les espaces avec de plus petits cercles. J'é mets l'hypothèse que me « mettre à sa place », graphiquement parlant, m'a aidée à ressentir son angoisse d'être seule face à des choses qui semblent insurmontables comme comprendre ce qui se passe dans sa psyché ou interagir avec les autres qui semblent si loin de ses propres problématiques (elle disait souvent ne pas comprendre les autres et leurs intérêts qu'elle jugeait futiles).

Peinture 5 :



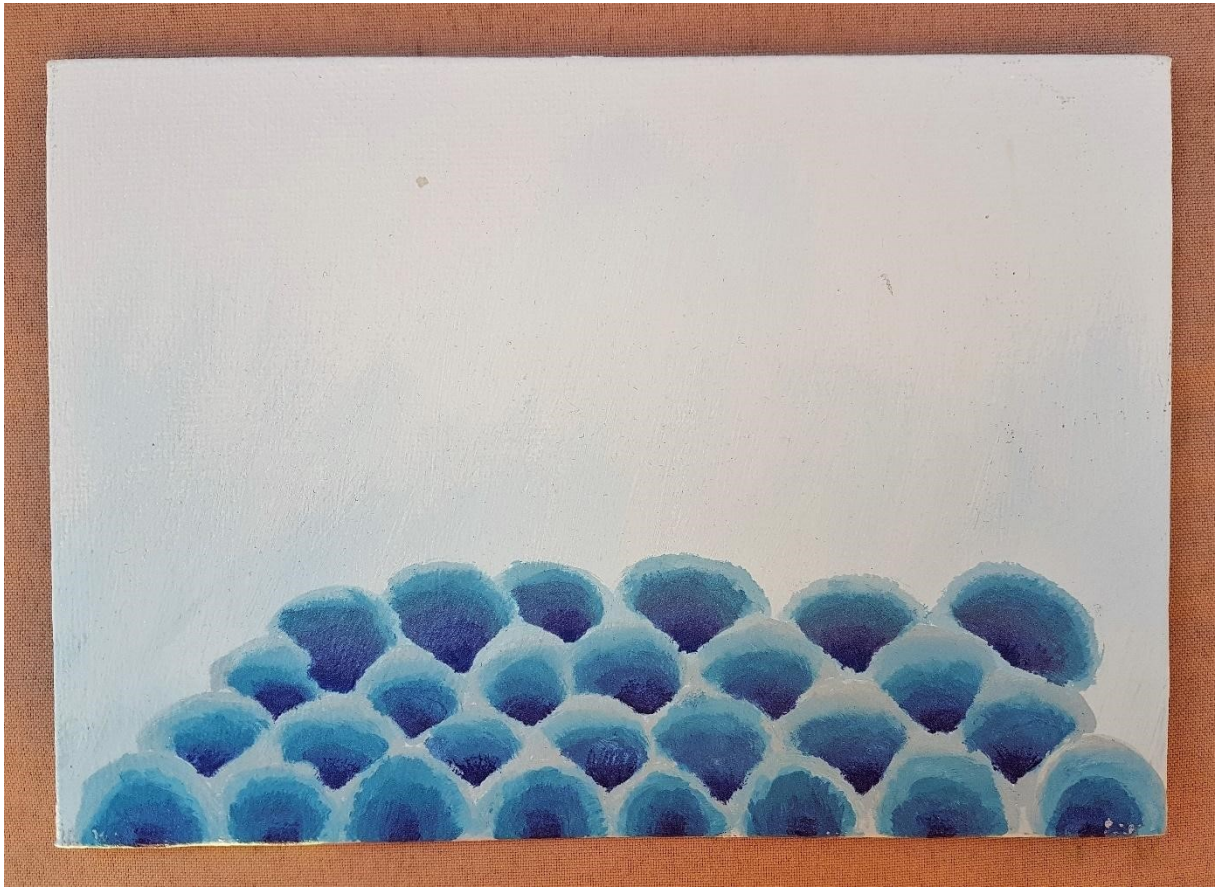
Cette peinture est la dernière de ma période « traits » et a été réalisée début avril. On constate un nombre plus important de divisions dans les « compartiments » et également plus de cases verticales qu'horizontales. Le principe actif, dynamique prend le dessus en parallèle de l'impression de mieux gérer mes ressentis dans l'espace thérapeutique et en dehors. On remarque aussi qu'ils sont plus serrés, plus fins et plus compacts comme si je jonglais de mieux en mieux avec mes différentes missions. A cette période, je constatais plus clairement les progrès manifestes de mes clients, et je me sentais plus légitime.

Peinture 6 :



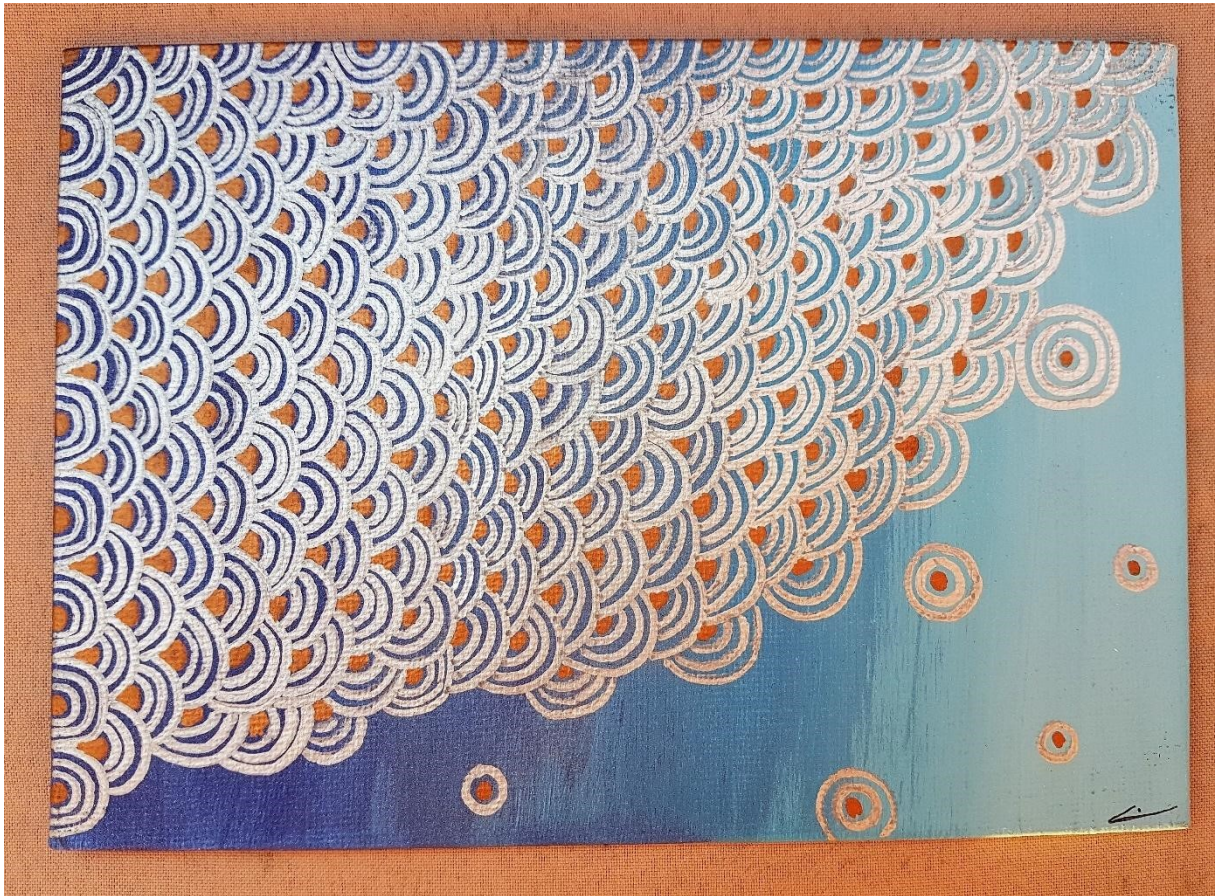
Cette toile, réalisée fin avril, montre mes tentatives d'une plus grande fluidité ou souplesse. L'aspect rigide des traits est toujours présent cependant ils ne sont plus organisés en ordre presque militaire. Ils ne sont pas droits, pas nets, partent dans tous les sens. Il semblerait que bien que j'essaye de faire preuve de plus de bienveillance et de souplesse à ma propre encontre, cette tentative demeure un exercice difficile pour moi.

Peinture 7 :



Nous avons ici à faire avec une peinture réalisée en mai. L'ensemble ici est plus doux, moins rigide. La multitude est toujours présente mais moins oppressante. Selon *le Dictionnaire of symbols* (Cirlot, 2014), le cercle avec un centre représente l'émanation (p.124), comme des ondes : mon travail et celui de mes clients portaient leurs fruits. A l'approche de la fin des rencontres, je distinguais mieux le chemin parcouru et les progrès manifestes de chacun.

Peinture 8 :



Celle-ci est la dernière réalisée dans le cadre de ma collecte de données et réalisée début juin. On retrouve mon doodle habituel mais, cette fois-ci, il m'évoque la vie comme un amas de cellules se multipliant. Je pense aussi que la dualité de couleurs au sein même des cellules est significative : comme si le noyau, le centre, était l'individu et que les couches supérieures représentaient les carapaces protectrices que l'on doit porter face au monde. Elles peuvent aussi représenter les différents rôles que l'on endosse dans la vie : pour moi, celui de jeune femme en apprentissage mais également thérapeute, ayant la responsabilité du bien-être de personnes comptant sur elle. Mais la fluidité de la toile me permet de penser que je me sentais plus à l'aise avec ces rôles et étais bien plus en mesure de les assumer sans endommager mon « moi au milieu ».

Etape 3 : Incubation

La période dite d'incubation est le moment où le chercheur prend de la distance avec sa recherche pour laisser la question « décanter ». Pour moi, ce moment devait être à partir d'une date donnée (en mars) pour remplir le calendrier académique. Cependant, j'ai continué à voir mes clients jusque début juin rendant la prise de distance compliquée, voire impossible : en effet, beaucoup de crises importantes, de résolutions, de changements sont intervenus durant cette période, induits soit par l'approche de la fin de la thérapie avec moi, soit par le cours naturel de la thérapie. Etant toujours fortement impliquée dans le développement de mes clients, me détacher de la recherche et donc prendre de la distance par rapport aux contre-transferts expérimentés semblait relever de l'utopie. J'ai donc continué en prenant l'été comme période d'incubation. C'est ici que la recherche a pu être distancée, questionnée sans l'ajout permanent de nouveaux éléments, que j'ai pu faire le tri dans les ressentis brutaux de l'urgence et les contre-transferts plus durables, voir ce qui restait avec moi une fois que je ne voyais plus mes clients chaque semaine. Par exemple, durant l'année, la relation de NZ avec son père trouvait un écho puissant en moi, ayant moi-même eu une relation relativement conflictuelle avec mon père durant l'adolescence, qui voulait le meilleur pour moi en oubliant parfois d'entendre mon avis. Toute proportion gardée, les bases de ses relations sont similaires. Les deux agissaient par amour mais le faisaient de manière maladroite. Cependant, ce contre-transfert, très présent durant l'année car très présent dans l'espace thérapeutique, s'est vite effacé une fois les rencontres terminées. Ce qui restait s'apparentait plus à un attachement profond pour NZ et j'en suis même venue par moment à regretter d'avoir été sa thérapeute car les règles d'éthique m'empêchent de poursuivre une relation amicale avec elle. De même, ce qui est resté pour mes autres clients, c'est plutôt la relation que j'entretenais avec eux, les progrès qu'ils ont faits plutôt que les problèmes rencontrés sur le chemin. La période d'incubation, de prise de distance m'a fait réaliser que je me souviens plus des réussites que des échecs. Mes clients interviennent parfois encore dans mes rêves et parfois des choses me font penser à eux. Par exemple, à chaque fois que je passe devant un « cat-café », je pense à AD car elle me racontait que ce genre d'endroits étaient ses favoris pour ses rendez-vous amicaux. De même, écouter un certain groupe de musique me rappelle NZ car c'est par les paroles d'une de leur chanson que nous avons établi notre première connexion. Je pense qu'au-delà du contre-transfert, ce sont des souvenirs d'alliance, de relations interpersonnelles qui restent, comme avec n'importe quelle personne dont j'ai croisé le

chemin car les thérapeutes et les clients ne sont, au final, que des humains partageant un espace et une relation.

Durant le début de la période d'incubation, j'ai suivi un cours prodigué par Yehudit Silverman dans le département des arts créatifs et thérapeutiques dont la problématique s'est retrouvée intimement liée à mes questionnements : nous devions choisir un conte et faire diverses créations au fur et à mesure de l'avancée du cours. Le conte que j'avais choisi était celui de la princesse Kaguya, un conte japonais racontant la création du mont Fuji. La princesse Kaguya, envoyée de la lune, vit son enfance et son adolescence sur Terre avec sa famille. Etant la plus belle jeune fille du Japon, les prétendants accourent mais elle les éconduit tous en leur confiant des tâches impossibles, avant de tomber amoureuse de l'empereur. Cependant, elle ne peut donner une réponse favorable à sa cour car elle « sait qu'elle n'est pas d'ici ». En effet, un jour les émissaires de la Lune viennent la chercher et, au moment où elle touche l'un d'eux, tous ses souvenirs et émotions humaines disparaissent. Ce processus a été pour moi une bataille, une guerre interne qui m'a mis sur la voie de la résolution de mes questionnements. Deux créations principales en sont sorties: un masque et une poupée.

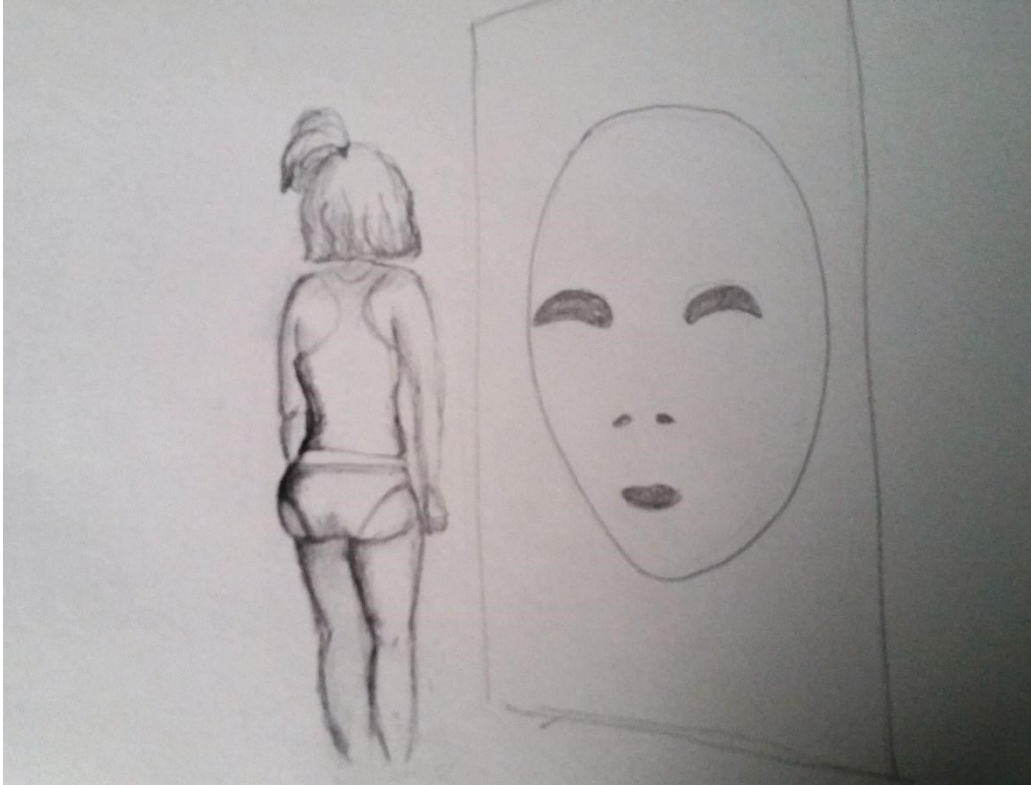




Le masque représente la princesse Kaguya de retour sur la Lune, n'ayant plus de connexion avec le monde et les passions des terriens. Pendant que les autres pleurent son départ, elle a tout oublié. L'aspect rude, tranchant du masque souligne cette rupture. La poupée, quant à elle, fait peur, elle est sans visage marqué également mais il y a eu pourtant beaucoup de soin

et de douceur dans sa création et sa réalisation. Cette poupée, lors du cours, je l'avais appelée « l'enfant intérieur, celui qui a besoin de soin ». Je ne sais pourtant pas si elle me représente ou représente mes clients. Peut-être marque-t-elle le lien entre nous ? Très certainement que oui.

Une troisième création, un dessin, est resté ancré dans ma tête :



Je me suis clairement représentée dans ce dessin : c'est moi, de dos, faisant face au masque neutre. Moi, dans un état de vulnérabilité, en sous-vêtements, faisant face à ce visage qui ne renvoie rien et qui est presque aussi grand que moi. Ces trois créations me renvoient aux problématiques qui me travaillaient : pour moi, le thérapeute devait être neutre comme une entité ni bienveillante ni malveillante, qui devait rester impassible en toute circonstance, qui « devait être plus grand que les petits problèmes ». Ce visage me semblait et me semble toujours si éloigné de moi, malgré sa proximité physique.

La période d'incubation a duré certainement plus longtemps que je ne veux l'admettre car elle transparaît pour moi dans la difficulté que j'ai eu à rédiger ce mémoire. Le calendrier

académique forçant les choses, il a fallu tenter de dégager des conclusions de mon expérience alors que je n'étais peut-être pas prête.

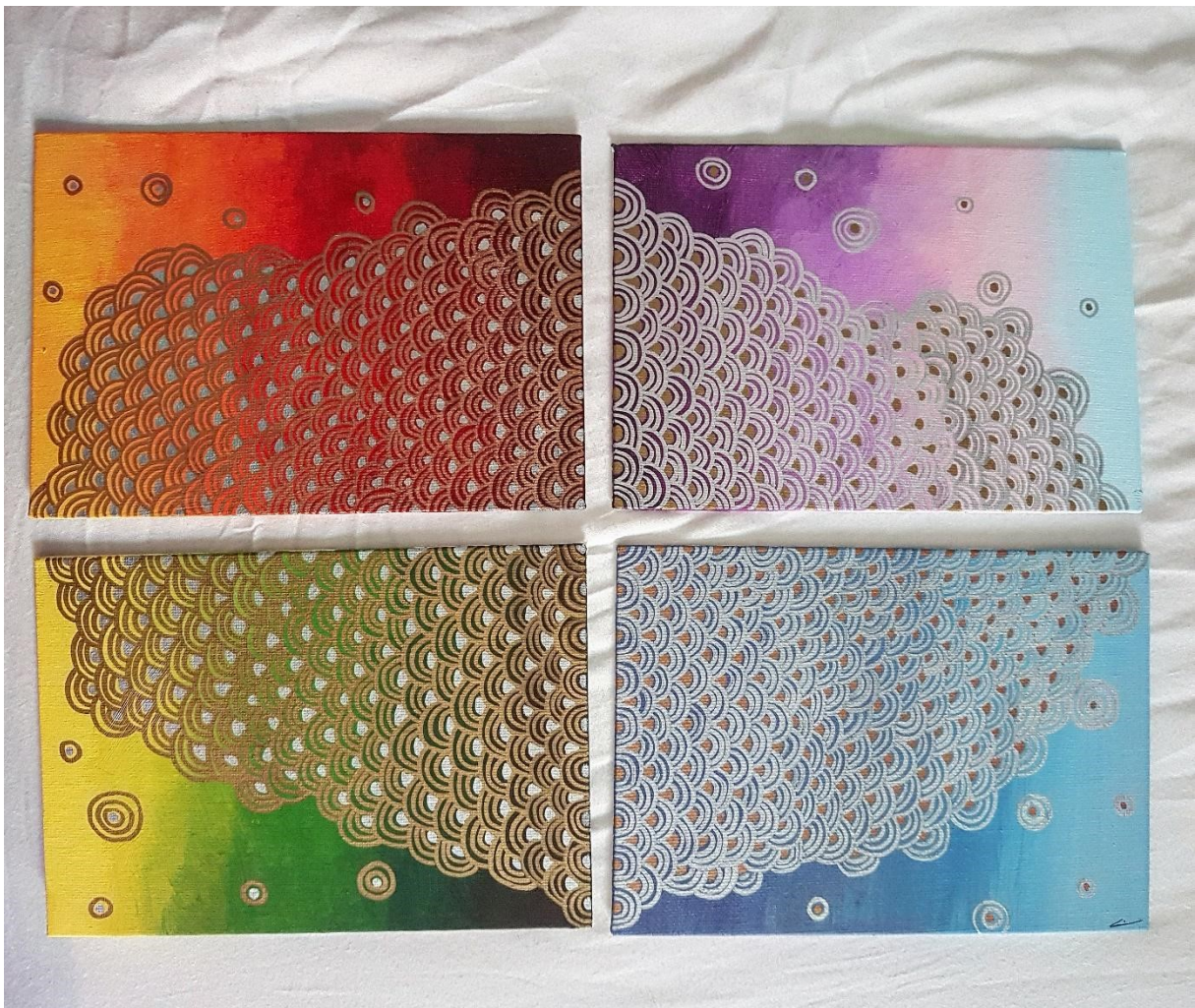
Etape 4 : Illumination

A la suite de la période d'incubation, vient le temps de livrer ma conclusion de l'expérience : elle est arrivée par morceaux, après maints tâtonnements et tentatives de trouver une conclusion « logique, de recherche » à tout cela. Un des éléments clefs est ma décision de faire face à mon anxiété et mes tendances dépressives que je supportais depuis plus de dix ans en refusant semi-consciemment d'y faire quelque chose, puisque je réussissais à vivre avec depuis tout ce temps. J'ai consulté voir un médecin et ai obtenu une médication qui a radicalement changé ma vie. Cela semble facile à dire, vu que je n'ai plus ni cours ni clients, il semble bien plus aisé de ne pas ressentir d'angoisse de performance. Mais mon quotidien s'en est trouvé radicalement changé aussi. C'est lorsque je me suis fait la réflexion « Et bien finalement, je suis bien comme mes clients ! » que cela m'a frappé : je ne suis pas si différente d'eux. Toute l'année, j'ai tenté de lutter pour ne pas faire part de mon expérience personnelle, pour rester neutre, pour ne pas prendre leurs expériences pour les miennes, tout en défendant mon approche que je trouvais déjà trop personnelle comparée à celle de mes collègues. J'ai repris mes notes pour confirmer mon hypothèse : partout cette dualité se retrouvait, que ce soit dans mon journal ou dans mes peintures. Partout, tout allait par deux, un mélange de « tu fais bien » et de « tu fais mal ». Bien que durant mes relations thérapeutiques avec eux, j'ai énormément questionné la validité de mes contre-transferts, le temps m'a démontré qu'en vrai, ils ne font pas tant de dégâts que cela. Je pense m'être donnée trop d'importance dans la relation client-thérapeute, comme si une parole spontanée pouvait détruire le travail thérapeutique ou avoir plus d'importance que n'importe quelle autre parole dans leur vie. De même, je peux classer mes contre-transferts en deux catégories : les prévisibles et les imprévisibles. Ceux qui sont prévisibles ont un lien avec l'identification comme les relations familiales difficiles ou les adolescentes jugées différentes ou encore les enfants plus intéressés par les livres que par les sports. Il faut également noter le sentiment de frustration qui semble intervenir lorsque le client possède un mode d'expression différent du mien et que la relation thérapeutique a du mal à s'établir. Les inattendus, comme leur nom l'indique, me prennent par surprise et sont plus difficiles à analyser. Ensuite, j'ai réalisé que je

me sentais quelque peu en roue libre et qu'une supervision plus accrue serait nécessaire pour ne pas me sentir submerger par mes émotions. Dans l'ensemble, mon expérience du contre-transfert montre des résultats positifs car mes clients vont mieux. Mes réponses instinctives, que je pensais biaisées, ont en fait informé de manière positive le déroulement de la thérapie. J'ai grandi en tant que personne et en tant que thérapeute.

Etape 5 : Creative synthesis

Ma réponse créative a pris la forme d'un tableau en quatre parties :



Ces peintures sont le mélange de beaucoup d'éléments. Tout d'abord, elles font suite à ma dernière peinture réalisée lors de la période de collecte de données. J'ai eu envie d'explorer plus en profondeur ce motif. On remarque d'abord les fonds, dégradés du sombre au clair : ils

peuvent représenter la Terre et la mer, l'aube et le couchant, mais également des sentiments, variant d'intensité. Les motifs, issus d'un « doodle » que je fais souvent, m'évoquent l'individualité dans la multitude. Chaque cercle ou bulle ou cellule, en fonction de ce que l'on y voit, ressemble à sa voisine mais est unique. Ensuite, le noyau, de couleurs différentes, peut représenter la personnalité et les couches autour, les différents rôles ou masques que l'on met pour faire face aux réalités de la vie. Ou bien, et c'est plus ainsi que je le vois, le noyau représente l'individu et les arcs sont ce qui tient la personne, que ce soit un système de soutien, un hobby ou autre. *Hold me tight, and don't let me go.*

Chapitre 4 : Pour aller plus loin

Je pense que ce travail doit continuer. Ce que l'aventure heuristique m'a appris, c'est que la recherche est une évolution constante du questionnement. Une question m'a amené une réponse mais cette réponse a produit une nouvelle question. Cliniquement, cette étude m'a appris à faire la part des choses entre mes peurs, mes fantasmes liés à la relation thérapeutique et ce qui s'y passe réellement. Développer mon introspection a aidé à faire émerger en moi une thérapeute plus compétente, craignant moins le contre-transfert car plus à l'aise avec les dynamiques qui se jouent dans l'espace thérapeutique. J'ai appris à croire en mes instincts car si je redoutais que mon matériel personnel n'interfère, il est en réalité plus fréquent que je ne fasse qu'écho au transfert du client et que, par conséquent, mes contre-transferts soient une réponse se jouant dans la relation interpersonnelle entre mon client et moi-même. Cependant, le thérapeute se doit de continuer à se questionner, notamment par le biais de la supervision, pour continuer à apporter un espace sécuritaire à ses clients. Mon expérience du contre-transfert en est une parmi tant d'autres et j'espère pouvoir pousser la recherche en l'étendant sur une étude phénoménologique à d'autres dramathérapeutes qui accepteront de partager leur expérience. En effet, surgit ici un point de limitation majeure : il n'existe que très peu de littérature parlant du contre-transfert pour les thérapies alternatives, comme les arts-thérapies. Je pense qu'il serait bénéfique pour nos successeurs et l'expansion de notre champ d'expertise que l'expérience des thérapeutes soit plus souvent relatée, comme c'est le cas en psychanalyse ou en psychothérapie.

Références

- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, *111*(2), 244–255. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.244>
- Chambala, A. (2008). Anxiety and Art Therapy: Treatment in the Public Eye. *Art Therapy*, *25*(4), 187–189. <http://doi.org/10.1080/07421656.2008.10129540>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(8), 835–855. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *The American Psychologist*, *53*(2), 221–41.
- Costello, R. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *Journal the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*, 851–855
- Emunah, R. Drama therapy and adolescence resistance, *The Arts in Psychotherapy*, *12*(2), 71–79.
- Emunah, R. (1990). Expression and expansion in adolescence: The significance of creative arts therapy. *The Arts in Psychotherapy*, *17*(2), 101–107. [http://doi.org/10.1016/0197-4556\(90\)90019-M](http://doi.org/10.1016/0197-4556(90)90019-M)
- Gelso, C. J., & Hayes, J. a. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy*, *38*(4), 418–422. <http://doi.org/10.1002/jclp.2010>
- Gottsegen, G. B., & Gottsegen, M. G. (1979). Countertransference: The professional identity defense. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(1), 57–60. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/h0085876>
- Hahn, W. (2000). Shame: Countertransference identifications in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *37*(1), 10–21. <http://doi.org/10.1037/h0087670>
- King, N. J., Gullone, E., & Ollendick, T. H. (1992). Manifest Anxiety and Fearfulness in Children and Adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, *153*(1), 63–73. <http://doi.org/10.1080/00221325.1992.10753702>
- Schmid-Kitsikis, E. (2011). Dépression infantile, honte et culpabilité. *Revue Française de Psychosomatique*, *39*(1), 33. <http://doi.org/10.3917/rfps.039.0033>
- Lewis, P. (1992). The creative arts in transference/countertransference relationships. *The Arts in Psychotherapy*, *19*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:THE+CREATIVE+ARTS+IN+TRANSFERENCE/COUNTERTRANSFERENCE+RELATIONSHIPS#0>
- Manassis, K., Mendlowitz, S., & Menna, R. (1997). Child and parent reports of childhood anxiety: differences in coping styles. *Depression & Anxiety*, *6*(2), 62–69.

- Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and Adolescent Depression: Child-report versus Parent-report Information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(3), 298–302. [http://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61090-6](http://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61090-6)
- Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34(3), 276–282. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.34.3.276>
- Rosenblatt, P. C. (2009). Providing therapy can be therapeutic for a therapist. *American Journal of Psychotherapy*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19711769>
- Sajjani, N. (2002) The embodied mandala method. Unpublished synopsis of M.A. Research Paper
- Schmid-Kitsikis, E. (2011). Dépression infantile, honte et culpabilité. *Revue Française de Psychosomatique*, 39(1), 33. <http://doi.org/10.3917/rfps.039.0033>
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280–297. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.280>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566. [http://doi.org/S0005-7967\(98\)00034-5](http://doi.org/S0005-7967(98)00034-5)
- Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(1), 57–68. Retrieved from <http://link.springer.com/10.1007/BF00910500\papers3://publication/doi/10.1007/BF00910500>
- Tarnopolsky, A. (1995). Understanding countertransference. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 9(2), 185–194. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17695331>
- Tracy, S. (2016). *Transfert et contre-transfert, la relation patient/thérapeute*. Saint-Julien-en-Genevois, FR : Jouvence
- Tower, L. E. (1955). Countertransference. Sage Publications. Retrieved from <http://apa.sagepub.com/content/4/2/224.full.pdf>
- Williams, E. N., Judge, A. B., Hill, C. E., & Hoffman, M. A. (1997). Experiences of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 390–399. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.44.4.390>
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy*. New York, NY: Harper Perennial.

