

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'IDÉAL À L'ÉPREUVE DE LA SOUFFRANCE :
LE DÉSIR D'ÊTRE UN PSYCHOTHÉRAPEUTE IDÉAL ET
LA SUBJECTIVATION DE SA PROPRE SOUFFRANCE

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
HAMIDA TAIRI

FÉVRIER 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement chacun des participants d'avoir témoigné si intimement, avec beaucoup de générosité et de courage, de leur parcours de subjectivation. Merci à vous pour les moments partagés si riches de vérité dans les pleurs, dans les rires et dans les moments émouvants de sincérité et de vulnérabilité dévoilée. Sans vous, il n'aurait pas été possible de réaliser cette recherche.

Un énorme merci à Véronique Lussier qui a cru à mon projet d'essai dès le début. Merci d'avoir été un phare pour moi au long de mes années d'études doctorales, de m'avoir fait approfondir ma connaissance de la pensée psychanalytique et de m'avoir soutenue avec tant de bienveillance, de sensibilité et de rigueur. Votre soutien m'est inestimable.

Je remercie également Sophie Gilbert et Florence Vinit pour avoir accepté de participer au jury de l'évaluation et d'avoir partagé vos commentaires qui ont enrichi cet essai.

Merci à feu ma grand-mère sibérienne Baba Valia pour ton amour inconditionnel qui a illuminé mon chemin depuis ma petite enfance jusqu'aujourd'hui. Merci de m'avoir enseigné à aimer, à croire en moi-même et à chercher la vérité, et de m'avoir donné la confiance d'être fidèle à moi-même. Ce projet a été, sans doute, inspiré par ta bienveillante lucidité.

Plus que tout, je tiens à remercier Pierre, mon mari, mon complice et mon chéri. Les mots me manquent quant à ta contribution dans ma réussite dans ce long parcours doctoral. Merci de m'avoir nourrie avec ton soutien et ton amour, de m'avoir grandement inspirée intellectuellement et de m'avoir accompagnée dans la

construction de la femme que je suis devenue aujourd'hui. J'ai hâte de vivre avec toi la nouvelle aventure avec notre petit Sacha qui arrive bientôt. Je tiens aussi à remercier Mélie, ma belle-fille. Merci pour tes conseils pragmatiques, pour nos conversations après les soupers sur la vie, la nature humaine et la psychologie. Merci pour notre complicité et notre amitié qui évolue si bellement avec les années.

Merci aussi à mes amies, qui m'ont soutenu pendant ces années. Merci à Tahani, Lara, Camille, Hanan, Tatiana, Alison, Marie-Justine, Julie et Marianna qui m'ont écoutée et encouragée, et partagé avec moi les moments de réussite autant que les épreuves pendant ce parcours.

Je tiens aussi à remercier mes superviseurs cliniques Marjolaine Ouellet, Isabelle Gagnon et Andrée-Anne Perron Gélinas qui m'ont grandement inspirée par leur travail clinique et qui m'ont soutenue dans la construction d'une identité professionnelle toujours en évolution.

Finalement, je remercie mes chats, Koki et Mozza qui m'ont squattée et réchauffée quotidiennement pendant les longues heures de rédaction de cet essai. Comme Freud a dit : « Le temps passé avec un chat n'est jamais du temps perdu. »

À mon chéri Pierre B...

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL	3
1.1 Formation, motivation et vocation.....	5
1.2 L'idéal thérapeutique : transfert, contre-transfert et identification.....	10
1.3 L'idéalité chez le psychothérapeute	14
1.4 La subjectivation de la souffrance chez le psychothérapeute.....	20
CHAPITRE II LA PERTINENCE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	25
2.1 La pertinence de notre question de recherche.....	25
2.2 Les objectifs de la recherche	26
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE	28
3.1 L'approche qualitative en fonction des objectifs de recherche et du cadre de référence théorique	28
3.2 Les choix méthodologiques	29
3.2.1 Recrutement des participants	29
3.2.2 Méthode de cueillette de données	30
3.2.3 Portraits des correspondances reçues	31
3.2.4 Portrait des participants.....	32
3.2.5 Cadre de l'entrevue	32
3.2.6 Analyse des données	35
3.3 Considérations éthiques.....	36
CHAPITRE IV RÉSULTATS	38
4.1 Comment sont-ils devenus psychothérapeutes?	38

4.1.1	Histoire personnelle	38
4.1.2	Cheminement dans le devenir du psychothérapeute : un parcours gravé d'avance ou un hasard?	42
4.1.3	Quelles motivations animent le désir de devenir psychothérapeute?.....	45
4.2	La place des doutes et de l'idéal dans le devenir du psychothérapeute.....	50
4.2.1	L'idéal et la formation.....	51
4.2.2	L'idéal dans le quotidien du travail du psychothérapeute.....	55
4.2.3	La place des doutes dans le devenir du psychothérapeute ?.....	59
4.3	Les souffrances du psychothérapeute	64
4.3.1	Dans la formation et ses enjeux	64
4.3.2	Le regard sur la souffrance dans leur travail	72
4.3.3	Comment portent-ils la souffrance des patients ?	74
4.3.4	Le psychothérapeute souffrant	80
4.3.5	Psychothérapeute souffrant et patient souffrant : Quand les deux souffrances se croisent... ..	87
4.3.6	Souffrir et soigner : une co-existence ou une impossibilité ?.....	95
4.4	Un ou des processus de subjectivation ?.....	100
	CHAPITRE V DISCUSSION.....	114
	CHAPITRE VI CONCLUSION	120
	ANNEXE A GUIDE D'ENTRETIEN.....	122
	ANNEXE B LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS	124
	ANNEXE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	126
	RÉFÉRENCES	130

« Skorina (1982) suggested that psychology has developed an aura of invulnerability that fosters high expectations personal efficacy, equates personal difficulties with incompetence, and leads to an unwillingness to seek help from colleagues »
(Wood et al., 1985, p. 84)

RÉSUMÉ

Cet essai porte sur les expériences de subjectivation de la souffrance chez sept psychothérapeutes. En nous attardant à certaines thématiques telles que la genèse du désir de devenir psychothérapeute, l'histoire personnelle du psychothérapeute, la formation du psychothérapeute, la place de l'idéal et du doute chez le psychothérapeute et la place de la souffrance dans le quotidien de leur travail, nous avons cherché à mieux comprendre la nature de la souffrance induite chez le psychothérapeute par la confrontation de l'autre souffrant, mieux comprendre comment le psychothérapeute compose avec cette souffrance éventuellement dans un processus de subjectivation, et finalement explorer les écarts potentiels entre les idéaux entretenus par le psychothérapeute et la réalité de sa pratique. Les psychothérapeutes ont été rencontrés chacun dans le cadre de deux entretiens semi-structurés. Les données ont fait l'objet d'une analyse descriptive inspiré par l'analyse thématique. Nous avons pu constater qu'il n'existe pas un processus unique de subjectivation chez les participants et que chaque participant présente un parcours singulier de son propre processus de subjectivation. Différents mouvements ont été décelés qui tantôt s'éloignent et qui tantôt se rapprochent du processus de subjectivation et des défis qu'il implique. Les résultats explorent aussi comment le processus de subjectivation du psychothérapeute exerce une influence sur les manières dont le psychothérapeute accueille et porte la souffrance du patient.

Mots clés : psychothérapeute, souffrance, processus de subjectivation, idéal, formation, doute.

ABSTRACT

Quantitative research has largely defined the suffering of psychotherapists according to diagnostic criteria which contributed to the stigma and taboo towards their experiences of suffering. This qualitative research based on a psychoanalytic framework tries to break the binary division between a non-suffering psychotherapist and a suffering one. This study aims to understand the nature of suffering of the psychotherapist induced when confronted with the suffering of the patient, how the psychotherapist composes with his/her personal suffering translated into a process of subjectivation, and to explore how potential deviations between the ideals of the psychotherapist and the reality of his/her practice. Seven psychotherapists were interviewed twice using semi-structured questions. The results suggest that psychotherapists are engaged in different trajectories and levels of subjective appropriation of their suffering. Different implications of these results are discussed and examined.

Keywords: Psychotherapist, suffering, process of subjectivation, ideals.

INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

Le paradigme dominant du soin en psychiatrie moderne est le modèle biomédical (Fisher, 1994) basé sur une hiérarchie de pouvoir entre le rôle du professionnel et celui du patient. Le patient y est vu comme un sujet passif de l'expertise qu'il reçoit du professionnel (Fisher, 1994). Ce modèle est en grande partie responsable de la fréquente croyance chez les psychothérapeutes qu'il existe un clivage dans « le paradigme soignant-patient » (traduction de *healer-patient paradigm*) (Fleischer et Wissler, 1985). Zerubavel et Wright (2012), en parlant du paradigme soignant-blessé, parlent plutôt d'une dualité et non d'une dichotomie entre les deux pôles de ce paradigme. Ils affirment que si le psychothérapeute intègre cette dichotomie dans son rôle de thérapeute, il devient difficile pour lui d'assumer consciemment sa souffrance, personnelle ou professionnelle. D'autre part, on peut spéculer que l'acceptation du clivage entre les deux pôles du paradigme soignant-blessé nourrit deux autres mythes relatifs à la souffrance chez les psychothérapeutes, mythes qui dominent la fantasmagorie et l'imaginaire des psychothérapeutes et de la population en général.

Le premier mythe est la croyance que le psychothérapeute doit avoir une santé mentale optimale. Le deuxième est la croyance en l'omnipotence du psychothérapeute, croyance qui cède à la tentation de s'imaginer au-dessus de sa condition humaine. (Carroll et Gilroy, 2002; Deutsch, 1985; Fleischer et Wissler, 1985; Golberg et Lidor, 2015; Grayson et Latiotis, 1985; Guy, 1987; Reammer, 1992; Sherman, 1996).

La prévalence de ces deux mythes sur les psychothérapeutes a pour conséquence de les amener à sous-estimer leurs vécus de détresse (Sherman, 1996) alors ressentis comme un échec (Wood et al., 1985). Dès lors, ils vont moins chercher d'aide quand ils en ont

besoin (Lalot et Grayson, 1985), et vont continuer de travailler même quand la détresse devient une contrainte pour le travail thérapeutique (Guy et *al.*, 1989). Ils associent la détresse avec de l'incompétence (Lalot et Grayson, 1985), ils nient leurs souffrances qu'ils vivent alors en silence (Sherman, 1996; Deutsch, 1985) et éprouvent de la honte envers leurs vécus de souffrances (Golberg, 2015; Gilroy et *al.*, 2002). Dans son étude, Deutsch (1984) se demande si des mythes professionnels peuvent sous-tendre le fait que certains psychothérapeutes développent des attentes et des idéaux irréalistes à l'égard de leur rôle de soignant (« ex : *I should always work at my peak level, I should be able to help any client, etc.* ») (p. 839).

Il existe dans la psychologie moderne des tendances d'idéalisation qui tentent de faire « l'économie de l'angoisse de castration » (Anzieu, 2014), de l'angoisse de la perte. L'origine de ces tendances est la croyance que la psychologie peut avoir le même statut de scientificité que les sciences de la nature. Objectiver les comportements dans des catégories nosographiques de plus en plus définies qui installent un clivage radical entre le pathologique et le normal afin de se donner l'illusion de pouvoir modeler la psyché par l'éradication du symptôme, cela démontre un effort d'idéalité démesuré qui laisse peu de place au doute et à l'incertitude. La position d'expert et de spécialiste donnée au psychothérapeute établit alors un clivage clair entre la place du patient et celle du professionnel dans la relation thérapeutique (Laperrière, 1999). Ce clivage entraîne le tabou de la souffrance chez le patient ainsi que chez le psychothérapeute. En effet, comment un psychothérapeute qui dénie sa propre souffrance trouverait-il en lui-même la sérénité de percevoir la souffrance de son patient sans se sentir menacé par elle et alors se réfugier dans l'idéalité ? Dans cet essai qui propose ainsi l'étude de « l'idéal à l'épreuve de la souffrance », nous détaillerons la problématique et le cadre conceptuel dans lequel nous la concevons; les objectifs de l'étude et la méthodologie retenue pour y répondre; les considérations éthiques qui ont encadré notre travail ; enfin, la présentation des résultats de notre recherche qualitative menée en dialogue avec des cliniciens, leur discussion et l'évocation en conclusion de pistes de recherche futures.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

L'objectivation de la souffrance dans ses diverses formes est actuelle dans le champ clinique dans le cadre des diagnostics fondés sur le DSM, ainsi que dans l'acharnement à vouloir guérir le symptôme malgré et contre le sujet, le refus de voir « la folie » individuelle comme étant souvent une composante d'un symptôme social, la médicalisation de la souffrance et le refus de chercher son sens, et finalement le clivage bien établi entre le pathologique et le normal. Ces tentatives d'objectivation dans notre société occidentale mènent à l'érection dans notre société d'un tabou de la souffrance.

Quelle position éthique est-elle possible envers la souffrance quand elle est réduite à un symptôme (Laperrière, 1999) ? Le psychologue est face à un sujet qui souffre d'un manque au niveau de la subjectivation. Est-ce que le psychologue peut rencontrer et accompagner ce sujet fragile dans son statut de sujet sans s'accorder et se permettre d'être lui-même un sujet de souffrances ? La souffrance du psychothérapeute aussi se trouve alors objectivée et puis forcément, déniée.

Malgré les efforts de certaines études qualitatives qui parlent de la souffrance du psychothérapeute d'une perspective d'un guérisseur blessé (« *wounded healer* »), il y a une dominance d'études quantitatives qui placent la souffrance du psychothérapeute souvent dans des catégories objectivantes, soit dans des catégories nosographiques, soit en tant que « *distressed professional* » ou « *impaired professional* ».

En résumé, on peut comprendre qu'il y a une mise à distance de la souffrance psychique à travers des mythes sociaux dominants dans notre société occidentale qui envahissent la clinique, installant ainsi un clivage entre le normal et le pathologique parallèle au clivage entre le rôle du patient comme souffrant et le rôle du psychothérapeute comme soignant.

Deux facteurs différencient le psychothérapeute du patient selon le psychanalyste Theodor Reik. Le premier est que le psychothérapeute a un certain savoir et expérience en psychologie. Reik note que ce savoir, « n'importe lequel de ses patients doués pourrait l'acquérir ». Ce qui distingue le plus le psychothérapeute, « c'est le courage moral qui permet d'affronter tant chez les autres qu'en lui-même les pensées et les tendances refoulées et désagréables que le patient évite dans sa situation présente ». (1948, p. 36). Le fruit de cet affrontement cause inévitablement de la souffrance chez le psychothérapeute. Guggenbuhl-Craig (1971), Miller et Baldwin (2000) et Sedgwick (2001) affirment l'existence de la dualité dans le paradigme « guérisseur - blessé » chez le psychothérapeute comme chez le patient. Ils soulignent que l'intégration de cette dualité chez le psychothérapeute est cruciale pour pouvoir bien soigner (Cité par Wright et Zerubavel (2012). Autrement dit, la souffrance du psychothérapeute n'est pas considérée comme obstacle dans le travail du psychothérapeute. Ainsi, on peut s'interroger : que fait celui qui est censé accueillir la souffrance de l'autre, la soutenir, la respecter et la symboliser, si le psychothérapeute est prisonnier d'un tabou envers sa propre souffrance ? Que fait-il avec sa propre subjectivité ? Comment vit-il la proximité avec la souffrance de l'autre et par la même occasion, inévitablement, avec sa propre souffrance ?

Accompagner un patient dans son processus de subjectivation de sa souffrance ne dépend-il pas de l'implication du psychothérapeute dans son propre processus de subjectivation ?

Pour réfléchir à ces questions, nous allons solliciter un corpus théorique psychanalytique qui s'interroge depuis toujours sur la souffrance du soignant et qui la voit comme un outil de travail indispensable, malgré les écueils et périls qu'elle

comporte, notamment dans la gestion du contre-transfert. Nous avançons donc une position nuancée qui nous libère de l'opposition binaire et rigide dominante dans les recherches sur la souffrance du psychothérapeute. Ce choix est aussi justifié par le fait que la psychanalyse évite toute pensée binaire et clivée entre le normal et le pathologique quant à la question de la souffrance psychique, comme entre le psychothérapeute et son patient (Reik, 1948), hormis l'asymétrie de la relation entre eux dans le cadre thérapeutique.

Nous allons nous interroger sur la formation du psychothérapeute, sur sa vocation et sa motivation dans son devenir psychothérapeute. Seront également abordées la capacité identificatoire ainsi que l'aptitude du psychothérapeute à écouter son contre-transfert. Nous allons ensuite considérer la place de l'idéal dans la motivation et dans le devenir du psychothérapeute. Finalement, nous allons toucher à la définition et à l'élaboration de ce que veut dire la subjectivation de la souffrance chez le psychothérapeute, un travail essentiel afin de commencer à assumer l'asymétrie de la relation entre le psychothérapeute et le patient.

1.1 Formation, motivation et vocation

Il ne s'agit pas ici d'aborder ces questions dans un ordre chronologique ou développemental, vu l'atemporalité de ces concepts puisqu'ils sont constamment en mouvance. Le concept de formation est différent de celui de l'instruction et de l'enseignement dont dépend la transmission d'un savoir. Lefèvre (2005) dit que le terme formation évoque un processus dans lequel le savoir-être, le savoir et le savoir-faire s'articulent pour former un noyau complexe. Fabre (1994) dit que la formation est « une action profonde sur la personne impliquant une transformation de tout l'être ». Il ajoute que « former est plus ontologique qu'instruire ou éduquer : dans la formation,

c'est l'être qui en jeu, dans sa forme ». Donc elle vise « le remaniement des représentations et des identifications chez le formé » (p. 22). La formation selon Anzieu (2014) et Reik (1948) se base premièrement sur le savoir-être acquis par l'effort de connaissance de soi et c'est cette connaissance qui conduit au savoir psychanalytique et au savoir-faire. Concevoir la formation comme un processus signifie et énonce que le psychothérapeute est toujours en « devenir », qu'il n'est jamais achevé, toujours en formation. Le but principal de la formation est de « de mettre (le psychothérapeute) le plus longtemps possible face à son désir pour que son investissement se maintienne ou se dissolve dans sa qualité que dans sa quantité [...] » (Caïn, 1992, p. 336).

L'étymologie du mot « devenir » nous renvoie au « mouvement par lequel un être se forme ou se transforme » (Wikitionary). Caïn (1992) dit : « le verbe devenir renvoie au moins à deux sens : ce qui advient d'une part, et d'autre part ce qui continue d'être en devenir toute la vie durant dans un mouvement contraire ou rien n'est jamais définitivement acquis et qui est en train de se faire » (p. 338). Il dit aussi que l'expérience de devenir psychothérapeute doit se vivre chaque jour et que ce n'est pas donné d'avance. Le devenir du psychothérapeute s'articule autour d'une acceptation de l'impossibilité d'une conquête de soi, d'une conquête figée dans le miroir de Narcisse, soit de notre être privé, soit de notre image comme psychothérapeute. Le psychothérapeute en devenir s'engage dans un processus sans fin de connaissance de soi et de l'autre (Cosnier, 1992). Le psychothérapeute doit être conscient de son inachèvement. Caïn (1992) dit : « [...] dans le champ de la psychanalyse, l'inachevé fait partie de la définition même et ne peut en aucun cas être considéré comme un statut provisoire avant que soit atteint, maintenant ou plus tard, un stade terminal... » (p. 342). L'inachèvement du psychothérapeute dans l'exercice de sa vocation ne provient pas seulement du fait qu'il est toujours en formation et donc en devenir, mais aussi du fait que son achèvement comme psychothérapeute signifierait l'absence d'écart entre son désir qui le motive à devenir psychothérapeute. et la réalisation de celui-ci. C'est l'expérience du manque, donc de l'écart entre le désir et sa réalisation qui anime le

désir d'être et de devenir psychothérapeute (Caïn, 1991). C'est le deuil impossible d'être et de devenir l'objet de ses désirs qui anime le travail quotidien du psychothérapeute. De même, le devenir psychothérapeute dépend de la présence de l'autre, du patient. Le psychothérapeute accueille l'autre, mais en l'accueillant, il devient aussi plus présent à lui-même, à son inconscient, donc à sa propre intimité. Peut-on dire qu'on a besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous ? Smirnoff (1982) dit :

[...] nos patients nous nourrissent, au sens propre du mot. Mais nous nous nourrissons aussi de leur amour et leur haine, de leur mépris ou leur admiration, des rêves qu'ils nous rêvent pour nous, des paroles qui nous abreuvent. Nous nous nourrissons de leurs histoires, de leurs symptômes, de leurs enfances et leur amours, de leurs deuils et de leurs douleurs. (p. 16)

Il dit aussi que les patients peuvent nous apporter une distraction à nos propres problèmes et soucis et « une protection contre les agressions internes et la manifestation de la pulsion de mort » (p. 18). Le devenir du psychothérapeute s'inscrit aussi dans une filiation « aussi bien dans l'ascendance que dans la descendance » (Caïn, 1992, p. 341). Le psychothérapeute s'inscrit dans un courant de pensée en psychologie et fait l'effort d'élaborer ce que la transmission signifie pour lui, ce qui lui assure une certaine immortalité (Caïn, 1992).

Pour revenir à la formation, on peut la voir comme un lieu où le psychothérapeute commence ou entame un questionnement sur ses motivations à devenir psychothérapeute, motivations qui sont inconscientes au début de la formation et qui deviennent plus au moins conscientes plus tard dans le devenir du psychothérapeute (Sussman, 1992).

Examiner les motivations inconscientes du devenir psychothérapeute est indispensable puisque le psychothérapeute est à lui-même son outil principal dans le travail

thérapeutique avec le patient. L'examen de ses motivations est aussi indispensable pour pouvoir commencer à se dégager de ce qui en lui cède à la répétition de sa propre conflictualité psychique afin de devenir capable d'accueillir le patient et de pouvoir être vraiment à son écoute.

Les motivations inconscientes soulèvent la question de la vocation du psychothérapeute. La vocation se définit comme une prédisposition à une certaine activité, une « destination d'un être, ce vers quoi sa nature ou le destin semblent l'appeler » (Larousse). On peut se demander comment il se fait que le psychothérapeute en devenir soit prédisposé à être psychothérapeute? La vocation du psychothérapeute reflète chez lui « le degré auquel la souffrance, le conflit et le désir de les comprendre et de les maîtriser animent le désir à l'introspection et à la compréhension des conflits psychiques » (Shapiro, 1976 cité par Sussman, 1992), tant chez soi que chez l'autre, le patient. En effet, Chiland (1992) s'interroge : « Songerait-on à devenir psychothérapeute, psychologue clinicien ou psychiatre, si l'on n'avait pas "la fêlure personnelle", une souffrance psychique sensibilisant à la souffrance d'autrui ? » (p. 378). Eisendorfer (1959) affirme que l'élément principal dans la sélection et la formation des « psychothérapeutes » (analystes) dépend de et doit compter sur la reconnaissance par le psychothérapeute de l'existence d'une souffrance personnelle chez celui-ci et exige la conscience de sa part que le moteur de son désir de devenir psychothérapeute réside dans son besoin et son désir de soigner et de résoudre ses propres conflits (cité par Sussman, 1994). On peut se demander ce qui anime cette vocation du psychothérapeute ?

Des éléments comme la réalité de l'enfant thérapeute, souvent retrouvé dans les récits de vie des psychothérapeutes (Miller, 1996), peuvent nous soutenir dans nos réflexions sur la vocation. Les études démontrent que les psychothérapeutes viennent souvent de familles où la défaillance, la carence et le manque de la part de l'objet primaire étaient une réalité présente dans leurs vécus comme enfants (Guy, 1987; Elliot et Guy, 1993;

Miller, 1996; O'connor, 2001), et que ces vécus ont déterminé en partie leur décision de devenir psychothérapeute (Barr, 2006). Cette défaillance vécue les a conduits et engagés dans des rôles ou des désirs d'étayage envers leur objet primaire (Miller, 1996).

On peut dire que devenir psychothérapeute peut exprimer un conflit entre deux désirs chez le psychothérapeute. Entre son désir d'être un objet comblant et satisfaisant, un objet qui a le pouvoir de réparer son objet abimé et déchu afin de restaurer un narcissisme blessé, et son désir de se dégager du rôle de l'enfant thérapeute et de s'approcher enfin de sa propre défaillance, donc de sa propre souffrance. Ainsi, Kaës (2014) soutient que le conflit principal chez le psychothérapeute pendant la formation porte sur une dialectique entre son soi défaillant et son soi-idéal. Il dit : « [...] le dilemme auquel se trouve confronté le sujet en formation peut apparaître ainsi : ou bien renoncer à cet idéal pour n'être pas encore davantage déformé, mais ainsi maintenir le soi défaillant; ou bien maintenir la visée de cet idéal pour y conformer l'image de soi défaillante -, mais c'est rencontrer inévitablement la déception et l'attaque. » (p. 73). C'est le deuil impossible de nos désirs infantiles qui maintient la tension entre notre désir d'être un objet idéal et notre désir de nous rapprocher de notre souffrance. Cette tension anime et avive le désir de devenir et de rester un psychothérapeute. Le psychothérapeute ne peut s'autoriser de l'être et de le devenir qu'à partir de ses désirs les plus intimes et personnels. Anzieu (2014) s'interroge : devenir psychothérapeute n'est-il pas une tentative de répondre aux questions relatives à nos origines ? C'est le cheminement et le parcours de la subjectivation de sa propre souffrance qui guident son travail avec le patient. Nous aurons l'occasion d'élaborer davantage la question du désir de l'idéalité et de sa place dans la formation du psychothérapeute.

1.2 L'idéal thérapeutique : transfert, contre-transfert et identification

La formation est aussi un lieu où le psychothérapeute commence à développer des idéaux thérapeutiques dans son travail avec les patients. Comment arrive-t-il à les développer ? Quel chemin suit-il pour arriver à les construire ?

Le psychothérapeute ne peut pas travailler « sans mémoire et sans désir » (Bion, 1967). Ainsi, l'espace thérapeutique n'est pas épuré de ses propres désirs, ni de désirs reflétant des idéaux et des mythes sociaux concernant la nature de la psychothérapie. Le psychothérapeute peut-il travailler sans désirer un idéal concernant ce qu'il veut atteindre avec un patient ? Autrement dit, doit-il se concevoir et poursuivre un idéal thérapeutique (ex : atteindre la position dépressive, la levée du refoulement, etc.) ? L'idéal thérapeutique selon Lussier (1994) « nous invite à vouloir toujours nous dépasser, à faire mieux, à devenir plus compétent, sans jamais oublier [...] que l'idéal est ce qu'on cherche toujours à atteindre tout en sachant qu'on n'y arrivera jamais tout à fait » (p. 9). L'idéal thérapeutique se forge et se construit à mesure que le psychothérapeute comprend mieux le désir qui anime sa vocation au quotidien. Pour pouvoir accéder au désir du patient, le psychothérapeute doit être à l'écoute des multiples désirs qui l'habitent dans son travail quotidien avec le patient. Des désirs tels le désir de guérir et de sauver (Lanctot Bélanger, 1991), « le désir d'être aimé, admiré, le désir de se donner à soi-même en donnant à l'autre auquel on s'identifie, désir de pouvoir et de maîtrise, désir d'être l'objet d'un transfert idéalisant et de percevoir dans le regard de l'autre une image toute-puissante de soi » (Dufresne, 1991, p. 75). Mieux comprendre le désir qui nous anime comme psychothérapeute va permettre d'être à l'écoute du désir du patient, et donc d'ouvrir le chemin pour que le désir du psychothérapeute puisse converger avec celui du patient (Dufresne, 1991).

Le projet thérapeutique n'est-il pas un projet de construction d'un désir partagé par le psychothérapeute et le patient pour que le travail psychothérapeutique puisse se faire ? « Poursuivre avec [le patient] sa recherche interminable, refaire ensemble le chemin de renoncement à la satisfaction absolue du désir et surtout conjuguer avec lui les mots et les symboles qui touchent, telles peuvent être les primes de plaisir [du psychothérapeute] sur la voie où le conduit son désir » (Dufresne, 1991, p. 82). Ainsi, le psychothérapeute ne peut pas faire l'économie et l'abstraction de ses désirs. Ses désirs qui vont toujours être actuels et présents dans son quotidien de thérapeute.

Dufresne (1991) dit : « Comme tout désir, le désir du [psychothérapeute] est destiné à une perpétuelle relance. Une vie entière ne suffira jamais à fermer la béance fondatrice du désir, non plus qu'à enfermer et circonscrire entièrement dans des mots le désir du (psychothérapeute) » (p. 82). Conséquemment, ses désirs vont le pousser à élaborer une éthique concernant les idéaux venant de ses désirs (Colin, 2009). Lutter ou s'acharner contre ses propres désirs comme psychothérapeute révèle notre rébellion contre la souffrance qu'ils éveillent (Lanctot Bélanger, 1991).

La construction d'un idéal thérapeutique par le psychothérapeute exige de sa part deux capacités primordiales dans son travail avec les patients : sa capacité d'identification avec son patient et sa capacité d'écouter son contre-transfert. Le psychothérapeute ne peut pas faire l'économie de son identification avec le patient, peu importe la structure de personnalité du patient qui le consulte. Le refus de s'identifier au patient établit un clivage entre la position du thérapeute comme soignant et le patient comme souffrant, maintenant ainsi un clivage entre le pathologique et le normal. Ce clivage banalise la souffrance vécue par le patient et le psychothérapeute. Le psychothérapeute va devoir se confronter avec « l'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919) dans la mesure où le psychothérapeute va être confronté avec des similitudes d'expérience psychiques avec le patient, donc partager la communauté de la conflictualité psychique avec ce dernier. L'idéal psychothérapeutique pour Colin (2009) réside dans le fait que le psychothérapeute va devoir « reconnaître et

accepter ses propres mouvements identificatoires, allant en permanence des identifications culturelles les plus élevées aux identifications narcissiques les moins élaborées » (p. 140). Cela peut se faire selon lui si le psychothérapeute fait l'effort d'examiner et d'apprécier les points faibles de sa personnalité; voilà un idéal psychothérapeutique.

La capacité identificatoire chez le psychothérapeute est un prérequis de plusieurs autres capacités psychothérapeutiques comme le holding, la contenance, la rêverie, la capacité négative (Bion, 1970) et l'empathie. Connaître les limites de ses capacités identificatoires est aussi essentiel pour le psychothérapeute (Lussier, 1994). On peut se demander quel aménagement psychique prédispose le psychothérapeute à pouvoir s'identifier avec le patient en dépit d'un certain vécu de souffrance que cette identification impose au psychothérapeute. Une partie de la réponse réside dans le fait que le psychothérapeute, à cause de son vécu d'enfant thérapeute, a construit un moi dont les frontières ne sont pas limitées ou rigides; une plasticité psychique et identitaire. Selon Sussman (1992), les études démontrent que les psychothérapeutes ont souvent des identités non consolidées, plus diffuses et donc plus flexibles; ces identités flexibles leur permettent d'abandonner leurs identités temporairement, et d'ainsi pouvoir « deviner l'autre, d'épouser ses désirs et ses besoins; à la limite, le drame est d'avoir à être l'autre, d'être à la place psychique de l'autre, de vivre son drame psychique, pour ainsi dire » (Haineault, 1993, p. 73).

La capacité identificatoire du psychothérapeute dépend aussi de la présence d'une certaine passivité féminine qui découle d'une identification maternelle. Les études selon Sussman (1992) démontrent que les psychothérapeutes (masculins et féminins) démontrent une plus forte identification maternelle que paternelle. Cette plus forte identification maternelle soutient un effort pour se détourner de ses angoisses de destructivité et fournit en même temps au thérapeute un imaginaire maternant qui lui permet d'offrir au patient un soin véritable dans un cadre sécurisant et empathique (Sussman, 1992). Finalement, cette capacité d'identification maternelle des thérapeutes

auprès de leurs patients rejoint largement la capacité d'identification de la mère avec son nourrisson et les soins psychiques qu'elle lui prodigue à travers sa rêverie, sa fonction de contenance et de holding et sa capacité de transformer les éléments bêta en alpha.

Le psychothérapeute trouve son compte dans sa capacité identificatoire, mais qui doit être secondaire aux besoins du patient (Haineault, 1993; Lussier, 1994). Par cette capacité, il essaie de réparer symboliquement ses objets primaires souffrants et déçus (Haineault, 1993) afin de soigner ses propres blessures narcissiques (Miller, 1996).

Le transfert et le contre-transfert sont des processus fondamentaux dans une psychothérapie. Lussier (1994) dit : « [...] le cœur du processus [thérapeutique] se situe dans l'impact de la rencontre du transfert et du contre-transfert [...] » (p. 13). Le psychothérapeute, selon lui, est partie prenante dans la relation thérapeutique et ne peut pas être neutre, au sens d'être un miroir pour le patient. Il ne peut pas non plus être un « bon objet », ou un « objet nonambivalent » pour le patient (Sussman, 1992). Il va devoir accepter d'être ce « nécessaire imposteur » (Laperrière, 1999) dans le transfert du patient de ses propres mauvais objets sur lui. La composante négative du transfert amène le patient à faire l'expérience de l'ambivalence de ses sentiments ainsi que de ses pulsions destructives et narcissiques (Bokanowski, 2005). Une des définitions du contre-transfert consiste en le vécu émotionnel du psychothérapeute en réaction au transfert du patient.

Ce vécu est naturellement coloré par la conflictualité psychique propre au psychothérapeute (Smirnoff, 1982). Le psychothérapeute doit se laisser habiter par les mauvaises parties du patient, « accepter d'être démoli dans l'intimité de sa chair psychique » (Bokanowski, 2004), afin de pouvoir s'identifier avec le vécu difficilement éprouvé par le patient et pouvoir l'accompagner pour penser le jusque-là impensable (Lussier, 1994). Le psychothérapeute doit affronter le mortifère, la négativité et les pulsions destructrices tant chez lui que chez l'autre, le patient.

Vivre une réaction contre-transférentielle négative peut être d'autant plus éprouvant pour le psychothérapeute, quand l'une des motivations inconscientes du devenir psychothérapeute tient à une formation réactionnelle contre ses propres pulsions destructrices et ses propres sentiments ambivalents envers ses objets primaires (Sussman, 1992). Comment le psychothérapeute vit-il des expériences contre-transférentielles qui touchent le domaine de son « défaut fondamental » (Sussman, 1992) ? Comment le psychothérapeute peut-il enchaîner la pulsion de mort avec le reste de sa trame psychique, tant chez lui que chez le patient ? Comment le psychothérapeute peut-il vivre et accepter sa haine objective envers le patient (Winnicott) ? On voit que la souffrance est inhérente au travail thérapeutique aussi bien chez le psychothérapeute que chez le patient. Comment le psychothérapeute accepte-t-il que la souffrance soit un outil pour lui et non un obstacle ? Comment le psychothérapeute approche-t-il sa souffrance personnelle et la souffrance inhérente à sa relation thérapeutique avec le patient ?

1.3 L'idéalité chez le psychothérapeute

Nous souhaitons aborder ces questions en examinant les désirs de l'idéalité chez le psychothérapeute afin de mieux comprendre comment le psychothérapeute approche sa souffrance. Dans cette section, nous présenterons une étude qui démontre l'existence du désir d'être un psychothérapeute idéal, notion que Lussier (1994) relie pour sa part à l'investissement du moi-idéal (triomphe et toute-puissance narcissique) qui est différent de l'idéal du moi (idéaux conformes au principe de réalité). Nous allons ensuite aborder l'idéalisation de la psychothérapie par le patient et par notre société occidentale en général. Nous examinerons certains désirs et fantasmes d'idéalité que le psychothérapeute doit affronter pendant sa formation. Finalement, nous aborderons les désirs d'idéalité qui le renvoient à ses motivations inconscientes de devenir psychothérapeute.

Une recherche quantitative faite par Deutsch (1984) qui examine les sources de stress chez les psychothérapeutes démontre que les « croyances irrationnelles », sous-entendant le désir d'être un thérapeute idéal (vouloir être toujours empathique avec le patient, vouloir à tout prix soulager la souffrance chez le patient, etc.), sont des sources de détresse et donc de souffrance chez les psychothérapeutes. À propos des croyances irrationnelles des participants à cette étude, l'auteur dit : « *The three most stressful beliefs all pertain to doing impeccable therapeutic work with all clients, in all situations [...]* » (p. 839), « *the overwhelming majority of these reflected exceptionally high goals or perfectionism related to helping clients* » (p. 839). Selon lui, ces croyances irrationnelles sont des distorsions cognitives sources de détresse chez le psychothérapeute, et non un signe ou une manifestation d'une souffrance cachée en attente de subjectivation. D'autres recherches faites par Kline (1972), London (1977) et Forney, Wallace-Schutzman et Wiggers (1982) mentionnent le fait que l'idéal omnipotent chez le thérapeute est une source de souffrance chez celui-ci. Comment peut-on comprendre cela ? La présence de l'idéalité a une source propre à l'histoire de vie du psychothérapeute, mais peut aussi se construire sur la base de présupposés socioculturels qui infiltrent la clinique du 21^e siècle.

L'expérience de la souffrance selon (Laperrière, 1999) est reléguée à l'arrière-plan dans les pratiques de psychothérapie actuelles afin de se concentrer sur l'élimination du symptôme. Ce malaise envers la souffrance en clinique reflète-t-il un malaise envers la souffrance en général dans le quotidien de notre société occidentale post-moderne ? Ce malaise n'engendre-t-il pas une projection défensive, contre la fragilité et la vulnérabilité de l'humain dans sa souffrance, d'une figure omnipotente et omnisciente sur le psychothérapeute par le patient, figure qui doit guérir avec le moins de souffrance possible chez le patient et le psychothérapeute ? Comment le psychothérapeute peut-il écouter la demande du patient de vouloir guérir au plus vite avec le moins d'investissements psychiques, patient qui lui donne le statut d'un objet idéal supposé savoir et pouvoir ? Comment le psychothérapeute peut-il vivre avec le fait que la seule

place où le patient peut exprimer sa souffrance se confine et se limite souvent à son bureau ? Comment le psychothérapeute peut-il vivre les demandes des institutions de soin qui exigent de lui d'être le plus rentable et efficaces possibles sans se sentir comme un imposteur (Laperrière, 1999) ? Les désirs d'idéalité et de toute-puissance envers la vocation du psychothérapeute pourraient refléter une réaction défensive à notre énorme malaise envers la souffrance et exprimer ainsi un investissement qui serait de l'ordre du moi-idéal narcissique tout-puissant plutôt que l'investissement de l'idéal du moi obéissant au principe de réalité.

Le désir de devenir psychothérapeute, comme exprimé plus haut, s'inscrit dans une fantasmagorie sociale et culturelle et cette vocation est « l'objet d'un processus d'idéalisation » dont « la fantasmagorie actuelle est celle de la mère idéale » (Anzieu, 2014, p. 103-104). Ce désir s'inscrit dans un fantasme propre à l'histoire du sujet, le psychothérapeute. Nous allons investiguer certains fantasmes et désirs d'idéalité du psychothérapeute qu'il doit commencer à élaborer pendant sa formation.

La pratique de la psychothérapie peut être considérée par le psychothérapeute comme un objet idéal tout-puissant, au contraire de ses objets infantiles décevants et déçus (Sussman, 1992). Désirer devenir psychothérapeute peut être une façon de faire « l'économie de l'angoisse de castration » (Anzieu, 2014, p. 99) en voulant coïncider avec son idéal de toute-puissance. Il s'agit de vouloir taire la souffrance qui vient de nos conflits psychiques, vouloir conquérir sa vie psychique et celle des autres par sa pensée (Anzieu, 2004, Cosnier, 1992). Finalement vouloir être, dans sa relation duelle avec le patient, dans une position de contrôle et de maîtrise où le thérapeute n'est pas celui qui prend le rôle du nourrisson en détresse. Cette relation duelle lui offre une position de toute-puissance inverse de ce qu'il avait vécu comme enfant en détresse devant l'insuffisance de son objet primaire (Anzieu, 2014). Le désir de devenir psychothérapeute peut être animé par un désir de ne pas vouloir être celui qui revit l'infantile ainsi que l'impuissance qu'il implique (Cosnier, 1992) en déplaçant cette

peur sur le patient. Ce désir fait l'économie des relations ambivalentes, soit avec ses objets primaires, soit avec le patient (Cosnier, 1992), et reflète une tentative de compensation de ses sentiments d'impuissance et de vulnérabilité non assumés (Sussman, 1992).

Le processus de formation exige aussi l'intégration plus ou moins consciente de certains désirs et fantasmes. « [...] Il n'y a pas de formation d'êtres humains sans une fantastique ou une fantasmatique sous-jacente » (Kaës, 2014, p.5). Gibeault (2012) demande s'il existe un quatrième fantasme originaire, celui de « retrouver le paradis perdu » (p. 25), un fantasme de toute-puissance narcissique qui exige un travail psychique de négociation de la part du sujet. Selon Kaës (2014), le psychothérapeute, pendant sa formation, doit être confronté à son désir et son fantasme d'idéalité et de toute-puissance et donc à ses fantasmes « d'autoformation » relatifs à nos origines et à nos premières relations avec autrui. « L'autoformation est l'allégeance à l'idéal absolutiste et narcissique, » de toute-puissance. (p. 20). Être confronté à ce fantasme est une étape nécessaire et indispensable de la formation, car c'est à travers cette confrontation que le psychothérapeute vit la nécessaire blessure narcissique qu'il va devoir assumer tout au long de sa carrière. Cette blessure qui lui rappelle la nécessaire reconnaissance du manque, de la limite et de l'altérité dans notre rapport avec le patient (Kaës, 2014). C'est la constante exigence du « deuil de l'idéal infantile » (Laperrière, 2009) qui débute indispensablement pendant la formation.

Le désir de devenir psychothérapeute contient souvent le souhait de réaliser nos désirs infantiles (Cosnier, 1992). L'un des désirs fondamentaux tient à la conquête de la mère. Le devenir analyste selon Stein est : « la transformation du désir de conquête de la mère en savoir que sa mère était déjà conquise » (in Cosnier, p. 516). Anzieu dit : « le complexe d'Œdipe n'était pas seulement l'objet de la cure, il était aussi le moteur de la formation » (2014, p. 98). La formation selon Cosnier (1992) est en elle-même un acte œdipien masqué, un acte de vouloir saisir la connaissance de l'inconscient comme on

aurait voulu posséder notre mère. Cet acte en est un de transgression, selon Aulagnier, qui génère inévitablement une indispensable culpabilité, culpabilité qui réintroduit la réalité du manque et de la castration. Pour Freud, devenir analyste « est la transformation des désirs de possession de la mère en possession d'un savoir sur les désirs » (Cosnier, 1992, p. 516).

Une des épreuves de la formation implique la confrontation avec « l'univers maternel et infantile ». C'est-à-dire revisiter la trame historique de nos relations avec notre objet primaire, avec la mère (Anzieu 2014; Kaës, 2014). Une trame qui nous réexpose aux épreuves des angoisses de séparation et de détachement. L'épreuve de la formation consiste donc à tenter de sortir de cet univers maternel pour être exposé aux dangers de la vie extra-utérine, dangers liés aux angoisses de castration imaginaire ou symbolique, aux angoisses liées à la destructivité, à la sexualité et à la mort (Anzieu, 2014). « La formation est représentée, dans cette perspective, comme un essai répétitif de remise au monde de ce qui n'a jamais pu être complètement accepté comme séparation » (Kaës, p. 25). Les angoisses dépressives sont aussi au rendez-vous dans la mesure où elles animent une culpabilité vive liée à l'abandon temporaire des désirs et des fantasmes de toute-puissance narcissique. Cette nécessaire culpabilité qui cultive le renoncement à l'objet idéal et accepte la destructivité comme une réalité intégrale de la trame de la vie intrapsychique (Anzieu 2014; Kaës, 2014).

Comment le psychothérapeute affronte-t-il ses désirs ? L'importance de ces désirs nous oblige à nous demander comment le psychothérapeute vit avec ses défaillances et ses limites comme psychothérapeute. Comment vit-il sa relative impuissance quand il s'approche de la souffrance ? Est-ce qu'il vit de la honte liée à la non-réalisation de ces désirs ?

Certains psychothérapeutes sont amenés à choisir la vocation du psychothérapeute à la fois comme une expression plus au moins inconsciente d'un désir de régler leur

problématique mélancolique et aussi, comme une occasion d'échapper au deuil nécessaire de l'objet idéal perdu via l'investissement dans l'idéal (Zaltman, 1982).

Le deuil impossible auquel le psychothérapeute est confronté est le deuil de l'objet primaire manquant, perdu, ou abandonné. Cette perte était si marquante que le sujet n'arrivait pas encore à se constituer comme un sujet à part, entier, différencié, puis individué et séparé. Cette fragilité dans la subjectivation amène à « l'acharnement à conserver le lien d'amour » (Zaltman, 1982, p. 92). Laperrière (2009) dit qu'on devient psychothérapeute « pour ne pas mettre fin à sa relation avec son propre analyste, lui-même incarnant les autres objets; pour ne pas renoncer à ce qu'on a eu et qu'on a perdu, à ce qu'on a jamais eu et qu'on n'aura jamais » (p. 216).

Le travail thérapeutique est chargé de « deuil, de renoncement et de la perte », le deuil de « cet enfant merveilleux » qu'on veut être comme psychothérapeute et le renoncement au pouvoir sur soi et sur l'autre (Laperrière, 2009, p. 211-212). Le projet de devenir psychothérapeute implique d'accepter d'être proche de la souffrance et de la détresse chez soi et chez l'autre, véritable « appétence mélancolique » pour continuer jour après jour à frôler la condition humaine dans toute sa complexité et sa fragilité (Zeltman, 1982, 96). Le deuil dans la vocation psychothérapeutique est souvent partiel et momentané (Laperrière, 2009, Zeltman, 1982), d'où la nécessité de le refaire constamment. Autrement dit, il ne s'agit pas, pour le psychothérapeute, de se débarrasser de son désir d'être un psychothérapeute idéal. Lussier (1975) dit que le moi-idéal est la source d'où coulent les différentes formes de sublimation et qu'il n'est pas désirable de désinvestir son moi-idéal. Freud dit : « [...] on voit alors que les hommes tombent aussi souvent malades lorsqu'ils se débarrassent d'un idéal que lorsqu'ils veulent l'atteindre » (1937, p. 178). André Lussier ajoute : « Puisque la psychothérapie invite à se contenter du possible et du raisonnable dans la réalisation des désirs, c'est à l'idéal, c'est au moi-idéal que la réalisation du désir porte un coup mortel. Ce coup mortel ne se laisse jamais administrer sans des multiples soubresauts

de résistances, de protestation narcissique, de révolte. La psychothérapie analytique est un parcours jonché de deuils. » (1994, p. 25). Essayer d'incarner l'idéal ou essayer de s'en désinvestir, c'est là où se situe « la souffrance de l'idéal » ou « l'idéal en souffrance » (Chazaud, 1979, p. 25). Si un idéal fait souffrir le psychothérapeute, cela veut dire qu'il y a une souffrance en attente de subjectivation. Quelle issue est-elle possible pour le psychothérapeute entre un désir d'incarner un idéal et la tentative de sa réalisation ? Peut-on voir dans la tension un effort ou une possibilité de subjectivation chez le psychothérapeute ? Si oui, comment peut-on concevoir et représenter ce processus ?

1.4 La subjectivation de la souffrance chez le psychothérapeute

Comme souligné plus haut, d'un point de vue psychanalytique, il n'y a rien qui différencie fondamentalement le psychothérapeute de son patient sauf l'asymétrie de relation entre les deux. Cette asymétrie ne peut pas être assumée par le psychothérapeute s'il ne s'engage pas dans un processus constant de subjectivation de sa souffrance.

La souffrance est intimement liée avec le processus de subjectivation. Roussillon (2007) dit que la souffrance psychique « est liée à tout ce qui échappe au processus de symbolisation subjectivante, qui est en attente de symbolisation et reste d'une certaine façon bloquée, immobilisé et sans adresse [...]. Ce blocage processuel est en lui-même source de souffrance [...]. Nous souffrons de ce qui erre en nous sans assignation, c'est-à-dire sans subjectivation » (p. 235).

La subjectivation est définie par Bertrand (2005) comme : « l'appropriation subjective » (p. 27) et le processus par lequel le sujet crée un espace psychique ou il peut accéder à ce qui anime sa vie psychique, ce qui vient de l'intérieur ou de l'extérieur de soi.

Le succès du concept de subjectivation dans divers champs (anthropologie, philosophie, sociologie, science politique, et psychanalyse) vient de l'inquiétude ressentie envers les diverses formes de dé-subjectivation que le sujet peut subir ou vivre, un sujet qui risque de perdre son statut de sujet, un sujet en danger d'être déshumanisé, aliéné de soi-même, et de l'autre. (Cornu, 2014). On peut se demander pourquoi la question est actuelle ou récente au sein du champ social qui ne peut pas être séparé du champ de la psychologie clinique. L'aliénation de soi vécue dans le champ social se traduirait-elle par des formes de désobjectivation dans le champ clinique ? La question est actuelle dans le champ de la psychologie clinique étant donné l'objectivation de la souffrance dans ses diverses formes telles que discuté plus tôt.

Le sujet est défini par Denis (1991) comme « une position de la personne, de l'individu, par rapport à autrui et par rapport à lui-même. C'est une éventualité, une potentialité du moi, qui contribue à le construire et qui peut être recherchée ou refusée » (p. 1545). Le terme « subjectivation » permet de constater la construction du sujet comme un inter jeu réciproque de ce qui vient de l'intérieur du sujet avec ce qui vient de l'extérieur, donc de son environnement (Wainrib, 2006a, 2006b). La subjectivation ne peut pas être vue comme un cheminement solipsiste.

Konicheckis (2006) dit : « La subjectivation a l'intérêt et l'avantage de se présenter comme un processus et non pas comme une structure finie, tels l'identité, le sujet ou le moi. » (p. 35). Il affirme que voir la subjectivation comme étant un processus nous permet de la comprendre comme « jamais complètement stabilisée ni acquise, sans cesse remise en question, et en danger permanent de désobjectivation ou d'impossibilité. » Il ajoute que cela nous permet aussi de « retracer le surgissement du sujet et de la subjectivité personnelle à partir du non encore sujet » (p. 35). Par conséquent, la subjectivation est un processus qui s'élabore en plusieurs mouvements comme équilibre\déséquilibre dans le jeu entre liaison\déliation, et entre narcissisme

et pulsion (Betrand, 2005, p. 26), donc le devenir sujet s'articule « entre l'instauration des liens avec les autres et la quête d'objet de complétude » (Wainrib, 2006a, p. 24).

Un autre mouvement caractéristique de ce processus est le fait que le devenir sujet dépend de la différenciation intrapsychique et interpsychique, donc de la différenciation entre soi et l'autre, l'autre comme objet externe et objet interne (Chabert, 2006). Cela dépend de la présence d'une mère suffisamment bonne, « un lien subjectalisant » qui rend possible des opérations de subjectivation comme la fonction de contenance et le holding (Winarib, 2006a, p. 24). Cette différenciation va permettre au sujet d'avoir un espace psychique propre (Wainrib, 2006) à travers l'unification du corps et du soma, un processus de personnalisation à la base de l'émergence du vrai-self (Konichecis, 2006).

Elle est cette « démarche de désengagement, de désaliénation du pouvoir de l'autre, ou de sa jouissance, et par là même, de transformation du surmoi, et de constitution de l'idéal du moi » (Cahn, 2004, p. 757).

De plus, le processus de subjectivation consiste en un mouvement de dégagement des mécanismes de défense comme « le déni, le clivage, et aux différents modes de mise hors sujet d'une partie de la réalité psychique » (Betrand, 2005, p. 27) qui favorise l'appropriation subjective. Selon Roussillon (2006), l'appropriation subjective, dans la pensée psychanalytique, signifie d'une part, la prise de conscience (rendre l'inconscient conscient) qui dépend de la capacité de représentation psychique et la symbolisation d'une expérience subjective, et d'autre part l'appropriation de ce qui vient du ça et du surmoi par le moi-sujet. « Là où étaient le ça et le surmoi, il faut que le moi-sujet advienne » (p. 60).

Finalement, le mouvement entre l'investissement/désinvestissement du moi-idéal versus l'idéal du moi est crucial dans le processus de subjectivation. Richard (2001) dit

que le processus de subjectivation dépend de la désidéalisation où le moi-idéal est désinvesti au profit d'un idéal du moi surmoïque.

En résumé, la subjectivation comme processus est à la fois intrapsychique et intersubjective. Elle est aussi un mouvement continu, non linéaire et avec ses aléas et périls.

Comment la prise en compte du processus de subjectivation peut-elle nous aider à rendre au psychothérapeute et à son patient le statut du sujet unique et singulier dont la souffrance aussi est unique et singulière ? Comment s'incarne la subjectivation de la souffrance dans la pratique du clinicien aujourd'hui, dans un contexte sociétal hostile à souffrance ? Comment ce concept peut-il nous aider à mieux comprendre le processus, dans ses réussites et empêchements, par lequel le psychothérapeute arrive ou non à subjectiver sa souffrance ?

Avant d'examiner les objectifs de notre projet de recherche, une question s'impose. Est-ce que le terme subjectivation, dans un essai, peut inconsciemment nous inciter à nous déposséder d'un idéal (désir d'être un psychothérapeute idéal) pour rêver et souhaiter un autre idéal, celui d'un sujet (le psychothérapeute) capable de subjectiver sa souffrance ? Est-ce que l'idée de subjectivation peut nous inciter implicitement à rêver d'un sujet idéal capable de surmonter sa souffrance ? Un élément de réponse essentiel est le fait que le terme subjectivation réfère à ce qui entrave et soutient le processus de subjectivation, le devenir sujet. C'est-à-dire, c'est le processus, dans ses échecs et réussites, qui nous intéresse plus que son aboutissement ou sa finalité, car le sujet est toujours en « mouvement, un devenir, un advenir » (Konicheckis, 2006, p. 35), « un processus indéfini, inachevé par essence » (Bertrand, 2005). Le terme subjectivation permet « de ne pas se référer à un sujet idéal, achevé, aux limites définies une fois pour toutes » (p. 35). C'est « un concept limite entre l'intrapsychique et l'intersubjectif » (Wairnib, 2006a, p. 24). Ce terme permet de constater la construction

du sujet comme un interjeu réciproque de ce qui vient de l'intérieur du sujet avec ce qui vient de l'extérieur, donc de son environnement (Wainrib, 2006a, 2006b). La subjectivation ne peut pas être vue comme un cheminement solipsiste.

Une autre remarque concerne le danger potentiel à idéaliser la souffrance vécue par le psychothérapeute. On a vu plus tôt que l'idéalisation est un moyen de ne pas éprouver la souffrance. Pareillement la souffrance peut-être aussi idéalisée, érotisée, devenir une source de jouissance. Dans notre essai, nous allons tenter d'éviter d'idéaliser la souffrance vécue par les psychothérapeutes. La souffrance y sera considérée à la fois comme un prérequis à l'intégration ou la transformation psychique et comme un signe que le sujet souffre des éléments non encore subjectivés. Bion dit que la pensée naît à travers une expérience du manque.

CHAPITRE II

LA PERTINENCE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

2.1 La pertinence de notre question de recherche

L'étude des écrits disponibles nous permet de réaliser le peu de théorisation existante quant au processus de subjectivation de la souffrance chez les psychothérapeutes. Il importe de noter les conséquences malheureuses de l'évitement de la question de la souffrance et de sa subjectivation chez le psychothérapeute.

Au premier chef des périls encourus, le fait d'entretenir le tabou entourant cette souffrance et donc de condamner des psychothérapeutes à vivre leurs souffrances en silence. Un autre risque important est de se priver d'une compréhension précieuse sur les enjeux entourant le processus de subjectivation de la souffrance chez le psychothérapeute. Connaître les différents processus va nous permettre de mieux soutenir et accompagner les psychothérapeutes dans leurs processus de subjectivation.

Un autre péril important à ne pas parler de la souffrance du psychothérapeute est de perpétuer le mythe qu'un psychothérapeute souffrant égale un psychothérapeute incompetent. Ce mythe, au pire, nourrit l'image du psychothérapeute idéal en tant qu'expert objectif. Il s'ensuit la perpétuation du clivage trompeur entre le rôle du psychothérapeute comme soignant et le rôle du patient comme souffrant.

Tant que le psychothérapeute n'assume pas la réalité de sa souffrance, il achoppe au défi de bien assumer l'asymétrie de la relation thérapeutique en même temps que sa réalité de sujet souffrant. Le psychothérapeute doit subjectiver ses souffrances personnelles pour devenir capable d'assumer le douloureux défi de l'asymétrie de la relation thérapeutique avec le patient. Nous pensons que notre recherche peut jeter un éclairage utile sur les processus de subjectivation qui permettent de vivre cette asymétrie. Nous croyons que cela peut nous aider à développer une éthique par rapport aux expériences de souffrance des psychothérapeutes, une éthique propre à guider le psychothérapeute qui désire fournir de bons soins aux patients.

Cette recherche porte le souhait d'améliorer la formation des futurs psychothérapeutes en les sensibilisant au fait que le travail d'intégration du soi défailant dans l'identité professionnelle est un aspect crucial, mouvant et permanent de leur vocation.

2.2 Les objectifs de la recherche

Approcher la question de la souffrance chez le psychothérapeute à partir d'un questionnaire sur la place de l'idéal dans son travail nous aidera à comprendre l'évolution des désirs d'idéalité dans son parcours de thérapeute. L'examen de l'évolution de ces désirs va nous permettre de distinguer ce qui est subjectivé et ce qui ne l'est pas encore tout en suivant le processus même de la subjectivation.

L'objectif global de notre étude est l'explicitation des processus de subjectivation de la souffrance chez le psychothérapeute.

Les objectifs spécifiques de recherche se détaillent ainsi :

- 1- Mieux comprendre la nature de la souffrance induite chez le psychothérapeute par la confrontation à l'autre souffrant.
- 2- Mieux comprendre comment le psychothérapeute compose avec cette souffrance éventuellement dans un processus de subjectivation.
- 3- Explorer les écarts potentiels entre les idéaux entretenus par le psychothérapeute et la réalité de sa pratique.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 L'approche qualitative en fonction des objectifs de recherche et du cadre de référence théorique

Étant donné que cette recherche s'intéresse au processus de subjectivation qui est en soi une expérience subjective et singulière, la méthodologie utilisée s'inscrit nécessairement dans le courant de la recherche qualitative et dans un paradigme constructiviste pour ce qui est du mode de recueil de données et puis d'analyse des données.

La méthode qualitative avec un cadre théorique psychanalytique va nous permettre de découvrir le sujet (psychothérapeute) comme étant le véhicule et l'agent du sens et va nous permettre d'accéder à la compréhension des processus psychiques qui construisent sa subjectivité qui sont au cœur du processus de subjectivation. Le cadre psychanalytique va nous suivre tout au long de notre étude, c'est-à-dire, tant dans notre cueillette de données que dans l'analyse des données (surtout dans le deuxième temps).

Brunet (2009) dit : «[...] tant en recherche qualitative qu'en psychanalyse, la subjectivité est actuellement considérée comme un instrument de connaissance et non comme un simple artefact indésirable qu'il faut chercher à éviter» (p. 74). Gilbert (2007) ajoute : «l'association entre une méthodologie de recherche qualitative et la

psychanalyse paraît aller de soi, lorsque l'on considère que plusieurs motivations classiquement associées au domaine de la recherche qualitative sont également aux fondements de la psychanalyse ». Ainsi elle nomme des exemples comme : « la valeur accordée à la subjectivité, puis de la quête de sens [...] ou la signification du symptôme et de la conflictualité psychique en psychanalyse. Aussi, la démarche inductive qui sous-entend, en recherche qualitative, l'ouverture à la nouveauté et à l'imprévu dans l'étude d'une thématique peu étudiée antérieurement trouve son équivalent dans la situation clinique psychanalytique » (p. 275-276). Gilbert (2007) aussi affirme que la recherche qualitative et la psychanalyse se rejoignent sur un point essentiel qui est de donner le statut du savoir au sujet.

Ces principes psychanalytiques dans un contexte de recherche qualitative vont nous guider tout au long de la cueillette des données, ce qui va nous permettre de nous rapprocher de l'association libre chez le sujet et d'être sensible à des non-dits dans la relation avec le sujet et d'être sensible à des éprouvés de la chercheuse.

3.2 Les choix méthodologiques

3.2.1 Recrutement des participants

Cette étude s'intéresse à une population de psychothérapeutes, c'est-à-dire d'individus qui appartiennent à titre de psychothérapeutes et psychologues à l'Ordre des psychologues du Québec, ainsi que de psychanalystes qui font partie de la Société psychanalytique de Montréal et la Société canadienne de psychanalyse. Le critère principal d'inclusion de cette étude est un thérapeute qui pratique de la psychothérapie et/ou l'analyse, et qui s'identifie comme étant engagé dans un processus en cours à l'égard de sa propre souffrance et de ses idéaux. Conséquemment, les participants visés

dans cette étude sont des psychologues, psychanalystes et des psychothérapeutes hommes et femmes de différentes approches thérapeutiques et avec un nombre d'années de pratique variable. Ce critère nous a permis de recueillir différentes expériences du processus de subjectivation chez des psychothérapeutes en différents parcours de carrière et d'approches thérapeutiques diverses. Le seul critère d'exclusion concernerait des psychothérapeutes en arrêt de pratique ou en retraite. La taille prévue de notre échantillon était entre 5-7 participants et nous avons pu arriver à une certaine saturation des thèmes émergents avec les 7 participants interviewés à deux reprises, pour un total de 14 entrevues.

Dans la lettre de sollicitation, nous avons explicité :

Vous êtes membre de la société psychanalytique de Montréal **et/ou** de la société canadienne de psychanalyse?

Ou

Vous êtes psychothérapeute, psychologue membre de l'OPQ ?

Vous voulez partager votre réflexion sur la place de la souffrance dans votre pratique

Vous vous intéressez à la réflexion sur le devenir du psychothérapeute

Vos conditions de pratique mettent à mal vos idéaux dans votre pratique

Vous avez le désir de partager votre expérience sur ces questions

3.2.2 Méthode de cueillette de données

Nous avons voulu nous appuyer sur deux modes de recrutement. Le premier a été l'envoi d'un courriel, qui contient le titre du projet et le but de la présente étude à tous les psychologues et psychothérapeutes par l'intermédiaire de l'OPQ. Pour des raisons bureaucratiques et financières, cette méthode de recrutement ne s'est pas avérée possible. Le deuxième mode a été l'envoi d'un courriel qui contient le titre du projet et le but de la présente étude à tous les psychanalystes par l'intermédiaire de la société

psychanalytique de Montréal mais personne n'a manifesté d'intérêt pour participer à notre étude.

Nous avons dû donc élargir nos méthodes de recrutement. Nous avons envoyé des invitations de participation à différents organismes, associations, et sociétés : tels que la SQRP (société Québécoise de recherche en psychologie), l'APPQ (l'association des psychothérapeutes psychanalytiques de Québec), le RADAR PSY et l'APQ (Association des psychologues du Québec), mais le contexte de la pandémie (1^{re} vague) a fait en sorte que nous n'avons pas eu de réponse de ces différentes instances sauf de la part de la SQRP qui a affiché notre invitation sur leur site web. Nous n'avons pas reçu de réponses suite à cette méthode de sollicitation.

Nous avons donc décidé de passer par le registre des psychologues et psychothérapeutes disponible sur le site web de l'ordre des psychologues. Nous avons aléatoirement copié autour de 1500 courriels des psychologues et des psychothérapeutes de partout au Québec et de différentes approches en psychologie. Nous avons envoyé une invitation de participation à 450 de ces membres recrutés. Nous avons reçu 15 réponses, au total, dans les jours suivant l'envoi des courriels. Au final, 7 psychologues ou psychothérapeutes ont accepté de participer à deux entrevues.

3.2.3 Portraits des correspondances reçues

Nous avons reçu des premières réactions intéressantes suite à l'envoi des invitations qui démontrent comment le sujet de la souffrance chez le psychothérapeute est un sujet sensible et même délicat. Par exemple, un de nos participants a insisté dans son courriel pour nous aviser qu'il n'était pas dans la grande souffrance. Une deuxième personne, que nous n'avons pas pu interviewer, a spécifié dans son appel qu'elle s'intéressait beaucoup à notre sujet de recherche mais en précisant « *que je suis pas du tout mais du*

tout souffrante, j'adore mon travail». Je lui réponds que j'imagine que le sujet l'a quand même interpellée. Elle rétorque : « *pas du tout mais j'aimerais contribuer quand même* ». Cette psychothérapeute nous a écrit à trois reprises au cours des 4 prochains mois pour nous dire qu'elle était débordée par son travail mais qu'elle aimerait faire les entrevues dès que son agenda se libèrerait. Nous n'avons pas pu interviewer cette personne puisque nous avons dû fermer notre recrutement.

D'autres personnes ont manifesté leur intérêt avec enthousiasme mais nous n'avons pas eu de suite après les avoir invitées à préciser leur disponibilité pour les entrevues.

3.2.4 Portrait des participants

Nous avons interviewé au total 7 participants (2 femmes et 5 hommes) dont 2 psychothérapeutes et 5 psychologues. Les participants sont d'orientation principalement psychodynamique et humaniste. Ils présentent une grande disparité quant au nombre d'années d'expérience allant de débutants récemment gradués à des vétérans.

Les résultats obtenus reflètent possiblement la spécialisation clinique des répondants. Nous pouvons nous poser la question à savoir si nous aurions pu avoir des résultats différents si nous avions pu avoir des sujets qui sont d'autres approches clinique tel que la TCC, neuropsychologie et psychologie industrielle.

3.2.5 Cadre de l'entrevue

La majorité des participants ont signalé leur intérêt en répondant à notre courriel d'invitation. Compte tenu du contexte de la pandémie, nous avons donné le choix aux

participants de soit se rencontrer par l'intermédiaire d'un zoom, soit en personne tout en respectant les mesures sanitaires. Trois participants ont choisi de se rencontrer dans un lieu public (parc) et les 4 autres ont choisi de se rencontrer sur zoom. Nous avons effectué 2 entretiens avec chaque participant. L'intervalle entre les deux entretiens était entre 1 semaine et 3 semaines. La durée des entretiens était variable, allant de 1 h 30 en moyenne et jusqu'à 2 heures par entretien.

Les entretiens étaient enregistrés et par la suite transcrits. Les questions d'entretien étaient semi-structurées ce qui nous a permis de couvrir certains thèmes d'intérêt pour nous, et en même temps, de garder une ouverture envers de nouveaux thèmes émergents.

Afin de couvrir certains thèmes, nous nous sommes appuyée sur une grille d'entretien. Un exemple d'une question d'amorce est : « Parlez-moi de votre intérêt à participer à cette étude ». Pour quelques sujets, nous n'avons pas eu besoin d'une question d'amorce, étant donné que certains ont commencé tout de suite à partager leurs expériences et réflexions sur le sujet de la recherche.

Dans la première entretien, nous avons tenté d'établir un lien de confiance avec le participant et tenté de couvrir certains thèmes d'intérêt, mais en demeurant ouverte à de nouveaux thèmes. Dans la deuxième entretien, par le fait de l'après-coup, nous avons invité le participant à élaborer sur certains thèmes évoqués pendant la première entretien.

La grille de thèmes avait été élaborée sous forme de questions éventuelles, selon les contextes rencontrés.

Questions d'amorce :

- 1- Parlez-moi de votre intérêt à participer à cette étude ?
- 2- Je m'intéresse au devenir du psychothérapeute. Comment ça s'est passé pour vous ?

- 3- Pouvez-vous me parler de votre histoire, de comment vous êtes devenu psychothérapeute ?

Thèmes (exemples de questions) La formation et la vocation :

- 1- Pouvez-vous me parler de votre pratique de psychothérapeute ? Qu'est-ce qui vous a motivé(e) à choisir cette vocation ?
- 2- Qu'est-ce que vous pensez aujourd'hui de votre choix de vocation ?
- 3- Quelles motivations vous animent le plus dans la pratique quotidienne de votre travail ? Est-ce que vos motivations ont changé avec le temps au cours de votre pratique ?

Expériences d'échec et de succès

- 1- Parlez-moi de ce que vous espérez dans votre rôle de psychothérapeute auprès d'un patient ?
- 2- Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir des doutes concernant votre travail ?

La subjectivation comme processus

- 1- Pouvez-vous me parler de la place de la souffrance dans votre travail ? Comment vivez-vous avec le fait de côtoyer la souffrance au quotidien ?
- 2- Est-ce que vous avez déjà pensé à la notion du thérapeute lui-même souffrant ? Qu'est-ce que cela évoque pour vous si je parle du thérapeute souffrant ? Qu'est-ce que vous avez fait avec cette souffrance ?

3.2.6 Analyse des données

Pendant la première phase, nous avons rédigé les résumés des entretiens avec chacun des sujets. Ces résumés comportent les informations suivantes : le sujet rencontré, les thèmes qui ont émergé en relation avec notre question de recherche, les premières préconceptions théoriques qui ressortent du discours du sujet, et finalement les éléments significatifs dans la relation de type contre-transférentielle avec le sujet.

Par la suite, au cours de la transcription des données, la lecture et l'écoute répétées des entrevues, nous avons pu entamer une immersion dans les données. Cette immersion nous a permis de découvrir un sens en lien avec notre question initiale, de faire la liaison entre les différents éléments dans le discours des sujets et de voir les concordances et les discordances entre les différentes parties du verbatim.

Une compréhension psychodynamique de notre question de recherche suppose certains a priori (éléments qui échappent au sujet ou qui relèvent de perspectives inconscientes), mais nous avons néanmoins souhaité nous appuyer sur une démarche inductive, et donc tenté d'être le plus ouverte possible à l'émergence du phénomène en question, tel qu'appartenant en propre à la subjectivité de chaque participant.

Nous avons donc procédé à l'analyse thématique du corpus. Ce niveau d'analyse accorde un regard phénoménologique et descriptif afin d'atteindre un premier niveau de compréhension du discours du sujet. Les fonctions de l'analyse thématique selon Paillé (2016) sont : « [...] saisir l'ensemble des thèmes d'un corpus » qui sont en lien avec l'objectif de la recherche, et « tracer des parallèles ou de documenter des oppositions ou divergences entre les thèmes ». En résumé: « il s'agit en somme de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser dans un schéma (l'arbre thématique) » (Paillé et Mucchielli, 2016,

p. 236). Nous avons utilisé la thématization en continu. Ce type de thématization se fait tout au long de la collecte de données et ne s'arrête qu'à la fin de l'analyse de données. Cette démarche vise une analyse riche et complexe du corpus (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 241).

Dans un deuxième temps (qui s'est déployé de façon parallèle), nous avons endossé une posture analytique nettement plus inférentielle au moment d'aborder les processus de subjectivation de la souffrance propres à chaque participant. À cette occasion, nous avons ajouté au découpage horizontal des thèmes une synthèse verticale cherchant à rendre compte de sept parcours éminemment singuliers. Les vignettes proposées dépassent largement la dimension descriptive, et rendent justice, espérons nous, à la profondeur des témoignages livrés. Les questions de l'anonymat et d'éviter une posture analysante trop en surplomb ont été longuement et soigneusement considérées, optant au final pour des portraits à la mesure de la générosité des partages. L'apport d'un regard tiers tout au long de ces étapes (direction de recherche) a pu constituer une forme de rempart face aux dérives éventuelles et consolidé la rigueur de la démarche.

3.3 Considérations éthiques

Les principes d'éthiques procéduraux de la recherche impliquant des êtres humains ont été respectés au cours de ce projet de recherche. Notre étude a reçu l'approbation éthique CERPE (Comité éthique de la recherche pour les projets étudiants) de la faculté des sciences humaines. Le formulaire de consentement a été signé par chaque participant dès le début de leur participation. Les participants étaient informés de l'objectif de notre étude et ses implications. Ils étaient informés qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment.

Afin d'assurer la confidentialité et l'anonymat, la chercheuse a utilisé des codes sur les documents de recherche et a veillé à l'omission des détails susceptibles de dévoiler l'identité du participant. Les prénoms utilisés dans la présentation des résultats sont fictifs. Les enregistrements et les transcriptions verbatim ont été conservés dans des supports informatiques verrouillés par un mot de passe. Les formulaires de consentement et les versions papier des entretiens vont être conservés d'une façon sécuritaire par la chercheuse et détruits cinq ans après la fin de l'étude.

Les risques engendrés par la participation à cette étude étaient minimes. La chercheuse et sa directrice de recherche étaient conscients que les entretiens pouvaient être chargés d'émotions éprouvantes pour les participants. La chercheuse s'est appuyée sur son expérience en intervention pour être sensible aux manifestations de pudeur, de réticence ou signes de mouvements défensifs.

Avant le début de cette étude, nous avons anticipé que les participants pourraient tirer certains bénéfices de leur participation en ce qu'en partageant leurs vécus subjectifs et uniques, ces entrevues leur permettraient d'avancer dans leur processus de subjectivation. La majorité de nos participants ont exprimé au début de la deuxième entrevue et/ou à la fin de la deuxième entrevue les bienfaits de leur participation. Par exemple, un des participants a affirmé que les entrevues lui ont permis de prendre conscience de ses enjeux en lien avec la subjectivation de sa souffrance. Une autre participante nous a demandé de lui donner une copie d'enregistrement de ses deux entrevues parce que les entrevues lui ont permis de prendre conscience de son processus de subjectivation et qu'elle aimerait les écouter pour garder trace de son processus. Finalement, un autre participant a apprécié le fait de pouvoir donner son témoignage personnel à l'égard de la place de la souffrance dans sa pratique et dans sa vie privée. Nous pouvons penser que les entrevues leur ont permis en quelque sorte de co-construire le sens et approfondir leurs réflexions sur notre question de recherche.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

4.1 Comment sont-ils devenus psychothérapeutes?

Dans cette section de la présentation des résultats, nous aborderons successivement des éléments de l'histoire personnelle, le cheminement dans le devenir psychothérapeute, et les motivations qui animent ce désir.

4.1.1 Histoire personnelle

Tous les psychothérapeutes interviewés ont pu partager leurs histoires personnelles avec une variabilité intéressante dans la façon dont ils se racontent. Certains racontent leurs propres histoires d'une façon moins incarnée, assez brève, énigmatique et teintée d'une temporalité lointaine. Pour d'autres, le récit de l'histoire personnelle se fait avec une temporalité égarée, avec une détresse et un débordement du trop-plein, ou avec un investissement émotionnel qui se colore de tristesse, de rage, de culpabilité ou même de honte.

Certains participants se racontent avec une candeur d'enfant, d'autres prennent une position plus intellectuelle, distanciée, d'un tiers qui se raconte comme vu d'un œil

extérieur sur sa propre histoire. Certains se donnent le rôle de celui qui a subi sa propre histoire, d'autres luttent pour trouver une position plus active et subjective.

Certains, par leur récit, inspirent chez la chercheuse un vécu d'impuissance, une empathie et le désir de prendre soin, de porter avec eux la lourdeur de ce qu'ils racontent pendant ces rencontres. D'autres nous font vivre un sentiment d'être perdue dans leur récit, la conviction qu'on doit respecter la forte mise à distance dans la relation, et finalement l'impression que nous devons les apprivoiser tranquillement pour pouvoir les approcher petit à petit.

Chaque participant témoigne d'un regard particulier sur sa propre histoire et la façon dont il en construit le sens dans son récit de vie, mettant en scène différents modes d'appropriation subjective. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce dernier point, mais pour l'instant nous présentons les thématiques saillantes qui se dégagent de l'histoire personnelle telle qu'elle nous a été livrée.

4.1.1.1 Défaillance dans les premiers liens

Tous les psychothérapeutes interviewés rapportent avoir vécu dans un milieu familial où les figures parentales présentaient plus ou moins de défaillances pendant leur développement. Louis, un homme dans la soixantaine d'origine orientale, qui aurait été envoyé dans un pays étranger au cours de son adolescence alors que ses parents ne se sentaient pas en mesure de prendre la responsabilité de son éducation, raconte :

Ma mère était complètement perdue, en désarroi et mon père s'est un peu mieux débrouillé là euh, mais bon, c'était des gens qui n'avaient plus le courage de prendre des responsabilités. [] En fait, c'était ça le... alors ils nous ont placés. Moi, ils m'ont placé chez un oncle, ma sœur, ils l'ont mariée très rapidement et donc [...] moi j'ai, à 13 ans, j'ai dû me débrouiller tout seul.

Certains participants auraient eu à composer avec la dépression maternelle. Par exemple, Dominic, 44 ans, parle d'un milieu familial où il aurait vécu de l'instabilité ainsi que l'absence d'une figure d'attachement disponible et sécurisante :

Moi à la base je viens d'un milieu très défavorisé. Donc je suis un enfant de la DPJ. J'ai connu des placements et tout. Je viens d'un milieu familial dysfonctionnel avec une mère avec des troubles dépressifs sévères et médicamentée et avec un père avec des traits antisociaux narcissiques sévères.

André, 39 ans, évoque sa relation avec sa mère dépressive comme étant :

Une absence de sécurité, ou de tsé, ça, c'est-tu jouer vraiment dans les enjeux développementaux précoces, l'attachement? la foi? la confiance dans l'autre? que je peux adresser, je peux mordre? je peux essayer? je peux aller? je peux porter une initiative? Je peux rire, je peux crier, je peux pleurer pi l'autre peut pas se détruire là. Quelque chose là de nourrisson mère qui s'est pas bien passé où je pense que j'ai sûrement angoissé de détruire l'autre et puis je me suis refermé.

Dans le même ordre d'idées, Alexandra et Emmanuel, de jeunes thérapeutes, mentionnent dans leur histoire personnelle la présence de la thématique du drame de l'enfant doué :

Mais ma mère étant dépressive. Elle en a fait des multiples dépressions majeures. C'était ça. C'était associé à ben, ma souffrance à moi que j'avais pas tant conscientisée ni travaillée, ni conscientisé d'avoir une mère comme ça []

Emmanuel raconte : «[...] J'ai un peu été le thérapeute de mes parents et tout ça.»

4.1.1.2 Dynamiques familiales et vécu de trauma

Certains participants racontent avoir grandi au sein de dynamiques familiales défavorables.

Jacques, 65 ans, enfant adopté ayant vécu dans une famille de cultivateurs, raconte :

[...] mon père avait pas de pouvoir dans la famille..... ma mère dirigeait tout, elle dominait tout. [...] comme à la blague, quand je fais un résumé du génogramme, ma mère était mariée avec mon frère, mon père c'était mon petit frère, et... tu vois un peu, donc on se retrouve un peu dans une confusion des rôles symboliques [...]. [...] Ma mère avait honte de lui (le père). Elle a toujours dit : «Jamais, vous serez des cultivateurs... Mon père avait une terre et, ma mère quand même, dans le discours de ma mère, jamais je serais un cultivateur, elle nous envoyait au collège privé, autant mon frère que moi.

Il décrit ainsi ses parents :

[...] mon père était le généreux, doux, il jouait beaucoup avec moi, j'ai eu un père aimant. Je le sentais insécure mais aimant, très aimant. [...] Ma mère était une femme, très à mon avis, très narcissique, elle disait elle-même qu'elle avait pas de défaut. C'est une mère qui dit qu'elle a pas de défaut, donc qui a toujours raison.

D'autres participants évoquent des dynamiques familiales qui les auraient confrontés à des vécus traumatiques. Rachel, 68 ans, qui vient d'une famille nombreuse et aurait été placée dans le rôle du mouton noir, décrit ainsi le milieu dans lequel elle a vécu :

C'était des parents où on répondait aux besoins primaires, mais on répond pas aux besoins psychologiques tsé. [...] Et moi quand je suis née, j'ai à peu près 12 mois de différence avec mon frère qui me précède. Donc en fait, j'étais pas désirée par ma mère. [...] J'étais pas accueillie. En tout cas, ma mère m'a, à un moment donné, déjà dit que : «Tu penses j'étais contente de retomber enceinte», tsé je viens juste d'accoucher.

Elle fait spécifiquement référence au trauma :

[] non seulement d'avoir vécu des traumatismes sexuels, c'était mon frère aîné et puis mes parents me protégeaient pas. Des parents qui étaient, des parents qui faisaient à la limite... ma mère m'accusait de me laisser faire.

4.1.2 Cheminement dans le devenir du psychothérapeute : un parcours gravé d'avance ou un hasard?

«Quelque chose m'attirait qui était assez flou, puis je dirais, à quoi je n'ai pas accordé beaucoup de temps ni de réflexion, ni d'intérêt ni de recherche. Je me suis un peu lancé sans savoir. Puis il y a quelque chose de ça qui me ressemble certainement, pour sans doute éviter une certaine angoisse propre à un choix réfléchi.» (André)

4.1.2.1 Une destinée

Les psychothérapeutes interviewés témoignent de différents parcours dans leur devenir de psychothérapeute. Certains racontent comment leur devenir s'inscrit dans une continuité du désir de prendre soin des autres ressenti déjà quand ils étaient enfants. Ces psychothérapeutes révèlent avoir souvent apporté de l'écoute et du soutien à leur parent souffrant.

Dominic s'est impliqué dans la relation d'aide depuis son jeune âge. Après des cours en secourisme et gardien averti pendant son enfance, il a œuvré dans la prévention du suicide à l'adolescence. Adulte, il est devenu secouriste dans les forces armées et a travaillé comme infirmier en psychiatrie avant de devenir psychothérapeute. Il raconte comment son cheminement pour devenir psychothérapeute a commencé quand il a pris conscience des limites dans sa formation médicale :

Le point pivot ça été en Nunavut dans le Grand Nord quand je me suis rendu compte que mes interventions ne menaient à rien et que j'étais confronté, même si je faisais un suivi en santé mentale, clinique, j'étais confronté à des chaînes de suicide. Donc, les adolescents qui se suicidaient, mais qui amenaient dans leur suicide dix autres adolescents ou membres de la famille qui se suicidaient aussi.

4.1.2.2 Un heureux hasard

Pour d'autres, l'intérêt pour la psychologie et la relation d'aide est apparu à leurs yeux de façon fortuite lors de leur cheminement académique. Louis raconte :

À l'origine, je me définissais pas du tout euh... à la psychologie. Je.. j'étais mathématicien. Je voulais faire [...] mathématique, physique, euh, j'étais inscrit à l'université d'ailleurs euh... en mathématique et en physique et... et là, quand j'ai fait cette découverte (de la psychologie), j'ai comme voulu changer d'orientation et, de fait, j'ai changé d'orientation [...]. Je savais même pas qu'il y avait un métier qui s'appelait le métier de psychologue.

4.1.2.3 Errance et incertitude

En contraste avec les récits marqués par la continuité, certains participants décrivent un parcours teinté d'ambivalence et de doutes dans leurs cheminements. Alexandra précise :

Au CÉGEP, j'ai vraiment comme tripé sur mes cours de psycho. Ça été une grosse découverte pour moi. Ehhhh, je viens d'un background familial vraiment pas psychologisé, qui est pas émotionnel puis tout ça. [...] Ma voie était tracée, c'était un peu ça dans mon narratif développemental, disons, dans la médecine ou quelque chose dans le domaine. [...] Je suis allée faire quelques semaines en médecine tsé [...] je ne savais pas si j'allais aimer ça, pratiquer ce travail-là. Puis, j'imagine que ça s'est clarifié pour moi... même quand je suis rentrée au doc, même après mon BAC, c'était comme je savais pas qu'est-ce que j'allais faire. J'étais pas sûre de vouloir aller au DOC tsé, j'ai appliqué, c'était vraiment une questionnement très longtemps, jusqu'à ma troisième année au doc quand j'ai fait mon premier stage. Puis c'est ça qui m'a le plus confirmé que j'aimerais probablement ça travailler là-dedans.

André pour sa part affirme qu'étudier la psychologie était le dénouement d'une impasse dans un moment de vie où il se sentait désorienté et égaré dans le choix de ses études et d'une vocation :

J'ai choisi le BAC à l'origine, j'étais perdu, j'étais au CÉGEP, j'arrivais d'arts et lettres, je savais fuck all ce que je voulais faire dans vie, je suis allé voir un orienteur, ça s'est passé genre un peu vite, j'en suis sorti avec l'idée psycho.

Ce participant considère que son choix de devenir psychothérapeute a été le résultat d'un processus inconscient et teinté de fatalisme :

[...] j'ai tendance à dire que j'ai pas choisi, vraiment. J'ai pas choisi [...] avec la force d'un acte conscient, réfléchi, et la souffrance de renoncer à d'autres options justement, que je pense que j'ai voulu m'éviter beaucoup dans ma vie, en perpétuant des situations dans lesquelles j'étais déjà, dans lesquelles je suis juste resté longtemps souvent, puis je pense que psycho a un peu fait ça.

Il précise que le choix de poursuivre au niveau des études supérieures en psychologie est venu après la découverte de spécificités de ce champ :

[...] il y avait l'humanisme, il y avait la psychanalyse à l'université, sinon, c'est clair que je serais pas en psychologie, c'est clair que je serais pas psychothérapeute [...], ça fait en sorte que j'ai un peu plus choisi [...]

Nous pouvons remarquer que tous les participants témoignent d'un cheminement unique du devenir psychothérapeute. Tous racontent comment ils ont été amenés à choisir lucidement ou instinctivement cette voie, et comment ils étaient appelés ou interpellés personnellement dans ce choix. Certains parlent de cette vocation comme si elle était leur destin et d'autres comme d'une rencontre imprévue, un hasard. La majorité des psychothérapeutes s'entendent sur les privilèges que leur amène leur vocation. André l'évoque ainsi :

[...] puis ce qui me nourrit, la possibilité de voir de tout, de, cette nouveauté-là, d'une personne différente, singulière, avec son imaginaire, son histoire, son origine, ses racines, son identité, ses fantasmes, c'est ça. [...] C'est pas simplement l'exercice d'un savoir conscient, organisé qu'on transmettrait, qu'on insufflerait, c'est beaucoup plus subtil, c'est beaucoup plus déstabilisant, c'est

beaucoup plus complexe, ça touche quelque chose de l'infini, de ce qu'est l'humain, ça, ça parle du devoir éthique.

Alexandra abonde dans le même sens :

Je le vis beaucoup comme un privilège [...] de m'approcher dans l'intimité des gens, m'approcher de leurs souffrances, avoir cet accès-là à leur vie. [...] je trouve que c'est un travail qui fait vraiment vraiment beaucoup de sens. Je ne sais pas comment je ferais une job qui aurait pas ce sens-là tsé. C'est des moments de connexion humaine réelle.

Cette issue d'une vocation privilégiée découle pour chacun de différents mouvements qui amènent à se questionner sur les désirs et motivations sous-jacentes. Le choix de cette vocation est-il venu répondre ou non à des interrogations ponctuelles ou lointaines, conscientes ou inconscientes, sur leur propre histoire personnelle? Comment ces interrogations s'inscrivent-elles dans leur désir de devenir psychologue?

4.1.3 Quelles motivations animent le désir de devenir psychologue?

Certains participants rapportent des motivations conscientes et d'autres évoquent des motivations moins conscientes. Certains cherchent à comprendre leur histoire et à trouver des réponses à des questions en rapport à leurs origines personnelles. Certains le font par la quête du sens de leur expérience de vie ou par la quête du savoir et de la culture. Certains cherchent à se protéger ou à mettre à distance leur sentiment d'être défaillant. D'autres luttent pour se préserver d'un sentiment lourd et épuisant de leur propre défaillance. Certains aussi cherchent à résoudre leur ambivalence envers l'objet défaillant, d'autres cherchent plutôt à faire le deuil de l'objet manquant en incarnant un bon objet qu'ils n'ont pas eu.

Les thématiques présentées ne sont pas exhaustives, mais elles dépeignent un panorama révélateur de motivations qui nous permettra ensuite d'approfondir les différents processus de subjectivation de la souffrance chez ces participants.

4.1.3.1 Deuil et Réparation

Nous pouvons comprendre que, pour Dominic, devenir psychothérapeute lui a permis de faire le deuil de ce qu'il n'a pas reçu de ses objets primaires en essayant de donner à ses patients ce qu'il n'a pas lui-même reçu. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que, pour ce participant, œuvrer comme psychothérapeute lui permet de travailler à une réparation narcissique, de se construire le sentiment d'être vu comme un enfant qui est bon et qui a de la valeur. Il raconte :

Ce que je voulais c'est de bâtir une estime personnelle en utilisant ma souffrance pour venir à l'aide à d'autres plutôt que de comprendre ce qui m'est arrivé. [...] c'est une hypothèse que je fais, mais probablement que j'aurais voulu que quelqu'un fasse ça pour moi et que personne était là en ce moment-là. Donc, c'est la même nature de dire : mais si moi j'en ai besoin, peut-être qu'il y en a d'autres qui ont aussi besoin.

4.1.3.2 Vengeance, devenir sujet et comprendre l'incompréhensible

Rachel décrit avoir vécu dans une famille «psychotisante» et avoir été mise dans une position de souffre-douleur dans sa famille. Elle raconte comment devenir psychothérapeute lui a permis d'essayer de trouver activement une position subjective par rapport à son histoire personnelle et de se défaire ou, du moins, se distancier du mauvais projeté sur elle et agi par ses imagos parentales :

Je pense que c'était le désir dans le premier temps de saisir la dynamique familiale dans laquelle j'étais, parce que je trouvais que j'étais dans une famille ou des choses m'échappaient. Il y avait pas de mots, ils n'y avaient pas qui me sortaient. Il y avait finalement un désir de savoir qui j'étais. Un grand désir de savoir qui j'étais. Comprendre des choses, faire du sens. Il y avait aussi comme une... un désir tsé [...] de mettre du sens, [...] de comprendre quelque chose de la situation familiale tsé.

Elle précise :

C'est un défi envers mon père. [...] j'étais toujours la mauvaise, le ci et le ca tsé. (...) fait que c'est pour ça quand j'ai dit que c'était une vengeance en lien avec tout ça, de dire que plutôt de rester sans parole, c'est m'approprier la parole pour [...] pour prendre vie, prendre vie tsé. Sentir que... (silence) que je suis pas une déjection. Je suis quelque chose tsé. Je suis quelqu'un, puis je suis quelque chose.

4.1.3.3 Différenciation, ambivalence et idéalisation

André décrit, au cours des deux entrevues, sa relation ambivalente avec sa figure maternelle qui aurait projeté sur lui un idéal narcissique qui était à la fois oppressant et gratifiant. Est-ce que cette relation ambivalente lui aurait permis de perlaborer une conflictualité entre le désir d'incarner un idéal narcissique en même temps que le désir de s'en libérer malgré tous les écueils qui viennent avec un tel deuil? En devenant psychothérapeute, n'essayait-il pas de trouver la juste distance avec la figure maternelle, ni trop loin, ni trop proche?

Il relate comment ses motivations au début de ses études étaient de l'ordre d'un idéal narcissique. Il raconte qu'il cherchait alors :

une sorte de puissance de savoir [...] peut-être un idéal narcissique-là selon moi quand même, une prise de contrôle sur l'autre, je cherchais à avoir du contrôle, j'imaginai prendre du contrôle sans le savoir ou j'imaginai être plus puissant,

plus fort, monter dans une hiérarchie pi, je le sais-tu, tsé, impressionner ma mère qui sait, faire en sorte que ce soit un peu intéressant, qui sait.

Il ajoute que plus tard dans ses études, il a pu s'interroger sur ses premières motivations :

Peut-être que ma mère m'a fait porter pas mal de choses qui m'appartiennent pas. Je ne sais pas tant si c'est de l'ordre de la culpabilité ou de la responsabilité, mais je pense qu'elle m'a fait porter quelque chose de son désir. Je pense qu'elle m'a mêlé au point de vue identitaire avec d'autres, avec elle. Elle s'est trop identifiée à moi, s'est projetée en moi trop. Ça c'est clair. Ça, ça m'a mêlé et pi j'ai dû démêler ça et pi j'ai pas fini de démêler ça. Pi je pense que tranquillement je démêle ça.

4.1.3.4 Celui qui sait : Je pense donc je suis

Certains participants n'évoquent pas des motivations qui sont en lien avec leur histoire personnelle, mais parlent plutôt de motivations de l'ordre d'une curiosité de type intellectuel dans leur désir de devenir psychothérapeute. D'autres tentent de comprendre leur histoire personnelle à travers une analyse intellectuelle et rationnelle de leurs relations familiales.

Par exemple, Louis raconte comment comprendre et expliquer les différences individuelles et culturelles l'a motivé à devenir psychothérapeute :

J'ai rencontré des (occidentaux) et j'étais très surpris de de de noter la différence qu'il y avait entre ces gens que j'ai rencontrés et les gens que j'avais l'habitude de rencontrer, [...] et cette cette cette différence [...] psychologique, culturelle m'a vraiment complètement époustoufflé [...] j'ai été très saisi par cette différence. J'étais loin de pouvoir m'imaginer que les gens étaient si différents. Les uns pouvaient être différents les uns des autres... et... donc, je suis parti à la, à à la recherche de... des causes possibles de cette différence et... et là, je suis tombé sur un livre qui m'a donné des premières indications. Bon, et il se trouvait que c'était un livre de psychologie. Et puis, ce livre de psychologie m'a.... m'a beaucoup intéressé. Ça m'a fait réfléchir et... et bon euh ainsi de suite eeeh... et c'est comme ça que l'étincelle est arrivée.

Jacques quant à lui évoque de quelle façon le goût d'apprendre, de se cultiver et de comprendre l'humain dans les différentes dimensions sociale, culturelle et psychologique l'a motivé à choisir la vocation de psychothérapeute pour «faire son métier d'homme». Il raconte comment la dimension sociale lui a permis de comprendre un aspect de son histoire personnelle :

[...] tu ne peux comprendre ça qu'à travers la question de l'origine de la classe sociale. [...] Les choses que je comprenais pas, que je comprends plus tard, je te dirais c'est la transgression de classe sociale que j'ai vécue de par le fait que ma mère nous envoie au collège privé.

Devant les motivations d'ordre intellectuel invoquées par ces participants, nous pouvons nous demander s'il y a des motivations inconscientes qui sous-tendent celles-ci. Ces participants cherchent-ils à comprendre et à expliquer au niveau intellectuel parce qu'il y a quelque chose de douloureux qui leur échappe de leur propre histoire personnelle, quelque chose dont ils ne sont pas en mesure de faire sens? Cette position de «celui qui sait» cache-t-elle l'angoisse secrète d'être confronté à des énigmes incompréhensibles en lien avec leur histoire personnelle, et donc la peur de se heurter à des sentiments de vulnérabilité, de honte et de défaillance que ces énigmes peuvent soulever?

4.1.3.5 Désir apprivoisé et la rencontre avec un bon objet

Alexandra raconte comment la rencontre avec un bon objet lui a permis d'apprivoiser tranquillement son désir de devenir psychothérapeute. Elle relate son parcours :

Je me rappelle quand j'avais 14-15 ans, pour moi c'était vraiment... je ne comprenais pas pourquoi il y avait des gens qui étaient des psychologues dans la vie puis c'était la pire job genre. C'était la dernière chose que j'aurais voulu faire. Fait que c'était juste une espèce de dégoût de la dépression et des gens dépressifs. Fait que j'étais comme je ne peux pas croire qu'il y a du monde qui font ça de leur vie.

Elle précise le point tournant qui l'a motivée à devenir psychothérapeute :

J'ai rencontré mon mari et sa mère qui est devenue vraiment comme une figure maternelle pour moi beaucoup beaucoup. Puis ça m'a complètement ouverte à autre chose. Elle m'a fait beaucoup de reflets à cette époque-là, de mes qualités d'empathie, d'écoute réconfortante puis des choses-là puis je savais pas ces choses-là de moi.

Emmanuel témoigne pour sa part de la façon dont sa relation avec son psychothérapeute lui a permis de s'identifier avec une figure positive et a éveillé en lui le désir de devenir psychothérapeute. Il raconte :

J'ai j'ai personnellement traversé euh une période difficile dans ma vie. J'ai trouvé un thérapeute euh assez exceptionnel euh dans dans début vingtaine qui m'a beaucoup aidé, puis je savais pas exactement ce que je voulais faire de ma vie à l'époque. Puis c'est en cheminant avec lui que j'ai eu envie de faire ça. [...] je le trouvais inspirant dans son travail pis dans ce qu'il m'apportait. [...] ça m'a donné un modèle auquel m'identifier.

Tous ces participants travaillent vraisemblablement à élucider leurs questionnements quant à leur histoire personnelle. Des questionnements qui n'ont pas d'issue ni de réponses complètes ou permanentes possibles. Chacun de ces participants vit et porte son propre combat qui éveille et entretient son désir de devenir et de rester psychothérapeute. Pouvons-nous imaginer un psychothérapeute qui ne soit pas animé par ses désirs les plus intimes?

4.2 La place des doutes et de l'idéal dans le devenir du psychothérapeute

«[...] il est tellement souvent question de souffrir de l'écart entre un idéal attendu et une réalité inassumable en contraste avec cet idéal-là pi cet écart-là semble être ce qui fait sortir la souffrance, la tension en nous, voir si la culpabilité, la honte, c'est... toujours ça, ça m'impressionne à quel point c'est toujours là, pi on peut pas penser l'humain sans la perte.» (André)

Dans cette deuxième section de la présentation des résultats, nous traiterons de l'idéal en lien avec la formation, de l'idéal à l'aune de la pratique quotidienne, et enfin de la place des doutes dans le devenir du psychothérapeute.

4.2.1 L'idéal et la formation

Les expériences d'idéalisation et de désidéalisation sont essentielles à la formation du psychothérapeute. Les expériences d'idéalisation permettent au psychothérapeute de se confronter à ses propres idéaux qui découlent de son désir d'être un psychothérapeute idéal. Cette confrontation va lui permettre de faire face à ses propres défaillances et d'accéder à des expériences de désidéalisation. Ce processus n'est pas linéaire, mais dynamique. Il ne se termine pas à la fin de la formation, mais continue d'habiter les psychothérapeutes, à des degrés variés, tout au long de l'exercice de leur vocation. Ce sont surtout les jeunes psychothérapeutes de notre échantillon qui évoquent avec nous la place de l'idéal dans leur formation. Ils témoignent de l'idéalisation de soi et de l'idéalisation des maîtres pendant la formation.

4.2.1.1 L'idéalisation de soi

Les participants évoquent différents thèmes concernant la place de l'idéalisation de soi pendant leur formation. Par exemple, pour André, l'idéalisation de soi se manifestait par un désir de se percevoir comme un bon psychothérapeute pendant sa formation :

J'ai toujours eu le besoin d'être bon, pi ben je me suis souvent senti pas bon pour toutes sortes des raisons. [...] je me suis rejeté le blâme comme quelqu'un qui aurait dû être capable, parce que j'étais là, puis parce qu'on s'attend d'un interne qu'il soit professionnel, puis qu'il fasse la job de psy [...].

Il parle aussi de son sentiment d'imposteur pendant la formation :

[...] Avec un processus idéalisant où je m'espérais, où je me voulais beaucoup meilleur que ce que ma réalité était en ce moment-là. Pi le décalage amenait une forme de plus d'écrasement dans mon cas tsé. Le retrait, l'écrasement. Je me cachais un peu dans mon bureau. On dirait que je ne voulais pas être vu.

Il ajoute que ce processus d'idéalisation :

[...] révélait quelque chose de ma souffrance, de mes angoisses, de mes failles personnelles, de mes blessures propres que je connaissais pas, que je nommais pas bien, que mon processus d'analyse me permettait pas tant que ça, je crois, de m'ouvrir puis d'aborder.

Nous pouvons comprendre que se heurter à ses propres sentiments de défaillance est une partie intégrante du processus de formation et que cela peut, en réaction, enclencher le désir d'être un psychothérapeute idéal. André souligne combien il espérait :

[...] Témoigner du changement chez le patient. Une réussite thérapeutique, j'imagine. Je m'attendais à comprendre plus facilement le fonctionnement psychique, se rendre compte facilement de l'état et le fonctionnement de la personne. Je n'imaginai pas que ça pouvait être compliqué comme ça, de faire une évaluation. [...] Idéal de succès thérapeutique, de compréhension claire, de capacité d'articulation, un idéal rationnel de pouvoir rentrer l'infinie complexité de la souffrance humaine dans des cases structurales [...].

Tout au long des deux entrevues, André témoigne de la façon dont son expérience clinique et son expérience d'analyse personnelle lui ont permis tranquillement de vivre des expériences de désidérialisation progressive : «[...] je suis beaucoup moins rigide que j'étais je pense dans mes débuts, beaucoup moins idéaliste, euh, beaucoup plus dans, une sorte de perspective d'ajustement.»

Il arrive à donner une définition personnelle de l'idéalisation et de la désidérialisation :

[...] l'idéalisation c'est une projection d'un supposé bien, d'un supposé moi, mais qui est pas moi là. La désidéalisation, dans le fond, c'est une appropriation progressive de ce moi-là qui incessamment ressort déjà dans la rencontre que je le veuille ou non.

Ce participant parle d'un cheminement qui lui aurait permis de faire un travail de désidéalisation de lui-même à partir de ses expériences d'échec au cours de sa formation :

J'ai fait quelques erreurs importantes qui, je pense, m'ont aidé à comprendre des choses sur moi, qui m'ont aidé à changer [...] ça m'a amené justement à essayer des modalités différentes, à assouplir certains (idéaux) plus rigides [...] tout ça je pense euh, m'a amené dans un processus confus euh, souvent inconscient euh, des fois un peu conscient sans doute avec ma psychanalyse à... à peut-être tranquillement à renoncer à un processus idéalisant tout en maintenant un certain rapport à l'idéal vivant, mais un rapport peut-être plus euh, plus distant, moins immédiat, moins colérique, moins agressif, moins impatient, moins immature, moins adolescent, euh... réaliste quoi, plus dans le réel.

Une autre participante parle de son désir d'être performante et efficace avec les patients. Alexandra raconte comment l'enjeu de la performance était présent pendant son premier stage avec les patients alors que la souffrance du patient éveillait en elle l'anxiété de performance :

Peut-être avant j'aurais pu avoir cette tendance de là là là là, que la souffrance est donc ben intense, puis tsé comme sentir que mon dieu là, que mon impuissance s'active beaucoup. Puis je deviens activée à sauver la personne [...], comme il faut que je l'aide là, il faut s'activer. J'avais beaucoup ça.

Un autre exemple du désir de performance pendant la formation est donné par André en lien avec les notes qu'il avait reçues en internat :

Puis un des deux (superviseurs), à (lieu d'internat), m'avait donné un B+. C'est pas très bon, mais pas mauvais non plus. C'est pas dans les A. Je suis un habitué des A là (...) Fait que j'ai un peu senti l'échec du B+. [...] c'est comme s'il me donnait un échec en me donnant B+ tsé.

4.2.1.2 L'idéalisation des maîtres

Les expériences d'idéalisation des maîtres font aussi partie du processus de formation. Ces expériences permettent au jeune psychothérapeute de s'identifier à des figures de savoir qui vont structurer ses expériences cliniques. Elles peuvent en même temps amener le psychothérapeute à vivre une tension ou un conflit entre ce qu'il est possible de devenir au cours de sa formation et ce qu'il espère de lui-même dans son devenir de psychothérapeute.

Par exemple, André raconte comment, pendant son stage, il a pu vivre cette tension auprès des formateurs dans son milieu :

C'était terrible. C'était les plus durs moments ça, je pense. Les séminaires théorico-clinique. La comparaison sociale. [...] le besoin de de d'essayer, de m'égaliser aux maîtres, de tenir tête, d'entrer dans ce dialogue-là où par ailleurs tout le monde fait pas nécessairement attention à faire de la place à tout le monde non plus.

Il témoigne de l'idéalisation du psychanalyste et de son cheminement dans la construction de son style personnel comme psychothérapeute :

[...] il y a comme une espèce de oui, d'aura de psychanalyste [...] j'ai commencé la clinique avec des idéaux psychanalytiques assez rigides, assez victoriens orthodoxes tsé. Le silence, la neutralité, la non-validation du vécu de l'autre pour laisser l'autre tremper dans son angoisse, pi qu'il puisse ainsi se voir soi-même angoissé et d'en comprendre de quoi. Une sorte de stoïcisme freudien qui était un peu ce que je prenais au début de façon très idéologique, sans en avoir de l'expérience. Puis l'expérience m'a confronté à moi-même, puis moi je ne suis pas comme ça. Moi je parle. C'est ça que je me rends compte aujourd'hui, moi je parle. Je ne suis pas bien dans le retrait. Je ne suis pas bien dans la froideur.

À partir de ces extraits, nous pouvons comprendre que les expériences d'idéalisation de soi et des maîtres font partie intégrante du processus de formation. Ces expériences

sont constructives, dans le sens qu'elles permettent aux jeunes cliniciens d'aller à la rencontre de leurs espérances, celles qui sont réalistes et celles dont ils devront faire le deuil. Cette rencontre va leur permettre aussi de comprendre quelles sortes de souffrances se cachent derrière les espérances qu'ils portent.

4.2.2 L'idéal dans le quotidien du travail du psychothérapeute

« [...] mon idéal du psychothérapeute que j'aimerais être est loin d'être atteint. Donc il y a beaucoup de boulot à faire encore. Mais tant que je fais des ponts vers cette direction-là, je sens un apaisement de mon anxiété ou mon angoisse de [...] vouloir être ce que je veux être. C'est comme si j'ai une vision de ce que je devrais être et que je peux être en devenir de ça, mais je ne peux immédiatement l'être. » (Dominic)

4.2.2.1 L'idéal dans le quotidien du travail du psychothérapeute : entre changement et immobilité

L'investissement de l'idéal n'est pas exclusif à la période de la formation. Les psychothérapeutes interviewés rapportent qu'ils sont aussi habités par des idéaux dans l'exercice de leur vocation. Nous pouvons déceler ces idéaux en examinant ce qu'ils espèrent dans leur rôle auprès de leurs patients et par ce qui les motive dans la pratique quotidienne de leur travail. Des idéaux qui sont teintés par le moi-idéal, ou par l'idéal du moi.

Des idéaux qui se sont transformés avec le temps, entre le début de leur pratique et aujourd'hui. D'autres idéaux qui sont restés inchangés ou intacts dans le temps. Certains participants laissent deviner des idéaux parfois lourds à porter et qui peuvent

induire une paralysie dans le devenir du psychothérapeute. D'autres participants se sentent poussés de l'avant par leurs idéaux, dans un devenir perpétuel. Chez certains, on dénote des idéaux qui résistent avec force au deuil de la toute-puissance infantile, alors que d'autres participants acceptent par moment un compromis avec l'idéal qui s'inscrit dans le réel.

Le changement et l'immobilité dans l'investissement de certains idéaux témoignent des différents processus de subjectivation de la souffrance chez le psychothérapeute. Nous allons revenir sur ce point plus tard.

4.2.2.2 Le thérapeute idéal

« J'ai espoir que je ne vais jamais arriver au bout de mes découvertes, alors que mon plus cher désir est d'arriver à tout comprendre et à tout maîtriser. Donc j'ai l'espoir d'être déçu dans ma quête infinie de connaissance. »
(Dominic)

Pour certains psychothérapeutes, le désir d'être un thérapeute idéal s'exprime par le fait qu'ils attendent d'eux-mêmes, à des degrés différents, d'être en mesure de porter la souffrance du patient. Dominic et Rachel nous permettent d'apprécier comment le même idéal peut être vécu différemment.

Par exemple, Dominic raconte comment il exige de lui-même d'être en mesure de porter la souffrance du patient :

J'accepte dans l'acte de de suivi psychothérapeutique, j'accepte de partager un niveau de souffrance. Donc son besoin au patient devient mon besoin. J'emprunte son besoin... j'emprunte un peu sa souffrance. [...] Donc à chaque fois que je prends un nouveau patient, j'évalue est-ce que je suis suffisamment bien à l'intérieur de moi pour prendre en partie sa souffrance.

Nous pouvons remarquer que cet idéal pousse Dominic à développer une éthique portée par le souci de se sentir assez bien, afin d'être en mesure d'accompagner le patient souffrant.

Un autre exemple est celui de Rachel pour qui l'idéal de porter la souffrance des autres semble lui faire vivre un sentiment d'impuissance écrasant. Devant la possibilité d'offrir ses services en soutien au personnel de santé confronté à la Covid-19, elle parle de son trop grand désir de soulager qui l'habite depuis le début de sa pratique :

[...] Ça été très difficile de de de me dire que je ne pouvais pas contribuer comme ça, à ma communauté tsé, à aller tsé. Parce que je sentais bien qu'il y avait beaucoup de détresse [...] de besoin d'aide, besoin d'aide supporté. Puis ça, ça été très difficile pour moi sur le plan personnel de dire je suis pas capable de faire ce travail là. Je suis pas capable d'aller dans une zone de guerre [...] Je me suis sentie coupable, [...] mais d'un autre côté, je serai pas capable. Je me culpabilisais. Je me disais que je suis lâche, que je suis une lâche, une peureuse tsé.

Nous pouvons remarquer une certaine ambivalence chez Rachel dans son désir d'être une thérapeute idéale, une thérapeute qui sera en mesure de porter de grandes souffrances d'autres personnes. Cet exemple illustre qu'un psychothérapeute peut se retrouver dans une impasse douloureuse dans le fait de reconnaître ses forces personnelles réelles et donc de vivre en paix avec ses limites personnelles.

Dominic exprime aussi deux facettes de son désir d'être un psychothérapeute idéal : le désir d'atteindre des niveaux de connaissance élevés et le désir d'être un thérapeute moins porté au jugement.

Il donne un exemple de sa pratique de thérapie conjugale :

Un couple qui vient me voir et qu'un des conjoints qui a des propos qui sont véritablement sexistes et blessants face à l'autre. Le thérapeute idéal ça ne bouleverse pas, il sera pas en questionnement ou en train de se... de faire un effort pour mettre de côté son jugement qui vient d'apparaître [...]. Ça j'ai l'impression que je fais des pas vers cette direction-là mais que c'est pas encore maîtrisé.

Il ajoute :

[...] le thérapeute idéal, mettons 93 ans, une vaste sagesse, un puit de science. C'est définitivement pas accessible à moi tout de suite. Qu'est-ce que je peux faire pour briser en petite occurrence cet idéal-là qui m'est pratiquement divin en petits morceaux qui sont masticables pour mon petit moi.

Nous pouvons remarquer que les idéaux qui animent Dominic dans son désir d'être un thérapeute idéal sont une source de motivation vers des efforts d'amélioration de lui-même comme thérapeute et qui le poussent vers un apprentissage perpétuel.

Les idéaux qui animent le désir d'être un thérapeute idéal chez Louis, comme pour Dominic, l'ont aussi amené vers un cheminement positif dans son devenir de psychothérapeute. Il raconte :

On veut toujours être exceptionnel ou résoudre tous les problèmes [...] je pense que (...) je n'ai pas renoncé à ce désir grandiose. C'est-à-dire, je ne les ai pas ridiculisés, je les ai gardés et je les ai instrumentés progressivement et.... ils sont là et je les mets en acte lentement, mettons, mais ils sont là, ils sont là.

Plusieurs participants témoignent des changements dans leurs idéaux au cours de leur pratique. Par exemple, Louis raconte une évolution dans les idéaux qui animent son désir d'être un thérapeute. Il explique qu'au début de sa pratique, il était animé par un désir de pousser des changements chez le patient qui s'est transformé par la suite :

[...] on a tendance à vouloir un p'tit peu forcer les changements chez les gens, mais on s'aperçoit que c'est pas comme ça que ça se passe, que ça se passe autrement [...].

Il raconte son évolution :

Je suis pas, comment dire, c'est-à-dire, ce que je fais, je le fais d'une façon discrète, je le fais d'une façon très humaine, très fine [...], je fais pas des trucs grandioses là, c'est des trucs euh humains là, des petites choses et et puis j'obtiens des résultats wooh, c'est impressionnant et puis j'en reviens pas moi même.

Cette évolution lui a permis de construire une éthique qui guide sa pratique :

J'ai un idéal de bienfaisance, vous savez [...] de bienfaisance non pas bêtement généreuse, mais plutôt [...] bienfaisance euh raisonnablement utile. C'est-à-dire sans excès... Mettons, une générosité qui ne noie pas [...] l'objet de cette générosité sous les bienfaits.

Alexandra témoigne elle aussi de son évolution dans les idéaux qui animent sa pratique. Elle raconte comment elle a passé d'un désir de sauver l'autre au début de sa formation à accepter son éventuelle impuissance et donc ses limites dans ce qu'elle pourra apporter aux patients :

[...] la différence d'avant où j'étais pas là et puis maintenant je suis vraiment là [...] en tous cas je suis encore dans mes réflexions là-dessus, dans le sens que moi je peux pas faire le bout à la place du client. Puis des fois, tsé il y a une partie de moi qui est comme, voici ce que j'ai à offrir.

4.2.3 La place des doutes dans le devenir du psychothérapeute ?

«[...] est-ce que j'ai ce qu'il faut pour être un psychothérapeute? Est-ce que je suis un bon psychothérapeute ou est-ce que je suis un fake psychothérapeute? Est-ce que c'est vrai que j'aide les gens ou est-ce qu'ils s'améliorent tout seuls ou est-ce que j'ai bien fait? [...]» (Dominic)

Le psychothérapeute n'est pas dénué de doutes dans la pratique de sa profession. Ces doutes font partie intégrante de son travail et créent nécessairement une angoisse en lui. Une angoisse qui témoigne qu'il y a toujours un décalage entre ce qu'il souhaite devenir comme psychothérapeute et ce qui est possible et réalisable. Comme les expériences d'idéalisation et de désidéalisation, les expériences de doutes confrontent le psychothérapeute à l'enjeu du deuil de l'idéal qui va l'interpeler tout au long de l'exercice de sa vocation.

Le doute est aussi l'incitatif à avancer dans la connaissance de soi comme psychothérapeute et donc à affronter ses lacunes. Est-il possible d'avoir confiance en soi et de douter en même temps ? Comment et pourquoi certains ne doutent pas de leur pratique ?

Porter des doutes personnels concernant son travail ne fait-il pas partie d'une éthique personnelle que le psychothérapeute développe au cours de sa pratique ? Une éthique personnelle active implique-elle le doute sur la valeur de sa propre pratique ?

Certains psychothérapeutes expriment la présence de doutes concernant les limites de leurs compétences dans leur travail avec les patients. D'autres expriment des doutes quand ils sont confrontés à leur propre impuissance ou même des doutes en lien avec leur choix de vocation. Certains expriment des doutes quand ils sont confrontés à leurs propres sentiments de défaillance. D'autres mettent à distance la question de la place des doutes dans leur pratique et expriment un sentiment de malaise face à une telle question.

4.2.3.1 Entre le bon psychothérapeute et l'imposteur

Dominic exprime quelques doutes qui l'habitent concernant ses compétences comme psychothérapeute. À la question de savoir s'il est habité par des doutes, il répond :

Constamment, constamment. C'est c'est... là il y a peut-être une partie qui m'appartient de ma personnalité mais très probablement mais c'est constant. Je me revérifie. Quand je fais mes notes, j'essaie d'appuyer mes analyses sur les données probantes. Quand j'ai une intuition. Même si je vois qu'elle est souvent bonne, je vais la contre-valider. Donc oui le doute est toujours là et il y a une partie qui est peut-être pas nécessaire comme le doute : est-ce que j'aide mon patient ? Est ce qu'il y a une progression ? Très souvent dans une psychothérapie, il y a un moment plateau. [...] Et après ça on repart en amélioration. Mais pendant cette période de plateau-là, c'est difficile pour moi, parce que je me pose toujours la question : est-ce que j'aurais pu faire quelque chose pour éviter que le patient reste dans cette zone de plateau-là trop longtemps.

Il ajoute :

J'ai des doutes sur mon intégrité, quand j'ai des doutes sur mon intelligence, sur mes facultés, sur mes capacités, mais quand je suis capable d'aider quelqu'un qui est en grande souffrance, on dirait que ça a plus d'importance, que je sois pas super intelligent, que je sois pas celui qui a eu des meilleures notes, que je sois pas qui a performé le plus dans x, y, z domaines.

De plus, Dominic témoigne qu'il ressent parfois des doutes quand il est confronté à son sentiment d'être un imposteur avec ses patients. Il raconte :

Du moins moi, j'ai le désir, ancré profondément, d'être un modèle, de faire modèle chez mon patient. Parce que, exemple, quand je suis avec mes couples, j'utilise les communications qui respectent les principes que je veux qu'ils apprennent mais au fond de moi j'ai un sentiment d'imposteur. Parce qu'au fond de moi, il y a des émotions qui sont pas concordantes à ce que j'essaie d'enseigner parfois. C'est ce bout-là qui est difficile.

4.2.3.2 Vocation en ambivalence

Alexandra témoigne pendant les deux entrevues du plaisir et de la gratitude qu'elle éprouve dans l'exercice de sa vocation mais en même temps, elle éprouve occasionnellement un sentiment d'impuissance et de pesanteur devant l'ampleur de la souffrance qu'elle côtoie dans son travail. Elle précise :

[...] puis des fois je me dis [...] oh mon Dieu, des fois je me dis pourquoi j'ai fait ça ? pourquoi genre, c'est ça ma job ? Des fois, il y a comme une lourdeur, ça dure pas longtemps généralement ces moments-là. Jusqu'à maintenant j'ai pas eu beaucoup de moments de fatigue de la compassion ou ces trucs-là là. Ah mais il y a des fois accueillir cette souffrance-là, toute cette impuissance, porter de l'impuissance des clients qui essayent de te dire genre donne-moi des solutions, puis tu en a pas vraiment. Des fois, je suis comme, mon dieu, c'est complètement masochiste faire ça (rire). Fait que je suis comme un peu en oscillation quand même (rit). Mais je suis plus souvent dans le pôle oh mon dieu j'adore ça, c'est

le plus beau métier au monde. Puis je me sens privilégiée et puis honorée puis tsé, mais il y a d'autres fois, je me dis, oh mon Dieu, quelle lourdeur, pourquoi je fais ça [...] mais tsé il me semble travailler dans les plantes ça serait plus léger, mais ça sera plus léger, ça c'est sûr. Peut-être un peu moins riche, moins de profondeur pi de je ne sais pas.

Elle ajoute :

[...] Puis en voyant les gens, je me sens comme overwhelmed de la tâche, elle est juste très immense puis lourde puis genre arkkkk. Puis des fois, j'ai un genre de dégoût de (rire) puis c'est ça, c'est tellement petit ce qu'on fait, mais c'est significatif mais dans dans une vie, une personne à la fois, lentement.

Rachel exprime aussi des doutes occasionnels sur son désir de demeurer psychotérapeute, désir qu'elle lie à son impulsion de vouloir porter des souffrances qui sont au-delà de ses propres capacités : « Parce qu'il y a des moments où j'ai envie de tout lâcher. Ah oui, pour m'occuper que de moi. Puis il y a d'autres moments où je sens que je suis utile tsé. »

Quand nous lui demandons s'il y a des doutes qui l'habitent, elle confie qu'elle porte souvent des doutes, surtout quand un patient présente des souffrances similaires aux siennes :

Tout le temps, tout le temps. Des fois, j'ai des bouffées d'anxiété qui me montent comme ça là. Je suis en train de travailler et puis oups là. Je me dis : ça je ne comprends pas. (rire) Comment je vais arriver à défaire ce nœud ? Comment je vais faire ça ? Oh mon dieu, ohhhh (rire). Quand surtout que c'est de failles qui viennent te chercher personnellement.

4.2.3.3 Des doutes angoissés

Louis exprime avoir été habité, pendant de longues années, par des doutes sur ses compétences et sur ses capacités d'intervention comme psychothérapeute. Il témoigne de comment devenir psychothérapeute est un cheminement pavé de questionnements, de craintes et d'hésitations qu'il a pu tranquillement apprivoiser. Il raconte qu'il doutait :

[...] quant à l'exactitude de mes interprétations et de la valeur de mes interprétations et [...] je savais pas comment me rassurer sur leur valeur, je... chaque fois que je faisais une interprétation, j'étais pris par des doutes extrêmes qui me tourmentaient vraiment beaucoup. [...] j'étais tout le temps embêté. Je rentrais à la maison, j'étais épuisé par mon effort. Épuisé par mes doutes, épuisé par mes hésitations, c'était, ouf, c'était très difficile, c'était vraiment..... une période où, ouff. C'est beaucoup l'incertitude, c'est beaucoup le, le doute, c'est beaucoup le un sentiment de dévalorisation, un sentiment de [...] ne pas acquérir ce qu'on cherche à acquérir, la capacité d'atteindre un but. Un épuisement professionnel euh... quotidien, c'est-à-dire je rentre du travail, je suis épuisé par mes doutes.

4.2.3.4 Le doute qui menace...

Certains psychothérapeutes affirment ne pas porter de doutes dans la pratique de leur profession. Est-ce que le manque de doutes peut signaler un sentiment de menace, une menace envers sa propre valeur comme psychothérapeute ?

Par exemple, quand je demande à Jacques s'il lui arrive de douter dans sa pratique, il n'arrive pas à penser à un sentiment de doute qu'il aurait éprouvé dans sa pratique :

(long silence) Non, pas, pas euh... j'ai pas euh (silence) La question que l'on peut se poser, c'est est-ce que je vais par là ou par là ou est-ce que je... ça, c'est normal. (silence) Moi, j'ai pas eu de doutes, non ça, j'ai pas de doutes. Toujours, même... bon, le doute que j'ai pu avoir, c'est plus quand je faisais le double rôle de conseiller en orientation, mais je mettais toujours ça clair : maintenant on tombe dans la psychothérapie, est-ce que t'es d'accord ?

4.3 Les souffrances du psychothérapeute

Dans cette troisième section des résultats, nous abordons la place de la souffrance, d'abord en lien avec la formation et ses enjeux; ensuite sous la forme des souffrances vécues dans le travail; de façon plus particulière l'enjeu de porter la souffrance; et enfin à travers la question du psychothérapeute souffrant

4.3.1 Dans la formation et ses enjeux

Les jeunes psychologues sont confrontés à des moments de souffrance pendant le processus de formation. Ces souffrances découlent de certains enjeux cruciaux qui nécessitent un accompagnement de la part des superviseurs.

Deux jeunes psychologues parmi nos participants témoignent de certains enjeux dans leurs parcours de formation en lien avec leurs expériences de souffrance.

4.3.1.1 Être vu et reconnu

André reconnaît que dans son expérience d'interne, il avait besoin d'un reflet positif de ses capacités mais insiste en même temps sur son besoin d'avoir un reflet honnête de ses capacités de la part de sa superviseuse pendant sa première expérience clinique :

[...] je pense qu'il y a des parties de moi, ça m'aurait fait du bien de sentir qu'elle seizait, qu'elle pouvait reconnaître, qu'elle pouvait apaiser sans doute aussi... Peut-être aussi me valoriser d'une certaine façon, valoriser par quelque chose de mon surmoi, c'est drôle à dire mais... je me sentais pas bon pi elle était pas capable de reconnaître qu'il y avait quelque chose quand même de connecté avec le réel, dans comment moi je me critiquais [...] je pensais pas que je suis en échec

mais je voulais un reflet réel qui me disais ben oui, c'est vrai, t'as encore à travailler, t'as des choses à apprendre pi christ, je pense encore que c'était vrai, j'avais beaucoup à apprendre pi j'étais plein d'idéaux, j'étais complètement déconnecté de plein de réalités pi, théoriquement j'étais poche [...] j'étais fâché pi, pi au moins je demandais juste reconnais-moi là où je suis vraiment pi assume, dis-moi-le, assume que c'est vrai que je suis pas si bon que ça pi même ça, elle a pas été capable pi elle est restée dans son nuage de ben non tout va bien, tout le monde il est beau il est content il est gentil, parce qu'elle pensait que de me dire ça, ça allait me faire du bien ou que ça allait me permettre de garder une estime suffisante je sais pas.

L'absence du reflet de ses réelles capacités lui a infligé une souffrance pendant sa première expérience clinique :

[...] ça pas bien été pour moi à l'intérieur mais j'ai pas trouvé d'écho au fait que ça allait pas bien, ça a juste empiré le fait que ça allait pas bien, pi le pire c'est le manque d'écho, c'est pas le fait que ça allait pas bien, le pire c'est pas la souffrance, le pire c'est pas le fait que je souffrais que j'allais pas bien, que je me trouvais pas bon, non, le pire c'est que je pouvais pas être reconnu comme tel, je pouvais pas être reconnu comme quelqu'un qui est en train d'apprendre, qui se trouve pas si bon, qui, qui, qui, qui souffre de débiter [...].

André se sentait seul avec sa conscience de ses difficultés et souffrait de ne pas avoir de reflets fiables et congruents à propos de son expérience de formation. Nous pouvons comprendre de cet exemple qu'il est essentiel que l'expérience de supervision puisse offrir à un interne à la fois un soutien à son narcissisme qui se fragilise par le processus de formation et un contenant validant et sécurisant à travers lequel l'interne pourra intégrer ses limites et ses défis dans son identité professionnelle. Cet équilibre entre soutenir le narcissisme et offrir un reflet réel des capacités d'un interne permet de l'encourager à s'impliquer dans un processus réflexif sur son devenir de psychothérapeute qui, nécessairement, doit débiter pendant la formation.

4.3.1.2 Souffrir la dissonance...

André n'a pas pu intégrer une perception nuancée de lui-même pendant sa première expérience clinique, ce qui l'a amené à vivre des souffrances pendant son expérience clinique subséquente. Des souffrances qui viennent d'un douloureux sentiment de dissonance entre ce qu'il espère être comme psychothérapeute et ses vraies capacités de psychothérapeute. André est resté pris dans sa difficulté de conflictualiser ses propres processus d'idéalisation de lui-même.

Il évoque ce qu'il espérait de sa deuxième expérience clinique :

Fait que, je m'attendais aussi à vivre une belle expérience, à entrer dans une équipe, à peut-être avoir une job après. Je ne sais pas. Avoir l'envie de rester dans le milieu. À être bien validé par mes superviseurs.

Il lui était pénible de risquer de communiquer ses difficultés et ses défis, rencontrés au cours de son travail avec ses patients, à ses superviseurs :

[...] Des limites personnelles, des impasses, un côté très passif de moi qui est un peu dépendant, un peu passif. En tous cas, je me voyais quelqu'un avec très peu d'initiatives, qui avait beaucoup besoin d'être guidé dans ses lectures, dans ses évaluations, formations, évaluations, testings projectifs objectifs. C'était ouff. Je trouvais ça dur de rédiger. J'étais lent. J'étais jamais satisfait de ce que j'écrivais. Je me trouvais pas bon [...] mais je suis resté pris dans mes enjeux où ça a pas tant sorti avec mes superviseurs je crois. J'étais un peu empoté pi, un peu pris, pris les deux pieds pris dans la même bottine. J'avais peur de m'exposer d'une certaine façon. Je pense que j'allais pas tant exposer tant en supervisions, qu'est-ce qui était difficile, qu'est-ce que je sentais qui marchait pas. Je pense que j'avais peur du jugement de mes superviseurs [...].

André témoigne des manifestations de sa souffrance telle qu'elle s'exprimait pendant sa formation :

Le retrait c'est l'expression de ma souffrance. Le fait de me cacher et de m'enfermer dans mon bureau. Le fait de me retrouver dans ma petite cellule fermée. [...] c'est un retrait, mais c'est un retrait de mon monde interne aussi. Il y a comme une coupure là. Je me coupe de moi. C'est clair là. Tsé, j'arrive pas à rester là-dedans, à jongler ça. [...] Je me suis rejeté le blâme comme quelqu'un qui aurait dû être capable, parce que j'étais là, puis parce qu'on s'attend d'un interne qu'il soit professionnel, puis qu'il fasse la job de psy, quoique j'étais pas rémunéré à l'époque évidemment. Puis moi, je m'attends, plus ce que quiconque, je m'attendais de moi-même, de sentir que ça avance.

Malgré cette expérience de souffrance, André arrive, dans l'après coup, à réaliser que le sentiment d'être pas bon fait partie du processus de formation. Il dit :

Pi encore aujourd'hui, je me dirais, j'étais sûrement pas très bon. Pi c'est correct, pi je le dis avec une certaine bienveillance à mon propre égard là. On dirait qu'aujourd'hui j'aurais envie de dire que c'est correct de ne pas être bon. Puis je pense que j'étais pas bon comme probablement ben du monde qui commence puis qui ont des idées rigides comme j'en avais.

Cet exemple démontre comment le processus de la formation est une période où l'interne est confronté à ses propres sentiments de défaillance et au décalage entre l'idéal et la réalité. L'expérience de la supervision ne doit-elle pas être un espace dans lequel un interne peut négocier ce décalage avec l'aide de son superviseur? Le superviseur ne doit-il pas être sensible aux enjeux de l'idéalité et au besoin de l'interne d'être accompagné dans son expérience de dissonance? Comment le superviseur peut-il accompagner le jeune interne dans l'expérience de ses lacunes et de son désir d'apprendre, tout en l'amenant à reconnaître qu'il est en apprentissage et juste au commencement de celui-ci?

4.3.1.3 Les attentes angoissantes

André exprime aussi que certaines attentes de la part des superviseurs sont parfois lourdes à porter par un jeune interne. Il avait le sentiment de ne pas avoir sa place dans les discussions cliniques dans son milieu d'internat, à quoi s'ajoutait son sentiment d'impuissance devant les attentes de ses superviseurs :

C'était super intéressant. Je suis capable de lire, mais après on se retrouvait, il fallait parler de ça. Puis je ne sais pas, ça soulevait un peu mes enjeux de OK, il faut que je parle, mes superviseurs me regardent et puis ils attendent que je parle, pi que je dise de quoi et que je participe. Je ne sais pas quoi dire, puis là je m'exige de moi-même d'avoir des choses tellement intéressantes à dire sur notre lecture, tellement pertinente, puis aye aye aye, le struggle. Esti ça me virait à l'envers en ce moment-là. C'était terrible. C'était les plus durs moments ça, je pense. Les séminaires théorico-cliniques. On s'attend à ce que les doctorants participent, à ce qu'ils présentent les textes, à ce qu'ils s'impliquent, à ce qu'il y ait de l'initiative, à ce qu'il y ait quelque chose à dire. [...] Mais en même temps, de nous le demander de prendre une place, de me demander de prendre une place mature et nuancée, hey là attends là. Non non, je suis pas nuancé là. Je suis terrorisé là. Ben oui je vais exploser quand je vais prendre la parole parce que ça fait trois heures que je me retiens, puis ça va sortir tout croche.

Cet exemple démontre comment il est important pour le superviseur d'être conscient que certaines attentes envers un interne peuvent le paralyser.

L'expérience de la formation est aussi une période dans laquelle l'interne peut être confronté à ses propres souffrances et à des enjeux dont il n'avait pas conscience. Par exemple, pour André, parlant ici de lui-même à la troisième personne, l'expérience de stage vécue dans ces conditions l'a amené à se débattre avec un syndrome d'imposteur qui : « [...] révélait quelque chose de sa souffrance, de ses angoisses, de ses failles personnelles, de ses blessures propres que je connaissais pas, que je nommais pas bien [...] ».

Nous pouvons comprendre ici que la formation est un temps où l'interne peut se confronter avec des enjeux et des souffrances qui viennent de sa propre histoire. L'expérience de la supervision ne doit-elle pas offrir un contenant sensible à ces enjeux pour le psychothérapeute en devenir ? Comment un superviseur peut-il normaliser et valider cette expérience pour que l'interne puisse entamer un processus de connaissance de lui-même ?

4.3.1.4 Le droit de ne pas être bon...

André ajoute qu'au cours de son premier stage, il devait s'auto-évaluer sur ses compétences de psychothérapeute et il dévoile que cette expérience a été pénible pour lui :

Ce qui est paradoxal c'est que au (stage), la première évaluation on se la fait nous-même, donc on nous demande de nous critiquer, on nous demande dans un premier stage au début de s'autojuger, ce que beaucoup d'étudiants trouvent vraiment difficile et déplorable dont moi, pi c'est ça, pi il y a des barèmes pi là il faut se coter sur 5 ou sur 10 sur plein de barèmes, plein de compétences pi là jusqu'à quel point tu penses que t'as bien incarné cette compétence-là, pi là c'est comme si, évidemment tout le monde veut un A ou un A+ ou tsé, même si c'est un succès échec ch'ais pas, pi là, il y a personne qui va se mettre un B ou un C, il y a pas personne qui va se mettre 70 ou du 65 %. Moi, je me sentais vraiment comme, aye, je commence, c'est pas vrai que toutes ces compétences-là j'ai été capable pi, j'avais vraiment l'impression de m'être posé la question tsé.

Dans cet exemple, nous pouvons comprendre comment l'auto-évaluation peut devenir un processus anxiogène et déstabilisant dans une première expérience de stage. De plus, l'expérience de l'auto-évaluation peut éveiller des enjeux de performance chez le jeune psychothérapeute en formation et peut l'inciter à vouloir démontrer déjà des compétences qui prennent normalement plusieurs années à acquérir. Le processus de formation peut être vécu par le psychothérapeute en devenir comme une épreuve dans laquelle il doit se montrer comme déjà bon et achevé. La formation ne doit-elle pas être vécue par l'interne

comme une opportunité de se connaître lui-même comme psychothérapeute ? Peut-on penser la formation comme une période où le jeune psychothérapeute est invité à un processus réflexif sur son devenir de psychothérapeute et sur le fait qu'il sera toujours en devenir ? On espère que le ou la superviseur(e) de stage aura déjà affronté ses enjeux narcissiques personnels quant à son propre devenir professionnel.

4.3.1.5 Entre soigner, souffrir et performer

La formation peut coïncider avec une période de souffrance personnelle importante pour un interne. Le psychothérapeute en devenir peut vivre des dilemmes : exposer sa souffrance personnelle en supervision ou rester aux prises, dans la solitude, avec ce qui fait souffrir ? Se débattre avec des enjeux de performance et d'évaluation et, en même temps, avoir le besoin de prendre soin de sa souffrance pour être en mesure de bien soigner le patient peut être parfois déchirant. Peut-on bien apprendre à soigner tout en étant souffrant soi-même en se clivant de sa souffrance personnelle ?

Le tabou de la souffrance du psychothérapeute peut empêcher un interne de parler ouvertement de la souffrance personnelle qu'il pourrait vivre pendant sa formation et entraver le développement de son identité professionnelle.

Alexandra vivait la perte de son mari décédé pendant sa deuxième expérience de stage. Elle raconte comment cela lui a été pénible de contenir sa souffrance pendant qu'elle travaillait avec ses patients :

[...] c'était comme si je me disais il faut que... le mettre de côté quand je suis là avec mes clients, mais ça m'épuisait, j'étais décalissée encore plus. Je veux dire, je sortais, je commençais à pleurer dès que j'embarquais sur mon vélo pour retourner chez moi. Tsé, c'était comme j'essayais de contenir le nombre d'heures que j'étais là là. Puis oui c'était pas très productif.

Elle témoigne des enjeux de performance et d'évaluation qui pèsent sur elle :

[...] il y avait des enjeux de pression qui ressortaient de performance où je me disais oh je ne peux pas, je suis au travail, il faut que je sois un professionnel. Puis surtout c'est un contexte d'évaluation, j'étais étudiante, il fallait bien que je réussisse ces internats pareil tsé, fait que (rire), ça aussi là, parler de mes clients à la supervision.

Elle raconte aussi son expérience au sein d'une équipe de supervision dans laquelle elle n'a pas pu aborder sa souffrance personnelle :

[...] il y avait une équipe et il y en a certains qui avaient pas de place pour ça puis ça, ah j'ai tout fait. Le premier avec qui j'ai commencé, en tous cas, je suis arrivée à faire un switch après comme quatre mois, tsé j'ai éclaté puis j'étais comme ça me ferait pas avec lui. J'aimais vraiment pas cet espace-là. Je me sentais vraiment qu'il fallait que je me contienne. Je me permettrais pas d'être authentique.

Alexandra a finalement trouvé un superviseur avec qui elle a pu travailler la façon d'accueillir et de contenir sa souffrance dans son travail avec les patients :

On a cheminé vraiment à tsé c'était comme c'est quoi mes capacités, mes nombres de clients, mon état, s'il y a une journée que je cancelle parce que je suis envahie, ben c'était toujours de prioriser mon expérience d'abord, jamais d'essayer de tasser ça pour être là pour le client. Tsé, c'était comme, il m'a beaucoup aidé à gérer ça. [...] On a beaucoup travaillé. [...] parce moi je vivais ça, j'étais plein dedans, puis comment j'intègre ça en faisant, en étant capable de faire ce travail-là. Comment je reste aidante pour le client ? Comment je prends soin de moi d'abord en étant capable de rester aidante pour le client ? Quand est ce qu'il y a des limites qu'il faut que j'écoute ? C'est quoi ces limites-là ?

Elle insiste sur l'importance d'avoir un superviseur qui est sensible au tabou de la souffrance personnelle chez un stagiaire. Elle dit :

Si j'avais pas lui, ça aurait été vraiment rushant. Pi lui il est arrivé justement non seulement à enlever ce tabou là, mais donner le droit, de normaliser ça, de valider au bout, mais c'était vraiment pas de même avec tout le monde-là. Non. [...] Fait que ça a pris un psychologue lui-même qui est extrêmement capable d'accueillir

et de valider et de résonner avec beaucoup d'empathie. [...] c'est comme ça que je m'explique qu'en supervision j'ai été capable d'aller là, ça été la qualité de la personne de mon superviseur tsé.

Nous pouvons comprendre que la période de formation peut être une opportunité pour que l'interne puisse intégrer sa souffrance personnelle dans son identité professionnelle et ainsi comprendre que la souffrance personnelle du psychothérapeute n'est pas un obstacle dans son travail avec les patients. C'est-à-dire que le psychothérapeute peut être souffrant et en même temps être en mesure d'accompagner le patient dans ses souffrances.

Il est aussi essentiel que le superviseur soit en mesure d'offrir un espace dans lequel le psychothérapeute en devenir peut commencer à intégrer sa souffrance dans son identité professionnelle, processus qui commence en période de formation et qui continue tout au long de l'exercice de sa profession. Sinon, le stagiaire risque de vivre sa souffrance personnelle dans la solitude, dans la peur qu'elle ne soit décelée par les autres et dans la honte de se sentir moins compétent. L'éventualité de la souffrance personnelle doit être un sujet abordé et discuté par le superviseur au cours de la formation des jeunes psychothérapeutes. N'est-ce pas Winnicott (1965) qui disait : « Se cacher est un plaisir, mais ne pas être trouvé est une catastrophe ».

4.3.2 Le regard sur la souffrance dans leur travail

« [...] on aide les gens à tolérer une réalité qui est toujours plus conflictualisante, plus incertaine, plus ambiguë, plus grise, plus difficile. » (André)

4.3.2.1 Souffrir comme but en soi

La majorité des participants ont exprimé le fait que la souffrance n'est pas que le prétexte de consultation chez les patients mais aussi la visée de la psychothérapie.

André l'exprime ainsi :

Ben souvent, la souffrance... c'est quasiment un objectif en soi de l'atteindre, d'y toucher, de se laisser la ressentir. [...] ben c'est ça le travail, c'est accepte de souffrir de quelque chose tranquillement, en le symbolisant, en mettant des mots dessus, en voyant que t'en meurs pas, en arrivant à prendre un peu de pouvoir par les mots, en prenant un peu de distance tranquillement, en le mettant dans une histoire.

Alexandra concourt : « [...] en tout cas apprendre à mieux souffrir ce qui soulage quand on souffre mieux. Quand on sait mieux comment souffrir, il y a quelque chose de soulageant dans ça [...] ».

Dominic conçoit la souffrance comme essentielle pour le patient et pour le thérapeute :

La souffrance pour moi est un concept central autant pour le patient, le client que le thérapeute. Selon moi, la souffrance est le moteur qui mobilise le patient à changer donc à adhérer à la psychothérapie. Et aussi le clinicien selon moi, déjà dans sa genèse de clinicien il aurait fallu qu'il fasse l'expérience de la souffrance. Puis que là, il vient de mettre ça comme un tambour de résonance, comme un outil clinique pour être capable d'accompagner la personne dans sa souffrance vers une voie de sortie ou d'un apaisement.

Finalement, Emmanuel affirme que la souffrance et le plaisir sont intimement connectés :

C'est comme si à plusieurs égards le travail consistait à aider la personne à se rapprocher de sa souffrance, [...] débloquer le ressenti pour aborder la souffrance, ben c'est aussi débloquer le ressenti pour mieux ressentir, pour mieux se connaître, pour pour vivre la joie aussi. Parce que dans le fond quand on est anesthésié on est autant coupé de la souffrance que du plaisir. [...] la souffrance est souvent ce qui a besoin d'être dépassée, métabolisée pour pouvoir avancer pour pouvoir justement euh vivre autre chose de plus intéressant.

4.3.3 Comment portent-ils la souffrance des patients ?

« [...] J'en souffre dans le sens où je me sens un peu incomplet, un peu handicapé. » (André)

Les psychothérapeutes interviewés témoignent chacun de la façon dont ils portent la souffrance des patients. Certains racontent leur sentiment d'être limité dans leur capacité à porter cette souffrance, tandis que d'autres rapportent ressentir une forte identification avec la souffrance des patients. Certains intellectualisent leur perception de la souffrance tandis que d'autres s'ouvrent davantage à la possibilité de l'éprouver. Alors que certains se disent habités par la souffrance des patients en dehors de leur cabinet, d'autres arrivent à s'en dégager et à établir une séparation entre le travail et la vie privée.

Chacun des participants révèle une disposition idiosyncratique à pouvoir s'identifier ou non à la souffrance qui émane de leur pratique.

4.3.3.1 Sans choix et sans refuge

Dominic témoigne de son cheminement dans sa manière de porter la souffrance de ses patients. Il raconte comment sa distance thérapeutique était grande avec ses patients au début de sa pratique :

[...] au début j'avais... ma distance thérapeutique était grande pour être capable à obéir aux dogmes ou à la... ce qu'on souhaite atteindre, ce qui est préconisé. Je me rendais compte que j'étais moins efficace. Mon rend de compte était moins bien avec les patients. Ils s'améliorent moins. Donc quand j'ai réussie à maîtriser mon intérieur suffisamment pour réduire la distance thérapeutique intérieure, là j'ai eu.... c'est les facteurs communs là. On devient beaucoup plus efficace. C'est comme si on jouait avec le feu volontairement.

Pour être en mesure de porter les souffrances de ses patients, Dominic raconte avoir passé par des souffrances personnelles dues à un accident important :

(pendant) ma convalescence physique, j'étais renfermé dans mon corps. Fait que je pouvais juste réfléchir. Tant aussi longtemps que je me battais contre cette souffrance-là, tant autant que je voulais la surmonter, j'arrivais absolument à rien d'autre que la dépression. [...] Puis j'ai dit ok, je vais faire face à l'inéluctable que je serais jamais le guerrier que j'étais. C'est terminé. Mais est-ce que je peux devenir quelque chose d'autre ? Puis en l'acceptant et la prenant à bras le corps cette horreur-là. C'était vraiment l'horreur. Ça m'a permis de passer à un autre niveau de conscience qui m'a ouvert vers mon.. [...] comme si j'avais un troisième œil qui s'est ouvert, parce que j'étais capable d'entendre, métaphoriquement parlant, les émotions de l'autre. Qu'avant je faisais juste un constat des signes objectifs et subjectifs puis je donnais un traitement. Puis là j'étais capable d'entendre la résonance émotionnelle de l'autre à cause que j'étais au fond de mon propre désespoir. C'est là que je dirais mon point de transformation là.

Il ajoute :

[...] on doit goûter sans être envahi, on doit goûter la souffrance de l'autre. Ça c'est le petit twist de notre métier. Puis ça fait une grosse différence parce que ça fait que nous, pas que les autres ont pas besoin de le faire, mais que nous c'est vraiment indispensable pour notre métier à soigner notre souffrance parce qu'on va continuellement s'exposer à la souffrance. On n'a pas de refuge théorique. Mais en tant qu'infirmier en santé mentale, j'ai un refuge théorique. Je me fie à la médication. Je me fie aux examens diagnostiques de laboratoire et des choses comme ça pour objectiver sans utiliser mon self. Tandis que comme psychothérapeute, j'ai plus accès à ces outils-là. Je suis obligé d'utiliser mon seul outil qui est mon intérieur qui est ma zone fragile ou sensible.

Nous pouvons comprendre que Dominic dit qu'il doit continuellement apprivoiser sa propre souffrance et s'approprier sa fragilité pour être en mesure de s'identifier avec les souffrances de ses patients. N'essaie-t-il pas de dire que la capacité de porter les souffrances des patients est intimement et indispensablement liée à sa capacité de porter sa propre souffrance ? N'est-il pas une question éthique d'être en mesure de porter sa propre souffrance ?

Dans le même ordre d'idées, Emmanuel témoigne de l'importance d'avoir soi-même traversé des souffrances pour être en mesure d'accompagner et de porter la souffrance de l'autre :

[...] j'utilise souvent des métaphores dans mon travail, mais des fois y'en a une que j'aime bien c'est celle de la piscine pis c'est comme si euh c'est comme si le comme si moi ben je sais nager dans ces eaux-là. J'y ai été plusieurs fois, donc je sais que je vais pas me noyer. Mais les gens qui viennent me voir avec leurs souffrances souvent ils ont peur de s'y noyer, d'être submergé, d'être envahi par la souffrance que s'ils se laissent aller à ça, ben si ils ouvrent la portes finalement qu'est-ce qui va se passer ? Est-ce qu'ils vont s'effondrer ? [...] Ils peuvent mettre le pied dedans, pis éventuellement aller un peu dedans pis je leur tiens la main etc. Mais que c'est comme un apprivoisement de ces eaux-là de ces eaux profondes là dans lesquelles il y a de la souffrance.

4.3.3.2 Porter sans limite

Rachel racontait comment elle tend à vouloir trop porter la souffrance des autres :

C'est que j'ai tendance à vouloir trop soulager. Ça veut dire que dans le fonds j'ai tendance à vouloir trop soulager. Ça veut dire que j'ai tendance parfois à prendre trop de patients. Et ça, il y a quelque chose en moi qu'il faut vraiment que je travaille là-dessus.

Rachel arrive éventuellement à comprendre cette prédisposition :

On dirait que c'est parce que je suis en contact avec ma propre, mes propres, mon propre abandon. Dans ces instants-là, on dirait que je ne peux pas abandonner l'autre dans le moment tsé. Je pense que dans ces cas-là, ce que je réalise en vous en parlant là, que dépendamment dans ces instants-là, je suis prise avec mon propre abandon. Je suis prise avec mon propre abandon, être abandonnée. Donc je veux pas abandonner l'autre parce que moi on m'a abandonnée puis je sais comment ça fait souffrir tsé. [...] Tsé, je me donne une forme de responsabilité. Je me questionne là-dessus comme thérapeute. C'est ça, il faut que je travaille ça. Fait que comment comme thérapeute j'ai ce besoin ça de de de de en tous cas de de... c'est ça quelque chose comme ça un peu tsé, un peu la la probablement la fatigue du thérapeute là.

Nous pouvons remarquer que Rachel éprouve un sentiment de culpabilité parce qu'elle ne se sent pas capable de répondre à tous les besoins d'aide autour d'elle. Pourtant cette culpabilité peut générer des enjeux tels que le burnout professionnel et la fatigue de compassion. Si le thérapeute se sent coupable quand il a le sentiment de ne pas pouvoir aider, est-ce que cela peut compliquer le vécu contre-transférentiel du thérapeute ? Comment un psychothérapeute peut-il apprendre à être à l'écoute de ses propres limites et à les accepter ?

4.3.3.3 Souffrir de ne pas assez souffrir l'autre...

André raconte comment il se perçoit comme un psychothérapeute qui ne porte pas assez la souffrance de ses patients. Il exprime une certaine culpabilité concernant sa faculté à vite se déconnecter des émotions d'une rencontre dès que cette dernière est terminée, et il se demande si pendant la rencontre il a vraiment le courage d'entrer dans la douloureuse subjectivité du patient afin de réfléchir avec lui sur son vécu :

[...] j'ai comme pris conscience que je portais pas beaucoup. Il y a autant de façons peut-être de le vivre. [...] je porte pas assez, [...] il y a quelque chose de moi qui porte pas assez, qui fait en sorte que j'investis pas tout le temps les patients sans doute autant que je pourrais, euh, je me laisse pas beaucoup aller dans des pensées, dans des associations, dans des processus primaires inconscients à leur égard, euh, je leur accorde la séance. Je leur accorde 50 minutes, je pense que dépendant de ces 50 minutes-là, avec toute la réserve que ça demande quand même, mais je pense que je suis bien présent. Je pense que j'ai la capacité d'être bien présent tsé, présent à moi aussi avec eux, mais... quand je ferme la porte du bureau là, tout s'éteint.

Il dit souffrir :

D'avoir cette difficulté-là, cette froideur-là, cette rigidité-là peut-être, à me laisser habiter de façon peut-être plus incarnée, à sentir plus l'écho des tripes avec

l'autre, à... à pouvoir euh, un peu par sorte d'empathie intuitive pi incarnée, peut-être de sentir le lieu de, de, de l'angoisse [...] c'est ça, je pense qu'il y a quelque chose de ma limite à quelque part où je suis peut-être un peu déconnecté, plus déconnecté de mon corps dans la rencontre pi il y a quelque chose là de, de la rencontre, du partage, d'un, d'un échange subtil qui se fait sans doute moins que pour d'autres qui sont peut-être un peu plus poreux, qui ressentent plus facilement l'autre, mais en contrepartie, je pense que j'ai une bonne capacité imaginaire, intellectuelle, symboligène à offrir, de faire quelque chose quand même des affects, des émotions, de la souffrance.

4.3.3.4 Porter au point...

Louis pour sa part éprouve une grande identification avec les souffrances physiques de ses patients, mais devient moins sensible aux souffrances psychologiques :

J'absorbais physiquement leurs souffrances. Donc, je dois être très vigilant pour ne pas que cette identification à la souffrance de l'autre n'ait un impact sur ma santé. Je dois beaucoup réfléchir aux divers symptômes que j'entends dans mon corps. Est-ce que c'est un vrai symptôme ou est-ce que c'est un symptôme de mes patients par exemple.

Il ajoute :

Oui, enfin, disons qu'il y a des choses qui ont changé. C'est-à-dire que pendant longtemps j'étais sensible à la souffrance psychologique sans doute parce que j'avais ma part de souffrance psychologique aussi. Et puis euh petit à petit la souffrance psychologique n'a plus vraiment eu de secrets pour moi. J'ai commencé à m'ennuyer, avec des patients, j'avais le sentiment que les choses se passaient trop simplement, trop facilement, trop... j'ai commencé à m'ennuyer avec ce type de clientèle.

Cet exemple démontre la dimension dynamique et fluctuante d'une tension entre la perméabilité et le besoin de protection dans la capacité d'identification du psychothérapeute avec le patient.

4.3.3.5 La peur d'être « contaminé »

Jacques se perçoit comme quelqu'un qui est en mesure de porter la souffrance des autres et précise que porter la souffrance de ses patients consiste à ne pas se laisser contaminer par elle :

Moi, je te dirais que je suis très à l'aise [...] pour ne pas se laisser contaminer comme j'ai déjà dit euh, négativement, par des choses euh, qui seraient plus difficiles à gérer par exemple. C'est aussi la capacité euh... (silence) c'est toute cette capacité de l'empathie en quelque sorte, mais dans le bon sens du mot euh... de ne pas... de se laisser émouvoir mais d'une manière telle qu'on ne tombe pas dans la sympathie. Parce que sinon, on va se contaminer avec la souffrance de l'autre.

Il conceptualise la souffrance de ses patients comme des masques qu'ils portent et des prisons qu'ils se créent :

Ça permet de comprendre l'ensemble des masques que les gens portent malheureusement ou heureusement, dans leur vie personnelle ou professionnelle. [...] Ce qui est impressionnant, c'est comment les humains arrivent à se mettre des croyances ou des barrières... des désirs tels que ça les amène à souffrir. [...] c'est quand la personne, tu la vois derrière un barreau, comme si elle était en prison, [...] tu vois que la personne a' tient son propre barreau et qu'elle est comme complètement dans le vide en quelque sorte, elle est pas en prison, elle est, elle tient, autrement dit, c'est comme si elle tenait ses propres barreaux, comme si elle créait elle-même sa propre prison.

Est ce qu'il est préférable ou favorable de se sentir contaminé occasionnellement par la souffrance du patient ? Est-il fructueux d'essayer de garder constamment une ligne claire entre notre empathie et notre sympathie comme psychothérapeute ? Travailler avec la souffrance de l'autre ne consiste-t-il pas à être temporairement et partiellement contaminé par elle ?

4.3.3.6 Le courage de souffrir avec l'autre

Après avoir traversé une période de souffrance marquante dans sa vie, Alexandra témoigne de ce qu'elle arrive à porter de grandes souffrances avec ses patients :

C'est comme si j'ai pas peur de plonger vraiment dans le fond des fonds des océans de souffrances (rire). Puis ils le sentent, puis je ne sais pas ça les sécurise. Ça leur donne la confiance qu'on va y aller à deux. Ça va être correct tsé. [...] Moi je panique pas jamais quand un client me parle des idées suicidaires. Ah mais jamais. Puis ils le sentent puis je les prends au sérieux. Mais ça me panique pas (rire). Fait que cet accueil-là que j'ai, je le sens que ça vient de les apaiser.

Son expérience de souffrance personnelle lui a permis de développer une grande capacité d'identification avec les patients. L'exemple d'Alexandra suggère que le processus thérapeutique peut consister à se rapprocher de la souffrance du patient et la porter avec lui.

Devant ce panorama de différentes manières de porter la souffrance du patient, nous pouvons comprendre que chaque psychothérapeute entre dans la relation avec sa personnalité et ses moyens à lui. En tant qu'observatrice extérieure, nous ne pouvons pas juger de la valeur de l'approche de chacun d'eux. Nous ne croyons pas qu'il y ait une seule bonne façon de porter la souffrance des patients, mais nous pouvons nous demander ce que chacun réussit à accomplir à partir de ce qu'il est, à partir de sa façon de s'engager dans la relation psychothérapeutique ?

4.3.4 Le psychothérapeute souffrant

De quelles sortes de souffrances les psychothérapeutes parlent-ils quand nous évoquons le thème du psychothérapeute souffrant ? Certains évoquent une souffrance

qui vient de leur histoire de vie personnelle ou de leur vie actuelle. D'autres se sentent apparemment menacés et évitent de toucher au sujet, préférant parler rationnellement des souffrances de leurs patients ou de leurs collègues. D'autres parlent plutôt de leurs souffrances au niveau de leur identité professionnelle. Chacun à sa façon témoigne de l'investissement de sa propre souffrance et de l'impact sur son travail.

4.3.4.1 Entre l'enfant honteux et l'enfant tout-puissant

Dominic raconte comment son expérience d'être rejeté pendant son enfance a laissé des traces de blessures narcissiques qu'il continue de porter aujourd'hui. Il exprime son sentiment de honte, et son besoin de reconnaissance qui lui inflige de la souffrance mais qui le pousse aussi à devenir un meilleur psychothérapeute :

Moi j'ai soit la tendance de penser que les autres psychothérapeutes sont meilleurs que moi, que les autres psychothérapeutes sont plus efficaces, sont sont... puis ça c'est directement un écho de l'enfant inadéquat, pas comme on voulait, qu'on a rejeté, qu'on voulait se débarrasser et envoyer en famille d'accueil. C'est clairement un écho de ça. Je suis capable de le voir mais la paix avec ça reste un défi. [...]

Le sentiment d'être un enfant honteux exerce encore son influence :

[...] ça se poursuit dans l'âge adulte comme psychothérapeute. Être un bon psychothérapeute c'est celui qui a des évaluations parfaites quand il fait sa supervision. C'est celui qui a fait son internship a eu la meilleure note à l'école, qui a fini avec mention sa maîtrise. Cette pulsion, ce besoin viscéral d'être reconnu (silence) va avoir nécessairement un aspect positif qui est de maintenir une tension vers la performance et l'excellence, et en même temps créer une souffrance.

Dominic raconte aussi comment il apprivoise la désillusion de son désir de toute-puissance quand il est confronté à sa souffrance et aux souffrances des autres.

Je dirais qu'il y a eu un lourd sentiment. Comme une honte, de ne pas être à la hauteur. De ne pas être justement capable d'aider les autres. Euhh (silence) [...] c'est souvent de la honte mais une profonde déception de voir autant nous même que les autres, on... peu importe le mode de vie, les valeurs qu'on se met à nous-mêmes. Ben la vie nous amène des épreuves et nécessairement on retombe dans un rouleau de souffrance.

Par son témoignage, Dominic affirme que l'appropriation de certaines expériences de souffrances passées est un processus continu et qui perdure tout au long du devenir du psychothérapeute.

4.3.4.2 L'enfer de la perte et l'amour qui sauve

Alexandra aborde le sujet du psychothérapeute souffrant en parlant de la mort tragique de son mari et du deuil traumatique qu'elle traverse depuis 4 ans maintenant. Elle raconte le début de son deuil comme :

La souffrance était tellement présente, constante, envahissante, puis immense. [...] C'est un deuil très intense, complexe, il y a des éléments de trauma par rapport à la maladie. Puis moi...fait que c'est ça, quand il est parti j'étais complètement dysfonctionnelle pendant 1 an, 13 mois. [...] J'étais très suicidaire et c'était comme ma vie s'est écroulée entièrement. Ahmmm. Fait que de 1, faire mon doc faisait plus de sens, j'étais comme j'ai plus envie de vivre. Je veux rien faire du tout, mais aussi l'idée d'être une psy c'était comme euhh non [...] Je me disais genre, je vais pas avoir de l'empathie pour les troubles, les gens qui sont en dépression ou de l'anxiété. Puis là tsé, j'en parle de même, j'ai plus ce style là comme psy. Mais à ce moment-là, j'étais comme vraiment moi dans un drame tsé épouvantable, terrible puis tsé, pour moi c'était la fin de mon monde. Puis j'étais comme les gens qui ont des petites vies ben ordinaires avec rien qui se passe de dramatique puis qui est comme aiee qui font des attaques de panique, regarde je m'excuse.... Fait que tu comprends, j'étaisje pensais pas que ça allait pas revenir tsé.

Elle ajoute que c'est l'amour qu'elle porte pour son mari qui l'a motivée à continuer ses études :

[...] c'était comme par amour pour mon mari, pour honorer sa mémoire. Fait que mon doc avait ce sens-là pendant toutes mes années d'études tsé. Je suis avec lui depuis mes 16 ans. Tsé, tu sais c'est quoi un doc, à tout ce que ça demande. Fait qu'il m'a soutenu. Je veux dire, pour moi ce doc-là c'était c'était pas mon doc, c'était notre doc. Dans le sens que le papier il avait sa part à avoir là-dedans tsé. Fait que je me le disais si je vais pas le finir, si je le finis pas, c'est comme si je mettais aux poubelles tout son investissement qu'il a mis en moi pendant ces années de vie qui ont été beaucoup trop courtes tsé. Fait que c'est ça. C'est devenu important pour moi à ce moment-là d'y aller pour honorer son héritage dans ma vie, qu'est-ce qu'il a investi en moi. Le rendre fier donc.

Alexandra ajoute que malgré sa grande souffrance pendant sa première année de deuil, elle réalisait qu'elle était en mesure d'être sensible et à l'écoute des souffrances des autres :

[...] puis tsé dans ma première année de deuil quand j'avais des gens autour de moi qui souffraient des fois. Pi là, je voyais que je me sentais un peu moins toute seule tsé, pi que j'oub... pas j'oubliais là, j'oublie jamais, que mon deuil devenait peut-être un peu plus dans l'arrière-plan avec ma souffrance qui devenait un peu plus dans l'arrière-plan, que j'arrivais à être dans le moment présent. C'était au départ seulement quand j'étais en contact avec la souffrance de quelqu'un d'autre.

Elle raconte que le vécu de son deuil a progressé au cours de ses quatre années :

[...] Ben, de manière générale, à l'heure actuelle dans ma vie et de façon générale dans mon travail, c'est vraiment, je suis rendue ailleurs. Je suis rendue capable de vivre dans le moment et que ça soit pas dans l'avant-plan. Pi comme je dis, plus je prends soin de ça, je l'honore, je fais ce que j'ai à faire dans des moments et ces espaces appropriés pour moi. Fait que ça se passe dans plein de sphères incluant le travail. Fait que de façon générale, c'est plus, tsé je veux dire, maintenant c'est dans mon identité là. Je veux dire d'être une veuve, être endeuillée, l'absence de mon mari et puis tout ça, ça m'habite constamment dans tout ce que je fais.

Malgré son deuil pénible et son ambivalence dans son désir de rester psychothérapeute, Alexandra a fait le choix de vouloir continuer, à accepter de rester proche de sa souffrance et de la souffrance de l'autre.

4.3.4.3 La honte inconsciente : un désir de toute-puissance ?

Quand nous abordons le sujet du psychothérapeute souffrant au cours des deux entrevues, Jacques élabore rationnellement sur le sujet et préfère mettre à distance ses affects et ses expériences subjectives de souffrance. Il exprime à la chercheuse un sentiment de menace.

Il raconte :

Tu me poses une colle là, tu fais exprès ! [...] Pour être psychothérapeute il faut que tes bibittes soient propres. [...] il faut que nos bibittes soient lavées au Tide ultra-propre, c'est pas de ne pas avoir de bibittes, c'est de ne pas avoir vécu de, mais c'est d'avoir suffisamment travaillé ses trucs de manière à ne pas projeter chez le client nos propres, propres, propres affaires [...] J'ai vu ça chez des collègues, [...] tu vas dire : oh mon Dieu, j'irai pas la consulter par exemple. Ben tu... tu sens que la personne a pas réglé certains trucs. Ça, ça se vit soit quand moi, je supervise, ou soit quand j'étais dans des supervisions [...] Donc, lors des supervisions que j'avais avec le docteur X par exemple, ben je voyais une certaine personne qui était en souffrance comme intervenant. Bon, c'est sûr que la souffrance de l'autre peut faire peur parce qu'on est humain, euh, mais moi j'ai toujours euh, eu de bonnes stratégies.

Jacques semble exclure l'idée qu'il puisse lui-même être un sujet souffrant, et semble jeter un œil critique sur la souffrance qu'il peut voir chez ses collègues. Nous pouvons nous demander si son discours est teinté par le désir ou la volonté de toute-puissance par rapport à sa propre souffrance. Est-ce qu'un tel discours contribue au tabou et au stigma de la souffrance du psychothérapeute ? Est-ce que derrière ce désir de toute-

puissance se cache un sentiment de honte par rapport à sa propre souffrance, honte qu'il projette sur d'autres psychothérapeutes ? Est-ce qu'il exprime implicitement qu'un psychothérapeute souffrant ne peut être un psy compétent ? Quand un psychothérapeute n'est pas en mesure de reconnaître sa propre souffrance, est-ce qu'il peut accueillir celle du patient sans se sentir menacé ?

4.3.4.4 La souffrance qui déborde...

Rachel aborde le thème du psychothérapeute souffrant en élaborant sur son état traumatique réveillé dans le contexte de pandémie.

Tsé, les paniques sont souvent là. La semaine dernière, je me suis décidée à appeler mon médecin puis j'ai dit : écoutez, cette semaine, j'ai besoin d'une médication pour me soulager. Je dors pas, je dors très très peu. Je suis toujours dans un état de panique. J'arrive quand même à travailler. J'avais peur de ne pas être capable de travailler. J'arrive quand même à travailler. Mais c'est moi qui est pas capable de se déposer. Je suis toujours pris dans dans dans quelque chose dans quelque chose... c'est comme si l'état traumatique me revient. La peur, l'effolement, le non-sens, ne pas être capable de se déposer quelque part.

Elle ajoute :

Bon, Je travaille avec mes patients. Ça c'est ça va. Je suis capable d'être là. J'ai cette disponibilité-là. J'essaie de garder ça mais je travaille fort. J'avais vraiment besoin d'une médication. J'avais besoin de me déposer, de calmer l'organisme. Le travail se fait, mais quand tu es toujours à fleur de peau, c'est pas facile. [...] j'ai commencé une médication ce matin du Celexa. [...] Je commence à penser en quelque part, des fois, on a pas le choix. En tout cas, j'ai pas le choix. J'ai pas le choix. En tout cas, moi j'ai pas le choix.

Dans cet exemple, nous pouvons comprendre que le sentiment de ne pas avoir le choix de chercher de l'aide révèle comment il est peut-être difficile pour un psychothérapeute

d'assumer une position de vulnérabilité et d'impuissance devant sa propre souffrance parfois débordante. Dans ces moments, le psychothérapeute pourra avoir l'impression que sa souffrance et son rôle de soignant sont en contradiction. Est-ce que ceci pourrait provoquer un sentiment de honte et de culpabilité ?

4.3.4.5 À la recherche d'objet qui survit, d'un objet vivant...

André témoigne de sa souffrance personnelle qui, selon son discours, vient de sa relation avec sa mère avec laquelle il n'a pas pu éprouver sa solidité comme objet :

[...] je suis resté pris avec quelque chose de difficile à symboliser qui est encore sans doute là. Pi que je câline doucement, que je caresse doucement en ayant une bonne job, en faisant maintenant de l'argent, en ayant une blonde que j'aime, en avançant dans la vie, en réalisant des projets. Tsé comme en ayant en apparence une vie normale, mais je pense qu'il y a toujours là, sous tout ça, une sorte de fond genre je le sais pas tant que ça qu'est-ce qui a du sens. Genre, je suis pas sûr que la vie a genre du sens pour moi. Je suis pas sûr que tsé, que je l'aime la vie. Pi finalement, je m'y force, mais c'est difficile, c'est difficile. C'est difficile d'aimer vivre. C'est difficile d'aimer point. (silence 5 secondes). Je me sens refroidir, je me sens être moins sensible. Tsé, je disais ça la dernière fois là, je souffre de froideur. Je souffre de froideur. Je suis, je suis, je suis... Je souffre de pas assez souffrir peut-être et de ne pas me donner assez à la souffrance. Quelque chose comme ça là. Je suis peut-être trop coupé là. Mais (silence), mais oui c'est (silence), ça prend un père qui meurt tsé. Ça prend un père qui meurt pour me réveiller les sens pi me réveiller une sorte de sensibilité pi de, de vibration là, de la capacité de vibrer un peu avec l'autre, de sentir un peu de quoi comme dans mon ventre, des fois là, une petite chaleur à l'intérieur là.

Il ajoute :

Des fois là, des fois là je suis ému par mes patients puis je je je résonne pi ca va là. Ça se passe là, mais quand même je pense que j'ai tendance si je fais pas attention à m'isoler dans des processus un peu opératoire comme, dans le faire, travailler, faire la tâche. Accomplir, faire une tâche par-dessus l'autre. Passer un

patient, passer go et réclamer 100 \$, passer go et réclamer 100 \$, passer go et réclamer 100 \$ tsé. Comme une routine. Le temps qui avance et qu'on voit pas passer. Une absence de rituel, une absence du sacré. L'absence d'origine, c'est ça tsé. L'absence de famille tsé. [...] Je suis comme un peu tout seul. Je me sens un peu seul sans doute là. Une sorte de noirceur, une solitude, désarroi, absence de sacré, absence de sens qui est là d'une façon latente, pi que j'essaie de traiter, que j'essaie de penser avec un A et puis un E, que j'essaie d'élaborer, de adoucir, que j'essaie de combler. Mais je crois à rien.

4.3.5 Psychothérapeute souffrant et patient souffrant : Quand les deux souffrances se croisent...

« C'est une corde résonance mais il ne faut pas se mettre à faire de la musique. Il faut rester une caisse de résonance mais le problème c'est qu'on a des cordes. On peut se mettre à jouer de la musique mais on ne veut pas. » (Dominic)

Certains psychothérapeutes interviewés témoignent de la façon dont ils composent avec les souffrances de leurs patients tout en étant eux-mêmes parfois souffrants. D'autres révèlent comment la rencontre thérapeutique avec un patient peut réveiller ou provoquer des souffrances personnelles. Certains affirment que le fait de porter la souffrance du patient peut parfois soulager leurs propres souffrances. D'autres précisent qu'il leur est nécessaire d'arrêter de travailler quand ils sont dans une situation de souffrance personnelle.

4.3.5.1 Contenir soi-même et l'autre

Rachel doit composer avec sa souffrance tout en étant disponible à la souffrance de l'autre. Elle raconte que dans ces moments, elle oscille entre être en mesure d'offrir

une écoute sensible à un patient et se sentir absorbée par sa propre souffrance. Elle raconte une situation où sa propre souffrance aurait pris une place indue dans une séance avec une patiente :

J'essayais de ramasser quelque chose tsé d'une façon que ça puisse être centré sur elle tsé. Revenir à elle tsé. Il y avait une dérape. Il y a eu une dérape tsé. Elle est venue me chercher et puis là je me suis mise à avoir peur. On était toutes les deux dans la peur, j'ai dit. En tous cas, des fois il faut regarder. Je te dirais Hamida, dans le moment ce qui est le plus difficile c'est de garder ce rôle là, en parlant avec toi, de contenant. De garder ce rôle-là de contenant, le rôle de contenant qu'on doit avoir normalement.

Elle continue :

C'est quelque chose d'important à dire. Oui, parfois on dirait que ma souffrance, ma souffrance interne, parfois, prend tellement de place intérieurement que quand j'écoute parfois que là tout à coup il faut que je me ramène. Il faut que je me ramène et je me dis : Non non (Rachel), c'est pas ta souffrance à toi, on est en train de d'autres choses tsé, là là, écoute reviens, reviens, reviens, il faut que je me parle. Ça là, il y a quelque chose comme ça. Ça apporte un point très très important pour moi. Je me sens parfois qu'il faut que je garde un contact avec l'autre et non pas en projection vers l'autre. Ça c'est il y a quelque chose comme ça.

Elle précise :

[...] Ce que j'essaie de faire dans ce temps-là, c'est que je me retire à l'intérieur de moi-même. C'est que j'arrête de parler, j'écoute et je me mets à l'écoute de l'autre. C'est comme si je rebranche là, je rebranche les choses. Parce que je me rends compte que là je suis en train de faire quelque chose de personnel. [...].

Elle détaille l'effet que lui procure l'accompagnement de personnes souffrantes :

[...] Fais que ça, ça m'amenait un bien énorme, un bien énorme. Quand je sens que les gens, ça me fait du bien quand je sens que les gens je les ramène à quelque chose qui les soulage tsé. Ça m'apporte du soulagement. Une réciprocité dans le soulagement tsé, de me sentir que je me sens utile tsé. [...]

Pour Dominic, le processus thérapeutique avec un jeune enfant qui aurait été victime de souffrances similaires aux siennes a représenté tout un défi :

Donc c'était un mandat que j'ai eu de l'IVAC. Puis ça été souffrant pour moi parce qu'on a très bien cheminé mais le... la partie qui ne pouvait pas souffrir à cause de quand on est jeune, on n'a pas la conception du mal ou du bien aussi développée. Ben moi, je le portais pour lui. Moi, j'étais à deux endroits comme thérapeute. J'étais dans l'endroit d'un homme adulte qui pouvait comprendre que c'est totalement inacceptable et immonde et en même temps l'enfant, moi-même qui a subi des choses similaires. Là c'était vraiment difficile. Vraiment difficile. Je dirais qu'à chaque semaine, religieusement, je devais me faire de l'hygiène mentale de départager ce qui m'appartient et de ce qui appartient à l'enfant. De ne pas mélanger les souvenirs, de ne pas mélanger les émotions. Ça c'est beaucoup de travail.

Il précise à ce sujet :

[...] parce que veux ou veux pas, oui on contient, mais on est je pense un peu contaminé par la douleur de l'autre. Même s'il y a le réceptacle d'empathie pour éviter la sympathie, mais il n'est pas étanche. En tous cas, pour moi-même, c'est pas étanche. [...] Vous savez, la proximité qu'on a avec les patients. Je parle de proximité psychologique. Ben on est capable de jouer aussi en mettant un peu plus de distance psychologique. Quand il y a des moments importants où on doit être présent pour l'émotion de l'enfant, de se rapprocher un peu mais pas trop. Donc j'étais très attentif à la distance émotionnelle et psychologique que j'avais avec mon patient.

Dominic évoque le travail qui lui permet de composer avec sa propre souffrance dans un contexte thérapeutique :

Donc il y a une partie qui fait mal. Donc, de la reconnaître, de l'identifier, de ne pas la fuir ou l'ignorer, de la mentaliser, de la digérer d'une certaine façon [...] De ne pas essayer de le combattre, de ne pas essayer d'utiliser une technique, une rationalisation quelconque parce que ça va trop occuper mon esprit et je ferais plus attention à ce qui se passe devant moi. L'étape c'est pas juste de s'en apercevoir, c'est de le nommer, d'être authentique envers nous-même puis, une fois qu'on a eu cette authenticité-là, elle nous lâche, elle arrête de nous tirailler, elle était entendue. [...] Donc il y a un souci, c'est la beauté de ce métier-là, il y a un souci

d'être bien. Quand quelque chose me dérange, on doit être très attentif, puis dans mon cas à moi, je vais m'isoler un peu, comme un peu pour me nettoyer la tête.

Il convient que la situation thérapeutique peut raviver des souffrances personnelles et influencer la capacité de recevoir certaines expériences transférentielles :

J'ai comme une anxiété, une angoisse de bien faire les choses sans avoir eu le modèle. Si, exemple, j'ai besoin de faire preuve d'un accueil inconditionnel. Un classique de base en psychothérapie. Je vais me référer à ma mère. Comment je me sentais quand ma mère recevait ma souffrance. Puis là j'ai un modèle. Quand on me demande d'être le père avec une certaine structure mais quand même chaleureuse et soutenante, sécurisante. Étant donné que je l'ai pas eu, j'ai peur de ne pas être ce qu'il faut. [...] Quand le patient me transfère un rôle paternel protecteur, de conseiller, moi ça va me projeter à ce que j'ai pas eu, et là ça fait mal.

Alexandra explique combien pendant son internat il était souffrant pour elle de contenir sa souffrance lorsque sa patiente présentait des souffrances similaires :

Moi je me disais, je prends pas des cancers. Puis là, il y a une cliente qui arrive pour la première session, avec une demande par rapport avec un cancer. Puis là elle arrive, puis mettons l'évaluation était fait trois mois plus tôt. Puis dans la première séance, elle dit que sa mère venait d'avoir le diagnostic de cancer. Là, elle commence à me parler. Bon là maintenant je suis plus au même endroit. [...] Ça m'a tout pris pour ne pas me désorganiser là. J'étais tsé... parce que mon trauma était lié à tout ce qui est lié au cancer, aux traitements, la chimio, à l'hôpital. À ce moment-là, j'ai commencé à me sentir faible, des engourdissements dans les mains, dans les jambes. J'étais plus là. J'ai quasiment dissocié. Fait que, ça pas très bien fonctionné (rire). Ça c'est un exemple d'où j'étais pas en mesure d'être aidante.

Alexandra avait évoqué ses efforts pour écarter sa souffrance pendant qu'elle exerçait son rôle de soignante auprès des patients et comment ceci était douloureux et exigeant pour elle. À travers son expérience de supervision, elle est arrivée à s'autoriser à donner la place à sa souffrance tout en étant en mesure de soigner ses patients :

C'est parce que c'est juste quand tu te donnes l'autorisation de faire ça, dans le fond ça enlève tellement une pression que des fois, ça s'apaise de soi-même, et en fait, t'as même pas tant besoin.... Tsé, c'est comme si... parce que le plus que tu essaies de mettre ça de côté, plus ça crée une tension aussi interne puis finalement, ça finit par s'amplifier, puis que ça a besoin de finir par être débordé. Mais quand tu te l'autorises, des fois juste l'espace pour que ça libère la pression que ça enlève, finalement cet espace, ça fait que t'es capable d'être là, puis de ne pas désorganiser, puis de passer à travers la séance tsé.

Elle raconte comment, pendant son stage et dans le moment présent, son expérience de deuil et de souffrance l'a rendue plus sensible à certaines souffrances qu'à d'autres :

Parce que c'est une réflexion qui est encore in the process pour moi. Parce qu'au début, toutes mes affaires de troubles anxieux, que ça va m'emmerder. J'avais plus d'empathie. Bon finalement ça va, j'arrive à créer des liens avec les gens, mais c'est sûr c'est pas la chose qui me fait le plus sentir *engaged* tsé. C'est sûr, je suis beaucoup plus là, présente, en contact, comme qu'on est dans quelque chose comme plus le drame, dans comme l'intensité dans la souffrance là. Pi, fait que j'ai commencé à avoir des réflexions mais je les ai pas approfondies encore. Je suis encore dans mon processus de deuil mais tsé, à un moment donné, je me suis dit, si ces choses-là me parlent pas tsé, les soucis plus quotidiens, banals. Tsé, je vais pas diminuer les souffrances que les gens vivent, puis j'en ai plein de clients qui sont dans les troubles anxieux, puis je les trouve super touchants. Mais j'ai commencé à avoir de la réflexion que peut-être me spécialiser, tsé m'orienter plus vers le travail de deuil. Ben travailler avec les endeuillés.

Malgré l'immense épreuve vécue lors de son internat, accompagner les patients dans leurs souffrances est devenu vecteur de sens :

Dans mes internats, mettons au début après quelques mois, c'est la première fois où j'ai ressenti dans mon deuil que le moment présent, pas ma vie big big picture en général ni la vie avec un grand L et un grand V, mais que le moment présent ici et maintenant faisait du sens. Parce que pour moi, plus rien faisait du sens. C'était comme... tout était l'absurdité. C'était une perte complète de repères et de sens. Je me crissais de tout. J'avais tsé, puis d'être là avec les clients dans des moments intenses, dans tant de souffrances, de voir que je leur donne quelque chose de précieux, de vivre cette connexion-là dans la souffrance, ahmm, ben c'est là où j'ai vécu les premiers moments, puis ça, je me rappelle très clairement.

C'est des moments marquants parce que ça contrastait avec tout le reste de mon expérience tsé... Ou dire comme pendant 30 minutes aujourd'hui tsé, j'ai j'ai j'ai vécu un moment qui faisait du sens puis ça me nourrissait beaucoup. Ben ça commençait à me nourrir, d'autant que c'était l'enfer de venir en internat au niveau de l'épuisement que j'avais, les heures que je devais faire, les évaluations tsé. C'était comme une torture.

André lui aussi fait le lien entre les souffrances qu'il peut vivre en clinique et celles qu'il porte au quotidien :

Je pense que les souffrances que je vis dans la clinique, dans le lien au patient est à toute fin pratique la même que celle que je vivais déjà, et qui va ressortir d'une façon élective en fonction de la personne qui est devant moi, de ce qu'elle vient faire ressurgir. Cette souffrance-là est absolument pas différente de celle qui ressort en d'autres endroits. Elles sont les miennes.

Il donne un exemple de situation thérapeutique apte à provoquer une souffrance chez lui :

[...] il y a des patients que... avec qui c'est plus dur, avec qui je... ouin, ça fait plus mal, ça vient plus me chercher dans mes failles à moi, dans mes angoisses à moi, mes angoisses, ouen un peu au niveau du narcissisme, de quelque chose qui remet ou euh, je trouve ça plus difficile, plus facilement en question ma compétence. Je trouve ça plus difficile des personnes qui arrivent comme ça pi qui veulent te montrer que t'es pas bon, qui te mettent en échec à chaque fois que tu dis quelque chose, chaque fois que tu dis quelque chose, t'es pas assez bon, c'est non non, mais tu comprends pas, non mais tu m'écoutes pas. [...]

André analyse ainsi sa réaction :

[...] avoir tendance à m'acharner un peu plus, à insister euh, je perds un peu mon côté calme tsé, laisser la liberté à l'autre pi là ch'uis un petit peu plus dans le, je veux convaincre, j'accepte pas que l'autre me mette en échec, fait que là, je, je, je reviens sur ce que j'ai dit pour m'assurer qu'il a compris ce que j'ai dit pi là ça revient, ça fait des débats très rationalisants, très intellectualisants, un peu dans les idées pi là combat de mots, combats d'idées, combats de concepts, je suis déjà embarqué, pas trop souvent je vous rassure, mais quand même, à certaines

reprises dans ce genre de pattern-là, dont je ne suis pas fier pi que je ne veux pas en faire une habitude, ouais qui peut-être mon côté où euh, sur le coup, si je prends pas acte de ce que ça me fait pi de cette souffrance-là, peut-être que ma réaction, pour ne pas ressentir justement la souffrance, pour ne pas tolérer ça dans le lien avec l'autre [...].

Par ailleurs, le contact avec la souffrance du patient lui permet, en quelque sorte, d'être plus en contact avec son intériorité :

Dans ma vie personnelle, j'ai quand même l'impression, on dirait je deviens plus taciturne, moins expressif un peu, un peu plus neutre, on dirait que je suis... je suis moins impressionnable, ou sensible, au sens d'une labilité de l'affect, là j'ai l'impression que je suis moins dans des, des, des aller-retour de moments de trill pi euh, dans le party, on devient fou pi on saute, on danse pi on fume pi on boit, pi on tsé, je sais pas là, pi là on dirait, je suis comme pu là euh... je suis pas dans la grosse souffrance non plus, des fois, je suis un peu morose, des fois, bon le travail, il y a un poids là mais, je sais pas, je me sens, je sens qu'il y a quelque chose qui durcit peut-être ou qui se referme un peu... pi le travail, ça me, je sais pas, ça m'ouvre, ça me force à ouvrir, ben oui, à ouvrir, à ressentir, à sentir l'autre, à sentir avec l'autre, à être présent à cette espèce de tension-là, à... je sais pas, à donner un intérêt, une considération, [...] ça me nourrit, j'imagine en quelque part, ça me, ça me drive, ça m'allume, ça me fait vivre, ça me fait sentir vivant aussi, ça me fait sentir quelque chose [...] que peut-être, que je sais pas peut-être que pour moi c'est un travail ou c'est un effort, ça ne me vient pas naturellement dans ma vie quotidienne [...].

Il ajoute :

Parce que j'ai un sentiment un peu coupable de bien-être quand les autres souffrent. Quand je vois... mais c'est un certain type de souffrance. C'est sûr que c'est plus une espèce d'angoisse froide, une forme d'anxiété comme dans le corps ou tsé, quelque chose comme d'impensé là, qui s'agit plus, qui s'agit plus avec une apostrophe, qui est plus agi, qui est plus somatisé ou qui fige la personne ou tsé, ça non je trippe pas à ça là, je trouverais ça pervers à la rigueur là. Mais quand la personne, elle, s'abandonne là à la tristesse, quand les larmes viennent, puis il y a comme une chute là, pi prrrr ça sort là là. Ah ça me fait du bien à moi aussi là. Je me dis il faut... je me dis ça fait du bien à l'autre au bout de la ligne, pi c'est vrai ça fait du bien. [...] j'ai l'impression là... que ça me... je prends quasiment une position de gourou là, dans cet instant-là. Je veux trop que l'autre

pleure (rire), puis je me retiens là. Je me vois aller pi je suis pas, je suis, je suis pas un gourou là, mais... J'ai beaucoup de facilité à accueillir et à accepter, et aider l'autre à tolérer pi d'accepter quelque chose de cette détresse-là, simple, de la tristesse, la perte, du deuil, de l'absence.

Emmanuel témoigne de son vécu lorsque sa souffrance et celle du patient s'entrecroisent :

Oui, c'est ça, c'est délicat. Autant il y l'aspect... Ca amène des questions intéressantes en fait, parce que j'ai déjà entendu... on peut se demander à quel point ma difficulté influence... Tsé, c'est comme si la personne amène quelque chose qui me, qui me branche sur une difficulté, ben dans ce cas à laquelle je fais face, c'est sûr que ça m'amène aussi à à à, ça vient comme infiltrer le lien thérapeutique, parce moi j'ai mon expérience qui émerge là-dedans. (Silence). Oui je sais pas. C'est comme si je le vois pas forcément, je sens pas que forcément c'est un problème sauf si par exemple, ça m'amène à être moins là puis à me perdre dans ma propre souffrance ou dans mes propres pensées, mais qui sont moins liées à ce qui se passe avec le client. Je sens que des fois si ça prend une tangente là, ma souffrance qui est réveillée par l'histoire du client, ma souffrance ou mes enjeux, si on veut, peuvent prendre de la place puis me me me rendre autrement disponible ou dépendamment de,... pi tout dépend justement de comment, de comment l'échange est captivant.

Pour Jacques, il est essentiel d'arrêter de travailler quand il éprouve une souffrance personnelle :

C'est lorsque les émotions nous submergent qu'on a l'impression que les émotions prennent le contrôle. À ce moment-là, c'est un bon indice, ça se passe dans le corps. Euh... c'est quand euh, c'est là qu'on le sent très bien, donc à ce moment-là, le corps nous parle, [...] quand on dort pas bien par exemple aussi, ça c'est un autre indice euh, corporel, ben... c'est ça. [...] quand ça m'est arrivé de vivre des séparations ben là, j'arrêtais ma pratique pendant tant de temps, jusqu'à temps que je rétablisse, oui, c'est c'était très important de s'écouter... euh, exactement.

Louis aussi affirme qu'il aurait vécu des souffrances dans le quotidien de sa pratique en côtoyant des patients souffrants :

J'ai dû faire l'effort de remonter la pente. Je saurais pas dire vraiment c'est quoi qui a fait que j'étais écrasé, j'ai commencé à développer des symptômes traumatiques moi-même alors que j'avais pas vraiment de raison particulière d'être traumatisé. Je commençais à ne plus supporter le bruit, je commençais à mal dormir, je commençais à ne plus m'intéresser à socialiser. Ca, ça a duré un certain temps. Sans que je m'explique pourquoi, je ne savais pas pourquoi j'étais dans cet état. Bon c'était clair que c'était les mêmes symptômes que des symptômes traumatiques. Non-intérêt pour la socialisation, difficulté de sommeil, difficultés face au bruit et à la lumière, l'agitation. Sans vraiment comprendre ce qui m'arrivait, j'essayais de remonter la pente. J'ai compris que c'est mon travail, c'est en partie mon travail qui m'affectait beaucoup, bien c'était une sorte de longue fatigue accumulée.

Il parle de l'effet de côtoyer la souffrance sur son quotidien en dehors de son travail :

La seule chose c'est que j'ai du mal à parler. Après mes journées de travail, je rentre à la maison, ma femme, mes enfants qui parlent, qui parlent, je suis plus capable de dire un mot. Je suis complètement épuisé par, pas épuisé, [...] je suis plus capable de parler. Je les écoute là, mais j'ai même plus la force de dire quelque chose.

Dans cette section, nous pouvons remarquer que les psychothérapeutes interviewés partagent différents vécus quand leurs souffrances personnelles peuvent être sollicitées dans la rencontre thérapeutique avec un patient. Chacun à sa manière se demande si sa souffrance peut coexister avec son rôle de soignant.

4.3.6 Souffrir et soigner : une co-existence ou une impossibilité ?

Les psychothérapeutes interviewés sont appelés à s'interroger sur la place de leur souffrance personnelle dans leur identité professionnelle, la façon dont ils composent avec la nécessité de soigner tout en étant pris, à des degrés différents, avec leurs propres souffrances personnelles. Se sentent-ils en conflit interne parce que leur souffrance serait vécue comme menaçante pour le sentiment de leur identité professionnelle ?

4.3.6.1 L'imposteur et le deuil de l'idéal

Dominic aborde quelques thématiques autour de cette question. Il révèle comment sa formation lui avait appris que la souffrance personnelle du psychothérapeute est perçue comme antinomique ou incompatible avec le rôle de soignant :

[...] On nous a enseigné que le bon thérapeute n'est pas souffrant. Si on est souffrant, on doit arrêter de faire de la psychothérapie. La réalité que j'ai vue sur le terrain c'est pas ça. Et là j'en suis, je dis pas que c'est la vérité, mais c'est ma perception. J'en suis à comprendre que c'est pas l'absence de la souffrance, mais c'est la souffrance contenable. Quand la souffrance n'est plus contenable, on doit cesser, oui. Il y aura pas cet état d'absence de souffrance. Il m'arrive pas. Moi j'ai vu personne à date qui l'a.

Quand nous lui demandons s'il lui était difficile de concilier sa souffrance et son rôle de soignant :

La réponse est oui. J'ai de la misère à le mettre en mots. (silence). Oui c'était difficile et ce l'est encore. Je m'explique. Quand je me réfère à des mentors, quand je me réfère à des gens très expérimentés que je souhaite me rapprocher, j'ai toujours cette illusion qu'eux ils sont en paix. Parce qu'eux, selon mon point de vue, ont atteint un niveau de paix plus avancé que le mien. Donc à cause du différentiel, je les perçois complètement en paix. Quand je leur demande, ils disent non, ils le sont pas, mais à moi ils m'apparaissent comme ça à cause ils ont plus de pas que moi de faits. Mais c'est un combat, je pense, perpétuel puis nécessaire. La personne qui aura pas cette présence d'esprit-là pourra peut-être commettre des erreurs.

Il ajoute :

J'ai toujours la crainte que ma propre souffrance vient interférer dans ma capacité d'aider l'autre. C'est jamais noir ou blanc. C'est jamais : Ah oui, je suis en contrôle, je suis en paix, Ah oui, je suis en paix puis là je peux aider l'autre. J'aurais cru pendant mes études... c'est ce que j'ai compris, qu'on devait être en paix pour aider l'autre. J'ai jamais atteint ce niveau-là. Puis là, je me suis

vraiment questionné, peut-être que c'est moi qui est pas bon là, peut-être que les autres.... puis je me rendais compte que les autres sont pas plus en paix que moi. Mais selon la théorie, on doit être en paix pour être... mais il y a pas de.... Cet ultime-là est un objectif relatif. Donc il faut que toujours je garde une attention à ce que mes souffrances seront pas projetées sur l'autre, ne viennent pas faire partie de la séance. Mais le problème, c'est qu'on les entend ces souffrances-là.

Un sentiment d'imposture s'invite dans la rencontre avec ses patients :

[...] Mais parfois, un mot va résonner sur des des des blessures que j'ai personnelles, puis je sais à l'intérieur de moi que j'ai pas eu le bon mouvement. Parce que là je me sens un imposteur. Je demande, d'une certaine façon, à mes patients, d'atteindre un niveau que je possède pas. Mais c'est un truc, c'est une distorsion cognitive. C'est clair que le but n'est pas qu'ils le possèdent à 100 %. Le but est que moi qui s'en rapproche.

L'exemple de Dominic démontre comment l'intégration de la souffrance personnelle dans l'identité professionnelle du psychothérapeute est un processus constant et ambivalent. Dominic nous communique que le deuil de l'idéal (d'être en paix) demeure un défi constant dans son travail de psychothérapeute.

4.3.6.2 Souffrir à deux

Alexandra, après avoir lutté pour éloigner sa propre expérience de souffrance dans les rencontres avec ses patients, raconte comment ses propres souffrances sont devenues une partie intégrante de son identité professionnelle. Quand nous lui demandons si la souffrance du psychothérapeute peut coexister avec la souffrance du patient, elle dit :

Co-existence, définitivement. définitivement. Oui. Ah ben moi c'est ça, si ça pouvait pas, je ne pouvais pas faire ma job. Je ne serais pas psychologue (rire) parce que, mais parce que je porte ça comme une constante en-dedans de moi. [...]

Elle élabore sur son processus d'intégration qu'elle a entamé pendant son expérience de stage :

Fait que mon processus a été plutôt, comment continuer de le porter et pas justement le cliver et d'essayer de mettre ça de côté, puis en même temps d'être en mesure de me contenir, puis de pas éclater n'importe quand avec les clients, et puis c'est ça là, il y a eu des fois où je pleurais aussi entre deux clients, ben des fois, souvent là. Fait que mes heures de dîner c'était pas du temps pour chiller avec mes collègues, non non, j'étais toute seule et le vivre quand ça débordait encore au début, éventuellement ça va finir de moins en moins de déborder et faire de la place à ça dans des moments plus propices puis bon. Mais c'est ça, fait que ç'a été vraiment d'intégrer, mais c'est toujours avec moi je le porte, je le laisse pas à la maison, je le laisse pas de côté, parce que ça c'était violent pour moi. Je suis là avec ma souffrance, avec ce que je vis.

Cette intégration lui avait permis de tolérer et d'accompagner des patients aux prises avec de grandes souffrances telles que des idéations suicidaires :

Puis, fait que vu que je m'active pas, à paniquer, je demeure disponible pour vraiment entendre leurs souffrances puis c'est de ça qu'ils ont besoin. Puis ils le sentent sans que ça soit dit. Ils sentent encore que je comprends quelque chose tsé. Puis même si nos expériences sont différentes, il y a comme une souffrance commune partagée. [...] C'est comme si je suis une survivante, sans qu'ils le sachent, mais ça se communique je pense. Fait que je peux transmettre, comme je ne sais, un genre de modèle de c'est possible d'aller là, passer à travers le feu, passer à travers l'enfer. [...]

Accompagner les patients dans leurs souffrances lui a permis de soulager sa propre souffrance :

[...] Mais avec les clients, c'étaient des moments où je ne sais pas, je peux pas t'expliquer qu'est-ce qui faisait ça où j'arrivais à être moins envahie dans ma souffrance à moi, mais parce que c'est quelque chose qui faisait du sens pour moi. J'imagine pour moi d'accompagner l'autre et puis d'avoir d'autres souffrances aussi. Il y avait un peu un côté réconfortant. C'est pour ça, quand je dis des souffrances intenses, c'est pas pour être Mais il y a ça aussi, quand tu souffres énormément, de te sentir que tu es pas toute seule là-dedans et puis qu'il

Il y a comme une communauté de gens souffrants plus que c'est la la la la la l'expérience humaine partagée.

Alexandra explique comment elle a tranquillement entamé un processus d'intégration de sa souffrance personnelle dans son identité professionnelle pendant sa formation et qui continue dans le quotidien de son travail. Dans son récit, elle confirme que ce processus lui a permis de percevoir sa souffrance personnelle comme un atout dans son travail avec les patients.

Rachel pour sa part fait ressortir à quel point cet exercice peut être périlleux :

C'est vrai qu'à travers l'autre, forcément on fait un travail sur soi. On n'a pas le choix. On a pas le choix de rencontrer ses souffrances, de rencontrer ses propres souffrances et puis en même temps qu'est-ce qu'on en fait, qu'est-ce qu'on, qu'est-ce qu'on... comment on tolère la souffrance de l'autre avec aussi notre propre souffrance aussi ?

Elle en mesure le défi :

[...] Comment moi, je ne sais pas, je me questionne comment moi avec ma propre insécurité dans le moment avec mon vécu, avec mon expérience puis tout ça, comment à la fois je dois garder le le le cap sur la souffrance de l'autre et puis de ne pas tout mêler ensemble.

4.3.6.3 La souffrance comme frein

Certains psychothérapeutes comme Louis considèrent que la souffrance du psychothérapeute ne peut pas coexister avec la souffrance du patient. Il est important pour lui de séparer son identité professionnelle de ses souffrances personnelles pour être en mesure de bien travailler avec ses patients :

Ben disons que pour moi c'est un obstacle. Je considère que, si je souffre personnellement, ça m'embête énormément, je considère que je fais pas ma job, je n'ai pas la présence qu'il faut auprès de mes patients si je suis souffrant. C'est pour ça que je me suis assuré de faire une psychanalyse très longue pour bien m'assurer. Je voulais écarter cette dimension personnelle de mon travail. Je voulais pas m'embarrasser de problèmes inutiles. On avait suffisamment avec la souffrance du patient, s'il faut en plus assouplir la souffrance du thérapeute, ça pas d'allure. Ça rend les choses trop complexes.

Il ajoute :

J'ai fait 23 ans d'analyse en tout. Pour bien m'assurer que mes problèmes n'allaient pas parasiter celui de mes patients. C'était presque, pour moi, une condition sine qua non de mon travail. Je pouvais pas imaginer les choses autrement. Mes problèmes soient réglés ou en tout cas sous contrôle pour que, au niveau éthique, être ouvert suffisamment dans la conception de l'éthique de mes patients.

4.4 Un ou des processus de subjectivation ?

Dans cette section, nous allons exposer différents processus de subjectivation de la souffrance chez les psychothérapeutes, différentes conflictualités qui les habitent, les impasses, les périls et les défis rencontrés dans leurs parcours individuels et uniques de subjectivation. Certains psychothérapeutes parlent de processus dynamiques dans un temps ouvert de subjectivation. D'autres témoignent de processus circonscrits dans le temps. Chacun d'entre eux exprime comment il ou elle a, à sa manière, intégré sa souffrance personnelle dans son identité de psychothérapeute. Dans la mesure où il s'agit de parcours singuliers écrits au « Je » du thérapeute, nous les abordons tour à tour.

Dominic

Selon les extraits cités dans diverses sections des résultats, nous pouvons affirmer que Dominic semble s'inscrire dans un processus de subjectivation conflictuel et toujours en advenir. Son processus de subjectivation se présente comme un mouvement dynamique et conflictuel entre des processus d'idéalisation et de désidéalisation, des illusions et des désillusions, des doutes et des besoins de certitude, alternant entre son acceptation de l'impuissance et son désir de toute-puissance. Un processus aussi teinté par une oscillation entre un sentiment de honte et son sentiment de gratitude vis-à-vis de son passé, entre son acceptation de sa souffrance et son désir d'arriver à un état de non-souffrance. Dominic est dans ce mouvement dynamique perpétuel qui, évidemment, lui inflige un certain niveau de souffrance mais qui le pousse aussi vers un désir de bien-être personnel, et vers un idéal du moi à atteindre dans son devenir de psychothérapeute. Il semble aussi utiliser sa propre expérience de subjectivation de la souffrance dans l'accompagnement de l'autre aux prises avec sa souffrance à lui. De plus, Dominic exprime comment il a pu intégrer sa propre souffrance dans son identité professionnelle de psychothérapeute. Il précise l'apport de son histoire personnelle :

Je dirais que présentement... (silence) Présentement, j'ai une forme de reconnaissance (rire) qui peut sembler un peu morbide. Dans le sens que du chaos naît quelque chose. Donc de de... je souhaite absolument à personne de vivre ça, mais quand malheureusement ça arrive, il y a une opportunité, une possibilité de créer quelque chose de nouveau. Mais là encore, le coût de cette opportunité est très grand. Donc je le souhaite à personne. Je ne voudrais que personne vive ça. Mais je ne pourrais absolument pas être le thérapeute que je suis si j'avais pas vécu ça.

Il partage une réflexion qui l'habite dans le quotidien de son travail :

Un questionnement qui est un sujet de méditation pour moi. C'est l'équilibre entre la souffrance et la paix parce qu'un comme l'autre n'est pas nécessairement souhaitable. Mais on doit quand même chercher l'équilibre parce qu'encore une fois, si on est trop dans la souffrance on n'a pas la capacité de contenir, mais si

on est trop dans la paix on on perd notre empathie, on perd notre... la connexion à la réalité de l'autre qui n'est pas en paix.

Le processus de subjectivation de Dominic nous démontre qu'un psychothérapeute peut être habité par des conflictualités et que celles-ci ne sont pas nécessairement néfastes mais peuvent plutôt être un tremplin inhérent au travail du psychothérapeute. Se rendre disponible aux patients et les accompagner le mieux possible implique de reconnaître et de vivre consciemment ses propres conflictualités. De plus, vivre ces conflictualités nous indique que le psychothérapeute est toujours en advenir, toujours en formation. Il est essentiel, dans la formation des jeunes psychothérapeutes, de reconnaître la normalité de ces expériences, ainsi que le potentiel professionnel qu'elles recèlent. On entend souvent dire qu'on ne peut pas être un bon psychothérapeute si on n'a pas résolu ses souffrances personnelles. Mais l'idée de résoudre nos enjeux personnels impliquerait que nos enjeux seraient des maladies pour lesquelles nous devrions trouver la guérison avant de devenir psychothérapeute. L'exemple de Dominic nous démontre que le psychothérapeute peut encore souffrir d'enjeux liés à son passé et en même temps se sentir libre de faire de son mieux dans les soins prodigués à ses patients. Le psychothérapeute est enraciné dans son histoire personnelle et ne peut jamais devenir autre que son propre passé vivant.

Rachel

Rachel semble exercer sa vocation de psychothérapeute comme un moyen parmi d'autres pour tenter de subjectiver sa propre souffrance personnelle en réparant son sentiment d'être inadéquate et défaillante. Elle semble aussi engagée dans un processus de deuil compliqué de ses expériences antérieures qu'elle tente encore de transformer et de symboliser. Rachel ressent aussi, par moment, un sentiment de culpabilité quand elle est confrontée à des situations d'impuissance avec ses patients. Dans ces moments,

des désirs et des fantasmes de toute-puissance infantile peuvent émerger. Elle semble en mesure de porter sa souffrance et en rester proche, sans utiliser des mécanismes pour dénier son vécu, mais cette souffrance peut être parfois éprouvée comme débordante : « [...] Fait que c'est ça. C'est une histoire triste, une histoire triste qui m'amène à être thérapeute. Qu'est-ce que tu veux, j'en ai pas d'autres. »

Elle ajoute :

[...] Bon écoute, ç'a été ce que ç'a été mais c'est un travail, je le comprends aujourd'hui comme ça. Les années de psychanalyse tsé, que le fantasme n'est pas la réalité. Le fantasme est tout-puissant en-dedans de nous, mais dans la réalité, elle est pas toute-puissante (rire). Elle est juste castrante.

Elle aborde comment sa vocation la soutient dans son processus de subjectivation :

[...] Le fait que j'ai pu, j'ai pu beaucoup souffrir et qu'on n'a pas pris soin de moi. C'est un peu comme si je répare quelque chose aussi. J'ai l'impression de faire un travail de réparation tsé, à la fois de moi-même, dans l'autre aussi, l'autre avec moi (rit). Tout mêlé ah. Des fois c'est de l'empathie, de la sympathie. Des fois de la confusion, des fois bien des affaires (rit)... À moi de les démêler. Fait qu'il y a beaucoup d'affaires. Mais c'est un travail que j'aime beaucoup, que j'aime beaucoup.

Elle raconte un écueil dans son processus de deuil par rapport à son passé :

[...] il y a un déni de la famille, la négation dans la famille ah ! Il y a le déni de la famille. Donc je suis encore plus isolée. Le sentiment d'isolement, c'est pas évident tsé. C'est quelque chose de très très douloureux là-dedans. Mais il faut que je compose avec ça. Je ne sais pas comment l'expliquer. C'est très, c'est difficile de faire le deuil de quelque chose qui ne sera jamais entendu par la famille parce que c'est c'est c'est du trauma, comment ils l'appellent en comportemental, du trauma vicariant. C'est-à-dire que tu es traumatisée parce que t'as écouté l'autre. Je ne sais pas comment l'expliquer. Donc du genre trauma vicariant. Mais je dirais comme, elle veulent pas, elles trouvent ça difficile. Elles le savent, mais elles elles veulent pas. Elles le savent, mais elles veulent rien en savoir. Je ne sais pas comment le dire autrement. [...]

Le processus de subjectivation de Rachel nous démontre qu'un psychothérapeute peut être habité, à divers degrés, par le deuil de sa propre histoire personnelle qui, par certains de ses aspects, reste difficile encore à transformer et à symboliser. Ce deuil est malléable et mouvant malgré les périls rencontrés. De plus, peut-on supposer un effet de miroir à travers lequel, en s'attachant à soigner les souffrances d'une autre personne, le psychothérapeute lui-même bénéficie, dans sa propre souffrance, de la bienveillance ainsi démontrée ? Autrement dit, le psychothérapeute reçoit-il aussi pour lui-même le réconfort de cette bienveillance ? Intégrer dans la praxis le rôle d'un bon objet pour le patient n'est-il pas aussi réparateur pour ses propres expériences d'objets défaillants ?

Finalement, comment un psychothérapeute peut s'assurer que son processus de subjectivation est un catalyseur d'interventions propices à la thérapie du patient, et non pas des œillères que le thérapeute se mettrait à lui-même pour ses propres besoins ? Une ornière dans laquelle il enfermerait la relation thérapeutique.

Louis

Louis semble s'investir dans un processus de subjectivation ouvert dans le temps. Il semble encore en recherche d'une subjectivation de sa propre souffrance déguisée et colorée par sa recherche du savoir et par l'investissement de sa compréhension intellectuelle de la souffrance chez ses patients. Par exemple, nous pouvons nous demander si la souffrance que Louis évoque en parlant de ses doutes sur ses capacités intellectuelles et de son sentiment d'avoir *une faille dans le cerveau* sont des expressions d'une tentative de subjectivation de sa propre histoire personnelle.

À travers son discours au cours des deux entrevues, nous remarquons que Louis ne fait pas de lien entre son histoire personnelle et son désir de devenir psychothérapeute. De plus, son récit de son histoire personnelle est plutôt factuel et relativement dénué

d'affects. Il n'exprime pas la frustration de ne pas comprendre certains aspects de son histoire personnelle tels que le fait que ses parents l'ont déplacé chez son oncle dans un pays étranger. Sa psychanalyse personnelle ne semble pas avoir été investie afin de construire un récit cohérent et subjectif de son histoire personnelle, mais semble plutôt avoir visé à débloquer sa difficulté de penser. Nous pouvons nous demander si la grande importance qu'il accorde au savoir intellectuel dans sa compréhension de la souffrance de ses patients ainsi que son sentiment d'une relative incapacité de penser tiennent d'une tentative d'échapper à son vécu d'impuissance relativement à certaines questions irrésolues sur ses propres origines. L'idéal de saisir la souffrance par l'intellectuel et de s'armer par le savoir devant elle ne cache-t-il pas une souffrance en attente de subjectivation ?

Dans son discours au cours de la deuxième entrevue, nous pouvons comprendre implicitement que, plutôt que de chercher en lui-même les résonances affectives qui pourraient l'aider à comprendre les souffrances de ses patients, dès qu'il est confronté à une souffrance particulière d'un de ses patients, il affirme chercher à comprendre les enjeux à travers beaucoup de recherches livresques. D'autre part, nous avons constaté dans ces entrevues l'absence de témoignage affectif à propos de son propre vécu et nous nous demandons s'il faut associer cela au fait qu'il exprime éprouver certains symptômes physiques et psychologiques ressentis par ses patients et qu'il ajoute devoir faire un effort pour différencier ses souffrances des leurs. Nous pouvons nous demander s'il n'y a pas un lien dynamique entre sa non-reconnaissance apparente de son vécu affectif et les symptômes psychosomatiques qu'il rapporte et qu'il associe aux souffrances que ses patients lui exposent. De plus, Louis semble exprimer que la souffrance du psychothérapeute dans son travail avec ses patients est plutôt une nuisance. Est-il possible de bien réguler le contre-transfert du psychothérapeute sans que le psychothérapeute soit suffisamment en contact avec son propre vécu affectif de souffrances passées ou présentes ? La prise de conscience de ses souffrances et leur régulation ne sont-elles pas importantes pour la modulation affective du contre-

transfert ainsi que pour la disponibilité affective du psychothérapeute aux souffrances de ses patients ?

Malgré les défis rencontrés dans le processus de subjectivation de Louis, son usage de l'intellectualisation et du savoir livresque pourrait bien être une tentative parmi d'autres de subjectiver sa souffrance selon ses propres moyens. Soigner la souffrance de l'autre pourrait être une façon de soigner sa propre souffrance avec une distance moins menaçante pour lui.

Enfin, son souci de transmettre son savoir et son expérience clinique à travers des écrits et des conférences peut-il être vu comme une tentative de réparation face à un sentiment de manque ressenti envers ses propres premiers objets ?

Voici quelques citations de Louis qui témoignent de son processus de subjectivation :

Penser était mon système de sécurité, si vous voulez. C'était ma façon de mener ma vie. Je n'avais pas de milieu familial, je n'avais pas de... J'avais pas de ressources autour de moi là. Pour me débrouiller, il fallait que je me débrouille tout seul, mais, ma foi, bon, je, j'ai fait une longue analyse d'une dizaine d'années, alors aussi pour euh. Ça faisait partie de tout ce bouillonnement qu'il y avait dans ma tête. J'me disais que faire une analyse c'était pas une mauvaise idée. Euh... Mais bon euh... (mot incompréhensible) Ça m'a été utile c'est sûr, mais... mais pas autant que je l'aurais souhaité. Ça m'a permis de... accepter, de surnager, de... d'avoir une épreuve là... mais bon.

Il mentionne la publication des écrits qui lui tiennent à cœur et qu'il veut transmettre à la prochaine génération de psychothérapeutes : « [...] c'est ma création personnelle, le fruit de ma souffrance identitaire, pas vraiment identitaire, mais mettons culturelle. »

Louis relie ses difficultés intellectuelles à son sentiment d'être un étranger. Comme évoqué plus tôt, nous pouvons nous demander si ces difficultés sont aussi liées à sa difficulté de comprendre et de se réappropriier son histoire personnelle. Il dit :

C'est un peu, c'est bizarre à dire, mais... mais ç'a prit beaucoup d'années avant que ce sentiment disparaisse et un moment donné, il est disparu et là, j'ai dit aaah ! C'était un sentiment qui a disparu et et mais bon, ça c'était euhh... je pense que c'était le sentiment d'être étranger à mon milieu qui jouait beaucoup, c'était le sentiment d'être un migrant sans attaches.... un étranger. Je pense que j'avais l'impression d'être, de ne pas être à ma place, là où j'étais. L'impression d'être un étranger et c'est quand euh... au fil des ans quand j'ai récupéré ma capacité d'être ce que je suis, mettons dans.... sans que le regard des autres ne me désigne comme étranger. À partir de là, mettons, le sentiment de faille que j'avais a disparu et euhh bon, j'ai eu le sentiment, alors que je m'étais reconstitué, si vous voulez. L'immigration m'avait euhh m'avait désarçonné, m'avait.... M'avait rendu... défailant, manquant et euh... tant que je me suis pas totalement reconstitué, j'ai gardé le sentiment d'être faillible, d'être un défaut, d'être, en tout cas, d'être manquant et donc c'est... et je suis content d'avoir réussi comme ça à reconstituer l'intégrité, si vous voulez, de mon être après beaucoup d'années.

Le motif de participation que Louis a exprimé à l'égard de notre projet de recherche est son désir d'obtenir les enregistrements des deux entrevues afin que cela puisse l'aider dans son processus d'écriture de sa biographie, surtout en lien avec son cheminement intellectuel. Ce projet de biographie pourrait bien représenter une tentative de mise en récit de son histoire personnelle, le tremplin d'un processus de subjectivation.

Emmanuel

Les différentes conflictualités, inhérentes au processus de subjectivation, qui pourraient habiter Emmanuel ont été difficiles à cerner à partir des deux entrevues avec lui. Il semble convenir au cours des deux entrevues que sa psychothérapie personnelle lui a permis de passer à travers une souffrance personnelle importante, mais il n'a pas été possible pour nous de l'amener à approfondir la nature de cette souffrance ni les différents processus sous-jacents de réappropriation subjective de cette souffrance.

Emmanuel affirme au cours des deux entrevues ne pas vivre de doutes dans son travail. Il entretient une vision idéaliste de son travail de psychothérapeute avec ses patients. Il semble aussi prôner les mêmes outils thérapeutiques avec ses patients que son psychothérapeute avait appliqués avec lui. Autrement dit, il semble croire que les besoins de ses patients en psychothérapie concordent avec ceux qu'il a éprouvés dans sa propre psychothérapie.

Nous pouvons nous questionner sur le rapport que ce participant entretient avec de possibles sentiments de défaillance et de faille. D'une façon générale, nous n'avons pas pu expliciter l'accès de ce participant à sa souffrance ou à la souffrance du patient, ni comment il a pu ou non intégrer sa propre souffrance dans son identité de psychothérapeute. Son travail de subjectivation de la souffrance semble s'inscrire dans un temps passé et il n'est pas évident d'établir si Emmanuel est investi dans un processus de subjectivation ouvert, conflictuel ou malléable.

Les impasses ou les obstacles possibles qu'un psychothérapeute peut rencontrer dans son cheminement de subjectivation peuvent tenir à sa manière de vivre sa propre défaillance ou les failles qu'il porte en lui. Ce rapport à la défaillance et aux failles peut amener le psychothérapeute à une poursuite de l'idéalité qui supprime un vécu de conflictualité interne propre au processus de subjectivation ouvert et malléable.

Pour Emmanuel, il semblerait que le contact avec sa souffrance doive se raconter au passé :

Je pense le plus gros de mon cheminement, ça été de de de la vivre, de plonger dedans, comme de pouvoir de commencer de plonger dans le ressenti. Ce ressenti serve de base finalement à une compréhension et une symbolisation plus lucide, parce que connecté justement quand on ressent un peu plus la souffrance on a plus de chance de mettre le doigt sur ses causes que si on est juste en train de l'analyser d'une façon détachée. Puis je pense que le plus gros travail que j'ai pu faire sur ma souffrance ben ça vient vraiment dans ça ça ça, de créer un lien

d'attachement avec quelqu'un que je sentais sécure et contenant pour petit à petit me laisser surprendre par des moments où la souffrance peut émerger, l'émotion sorte finalement, peut-être la tristesse, la colère, la honte ou et de pouvoir d'aller au fond dedans finalement. [...]

Alexandra

Le processus de subjectivation d'Alexandra était pavé de défis et d'impasses qui l'ont amenée à plonger dans un mouvement d'intégration de sa souffrance personnelle dans son identité professionnelle. Alexandra a commencé ce processus pendant sa formation de psychothérapeute au cours de son stage. Ces défis et impasses sont des parties intégrantes d'un processus de subjectivation. Alexandra exprime, au cours des deux entrevues, comment, au début de sa formation, sa souffrance était mise de côté et comment elle se battait contre le ressenti de cette souffrance pendant qu'elle prenait soin de ses patients.

Son parcours de subjectivation démontre comment il est possible que sa propre souffrance coexiste avec la souffrance de ses patients, et comment être proche de sa souffrance peut aider un psychothérapeute à se rapprocher des souffrances de ses patients, sans tomber dans des processus intellectualisants ou dans des désirs d'agir pour calmer ou éteindre ces souffrances.

Le processus de subjectivation chez Alexandra a amené des changements ou des mouvements au niveau de ses motivations de devenir psychothérapeute, des changements dans sa façon d'approcher et d'accompagner les patients dans leurs souffrances, et dans ce qu'elle espère pour son travail avec eux. À travers ce processus, Alexandra a pu aussi développer des réflexions sur la place de la souffrance dans son travail au quotidien et est souvent habitée par des questionnements sur la façon dont sa souffrance peut coexister avec celle de son patient ainsi que sur les responsabilités éthiques qui en découlent.

Dans les entrevues, Alexandra révèle comment son travail de psychothérapeute amène un soulagement réciproque pour elle-même et pour ses patients, le processus de subjectivation de sa propre souffrance lui permettant de mieux aider ses patients à tolérer leurs souffrances et leurs sentiments d'impuissance devant celles-ci. Elle souligne aussi comment son travail de psychothérapeute l'a aidée d'une façon importante à subjectiver sa propre souffrance.

Jacques

Dans son discours, Jacques exprime avoir fait un travail de subjectivation de sa souffrance circonscrit et limité dans le temps, c'est-à-dire au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Il affirme à quelques reprises qu'exercer le travail de psychothérapeute – son métier d'homme dit-il – est pour lui une façon de manier ses souffrances.

Son discours, au cours des deux entrevues, reflète une coupure dans son monde affectif et nous donne difficilement accès à des indices d'expériences de subjectivation récentes ou actuelles.

Le processus de subjectivation de Jacques tourne autour d'un vécu d'ambivalence entre d'une part, son désir de se rapprocher intimement de sa souffrance en travaillant comme psychothérapeute et d'autre part, son besoin de se défendre contre des souffrances personnelles auxquelles il n'a pas encore trouvé une issue. Au cours des deux entrevues, nous avons remarqué que Jacques tente de se prémunir d'une souffrance inavouable liée à la question de ses origines, c'est-à-dire à un enjeu identitaire et de lignage en lien avec sa relation avec ses premiers objets.

Dans son discours, Jacques emploie l'intellectualisation et investit grandement les connaissances et la culture à la fois comme des tentatives de subjectiver sa souffrance en tentant d'écartier tout sentiment de faille, et comme des moyens de se protéger de ce qui lui échappe dans ses tentatives de subjectiver sa propre souffrance.

Le tabou de la souffrance qu'il semble porter et l'expérience de honte sous-jacente envers sa propre souffrance indiquent qu'il y a encore une possibilité ou une ouverture vers une continuation d'un processus de subjectivation.

Il faut souligner que la relation maître-élève qu'il tente au cours des deux entrevues de tisser entre lui et la chercheuse laisse deviner de fortes défenses envers le processus de subjectivation évoqué par le sujet même de la recherche. Dans sa réponse à la sollicitation de participation au moment du recrutement, il avait tenu à préciser qu'il n'était « pas dans la grande souffrance ».

André

Le processus de subjectivation d'André s'inscrit dans une lutte toujours vive entre l'idéalisation et la désidéalisation de sa souffrance personnelle dans son devenir de psychothérapeute et dans sa façon de travailler avec les patients, face au défi de porter leur souffrance. Il semble être immergé dans un processus de deuil perpétuel entre son désir d'idéalité, l'humilité d'accepter sa relative impuissance, sa vulnérabilité et le renoncement encore conflictuel au narcissisme tout-puissant.

Accompagner les patients dans leur souffrance semble l'aider à se rapprocher de sa subjectivité, de sa souffrance et de sa sensibilité tout en gardant une distance sécurisante. La situation dyadique psychologue-patient serait-elle en quelque sorte une réparation de la relation dyadique entre lui-même et son imago maternelle ?

Au cours des deux entrevues, André affirme être conscient de ses failles et de son incomplétude dans son devenir de psychothérapeute, ce qui démontre son ouverture à son inachèvement comme psychothérapeute toujours en formation. Il rapporte aussi qu'il souffre de ne pas être assez proche des souffrances de ses patients et aussi de la sienne propre. Sa relation avec la figure maternelle teintée d'ambivalence l'amène à vivre un conflit entre ressentir un danger à se rapprocher de sa propre souffrance et en même temps son désir de l'affronter. L'identification avec la figure maternelle est à la fois menaçante et désirée.

André raconte comment son travail avec les patients l'aide à être plus proche de son monde interne et des affects qui peuvent l'habiter. Il témoigne de sa compréhension de son processus de subjectivation :

Je peux juste imaginer que c'est une scène relationnelle qui qui qui qui me ramène sans doute à quelque chose de l'enfance, quelque chose de... je ne sais pas. Pi là, j'associe librement là, mais tsé, quelque chose d'une mère triste (silence 10 secondes), je ne sais pas. C'est drôle là, oui oufff, ça (rire). Oui, mais non, une mère tsé, j'ai des souvenirs de ma mère qui pleure à certains moments (silence), pi mon souvenir très vague tsé, je vais la voir pi là elle me dit quelque chose du genre : genre, c'est correct, va faire tes trucs, occupe-toi pas de moi. C'est ça mon flash tsé, c'est ça. Pi je me dis, c'est intéressant, elle me laisse tranquille puis elle me laisse être moi quand elle, elle souffre, alors quand elle souffre pas, elle me laisse pas être moi, elle veut que je sois elle. Elle veut que je sois ce qu'elle veut que je sois. Elle veut pas que je sois ce que moi je pourrais être en en manifestant librement quelque chose. Elle me reconnaît tel que je suis déjà. Elle me demande d'être quelque chose. Bon, grosso modo, c'est une des associations qui me viennent. Mon père, je l'ai pas vu pleurer souvent, mais à la mort de son propre père, je l'ai vu pleurer, puis je me souviens que ça m'a terriblement ému. Pi je ne sais pas comment faire autrement que de trouver ça beau. C'est beau de pleurer la perte, de pleurer la mort, de pleurer sa peine. Je ne sais pas. C'est beau comme la joie, c'est beau comme la colère, c'est beau comme les vraies émotions directes associées à des situations relativement claires.

Il continue :

Fait que c'est ça. Je ne sais pas, ça m'émeut, ça vient me chercher dans une corde sensible aussi. Pi peut-être que le fait de pouvoir être ému avec l'autre, ça me rassure sur quelque chose de ma propre condition humaine, de OK, moi aussi je peux être sensible, moi aussi je peux être touché, moi aussi je peux aussi avoir une larme.

Voici un extrait qui démontre son processus de subjectivation toujours en mouvement :

J'aimerais être plus plus spontané, plus direct, plus franc avec mes angoisses, mes noirceurs, surtout avec ma conjointe. Parce que je pense que c'est là que j'apparais le plus intimant, pi c'est là que je me défends le plus aussi, où des fois je m'absente peut-être trop, pi je m'en veux après. Des choses comme ça. Bref, ma souffrance, il y a une question de l'assumer et puis de la vivre, puis de pas m'en détourner. Parce que si je me détourne de ma souffrance, je me détourne de l'autre, je me détourne du lien, je me détourne de la vie, je me détourne du réel, je me détourne de la possibilité de changer, d'avancer, de composer avec ce que je suis déjà tsé. Fait que c'est sûrement pas l'absence de souffrance le destin, mais sûrement plus l'intégration dans la vie et dans le partage avec l'autre dans le lien de cette souffrance-là, à la hauteur de ce que moi et l'autre sommes capables de de de prendre, d'accueillir. Parce qu'il y a quand même une charge éthique là-dedans.

André est radical et passionné dans sa manière de s'exprimer, mais nous comprenons et constatons, tout au long des deux entrevues, qu'il est heureusement encore en devenir. Il semble porter des conflits liés d'une part à son désir de devenir un psychothérapeute idéal et à sa confrontation avec les deuils qu'implique ce désir, et d'autre part entre son désir de s'approcher de sa souffrance et en même temps de s'en éloigner. Devenir psychothérapeute semble être un moyen de rester proche de sa souffrance et de rester impliqué dans un processus de subjectivation.

CHAPITRE V

DISCUSSION

La question de la subjectivation de la souffrance chez l'être humain est au cœur de notre existence et du sens que nous donnons à notre être au monde. Soulever cette question en regard de la personne du psychothérapeute nous semble crucial : le cœur du travail du psychothérapeute n'est-il pas d'accompagner des sujets souffrants ? La place de la souffrance dans le travail du psychothérapeute devient intimement liée à la façon dont il vit et subjective sa propre souffrance. Cette étroite couture rend vaine toute tentative d'en rendre compte par un point de vue objectivant.

En effet, la recherche quantitative aborde la souffrance du psychothérapeute d'une façon qui la dérobe à toute historicité, à toute unicité, à toute singularité, et qui place le psychothérapeute dans une position dé-subjectivante l'aliénant davantage d'un accès personnel aux questions et préoccupations qui font la trame de notre essai : Comment puis-je m'approprier ma souffrance ? Comment et de quelle façon elle m'habite ? Je mets cette souffrance à quelle distance de moi ? Est-ce qu'elle me parasite tout en me restant étrangère ? Est-ce qu'elle m'envahit sans cesse ? Et puis cette autre question importante : comment est-ce que ma souffrance empêche ou favorise mon travail avec les patients ?

Dans cet essai, nous avons largement redonné la parole au psychothérapeute pour qu'il prenne sa place de sujet unique qui s'approprie à sa façon son statut d'un sujet souffrant, d'un sujet qui trace par lui-même son itinéraire de réappropriation de sa

souffrance, avec tout ce que cela implique comme cheminement, en portant un œil particulier sur la genèse de son désir de devenir psychothérapeute, sur son histoire personnelle, sa formation, ses motivations, et sur la présence de son idéal et de ses doutes dans son travail. Tracer tous ces mouvements nous a permis d'avoir accès à des témoignages uniques sur le cheminement personnel de chacun de ces psychothérapeutes en regard de leur processus personnel de subjectivation de leur souffrance et de la place et du rôle de leur souffrance dans leur travail avec les patients.

Les résultats concordent avec les écrits de Cosnier (1992) qui affirme que devenir psychothérapeute comporte souvent le désir de réaliser des désirs infantiles. Les sujets interviewés évoquent différents niveaux de conscientisation des enjeux liés à leurs désirs infantiles qui sont étroitement liés à leur histoire personnelle.

Nos résultats soutiennent les affirmations de Kaës (2014) dans ses écrits selon lesquelles les psychothérapeutes sont aux prises avec deux désirs antinomiques : leur désir d'idéalité envers le patient et leur désir de se rapprocher de leur propre souffrance et ce, surtout au début de leur formation, et ensuite éventuellement tout au long de leur pratique. André Lussier (1994) semble aborder le même thème en ce qui concerne le conflit entre être le thérapeute idéal, et l'idéal thérapeutique centré sur la démarche du patient. Nous remarquons que les sujets interviewés sont tous aux prises avec leur désir d'être le psychothérapeute idéal ainsi qu'avec leur processus sans fin de renoncement à leur désir de toute-puissance. Les écrits de ces deux auteurs ainsi que les écrits de Dufresne (1991) soutiennent nos résultats qui révèlent que nos participants sont éprouvent cette dualité conflictuelle à différents degrés et niveaux. Laperrière (2009) évoque la constante nécessité du deuil de l'idéal infantile constatée chez les sujets interviewés, ce qui rejoint le thème de la problématique mélancolique de Zaltman (1982) que nous retrouvons dans le discours de certains sujets de notre étude. Les sujets interviewés abordent à différents niveaux le deuil en lien avec la défaillance et le manque vécu dans la relation avec leur premier objet d'amour.

Les résultats de notre étude sur la subjectivation chez les sujets corroborent les écrits de Konicheckis (2006) qui décrit la subjectivation comme un processus sans fin, jamais tout à fait acquis, toujours à refaire par le sujet, ce que nous avons bien décelé chez les sujets interviewés. Richard (2001) évoque la subjectivation sous la lumière de la désidérialisation et du désinvestissement du moi-idéal. Les différents parcours de subjectivation des sujets interviewés étaient grandement colorés par des mouvements opposés d'investissement et de désidérialisation du désir de toute-puissance et par les deuils liés à cette dynamique.

L'un des axes saillants de la réflexion permise par nos résultats concerne la dynamique complexe des doutes du clinicien en confrontation avec le poids des idéaux dans son travail de psychothérapeute. Nous pensons qu'il s'agit d'une voie d'accès privilégiée à la compréhension du processus de subjectivation de la souffrance.

Les représentations et les affects liés au doute et à l'idéal sont des traces de ce qui tente de se subjectiver de la souffrance personnelle du psychothérapeute. Nous pouvons y déceler les enjeux propres au processus de subjectivation, c'est-à-dire retracer des mouvements, des arrêts et des blocages dans ce qui tente de se subjectiver. Nous remarquons dans notre étude comment les rapports au doute et à l'idéal pour certains participants ont pu évoluer et se transformer avec le temps, ce qui témoigne d'une mobilité dans la trajectoire de la subjectivation. Pour d'autres participants, ces expériences étaient soit figées dans le temps, soit absentes. Ceci peut indiquer de possibles freins, ou des inhibitions, dans ce qui tente de se subjectiver.

Autre constat important, c'est la diversité dans les processus de subjectivation chez les participants. C'est dire qu'il s'agit de processus singuliers et idiosyncratiques. Chaque participant démontre comment il porte des enjeux différents et uniques liés à sa propre trajectoire de subjectivation et comment la souffrance de chacun d'eux est singulière. Tous les participants, à leur façon, ont pu aussi confirmer que la notion du psychothérapeute

non-souffrant ou ayant une santé mentale optimale ne fait pas partie de leur réalité. Leurs expériences de souffrance personnelle vacillent dans le temps, entre des moments de grandes souffrances, des moments de souffrances contenables et des moments de légèreté. La souffrance s'inscrit intimement dans leur quotidien, tantôt en lien avec leur histoires personnelles, tantôt en lien avec leur travail avec les patients et tantôt avec leurs circonstances de vie du moment. Ceci nous confirme qu'il n'y a pas de clivage entre la personne d'un psychothérapeute souffrant ou non-souffrant, ce qui dénie de toute pertinence une pensée binaire qui voudrait distinguer entre ces deux sortes de thérapeutes. Les résultats de notre étude nous amènent aussi à affirmer que les processus de subjectivation ne sont pas des processus linéaires dans le temps où le psychothérapeute aurait subjectivé une fois pour toutes ses propres souffrances, par exemple au début de la formation. Ce sont plutôt des processus toujours en mouvement dans le temps, en construction, jamais achevés et s'inscrivant toujours dans une intemporalité.

Les résultats nous font comprendre aussi que la conflictualité psychique fait partie intégrante de tout processus de subjectivation. Des exemples de conflictualité psychique latente ou manifeste sont décelés auprès de nos participants : le désir d'atteindre un idéal et le deuil constant qu'il sous-tend, le désir ancien de devenir l'enfant idéal et le deuil des objets défaillants, le désir de toute-puissance et la confrontation à l'inéluctable impuissance, le désir de maîtriser sa propre souffrance en s'en éloignant et l'appropriation de sa souffrance consciemment assumée. Nous pouvons affirmer que la conflictualité psychique inhérente à tout processus de subjectivation implique un vécu de souffrance. La subjectivation est un processus actif qui implique des allers et des retours sur ce qui nous pose conflit au niveau psychique.

Nous avons aussi pu détecter qu'il existe des mouvements qui éloignent le sujet de la subjectivation et des mouvements qui en rapprochent. Les mouvements qui éloignent sont des mouvements caractérisés par des défenses telles que le déni, l'intellectualisation et la rationalisation de l'expérience de la souffrance (la sienne

propre et celle du patient), la dominance de la honte ressentie envers sa propre expérience de souffrance, une grande ambivalence envers ses propres défaillances, vivre la souffrance comme une faiblesse et un défaut, la répression de toute expérience de doute dans le travail avec ses patients, la difficulté d'assumer l'impuissance en se laissant tenter par l'apparente réalisation de désirs de toute-puissance. Ces mouvements figent toute possibilité de conflictualité psychique active, vivante et engageante de la part du psychothérapeute, et ils amènent un clivage inapproprié entre le rôle du psychothérapeute en tant que celui qui soigne et le patient comme celui qui souffre.

Les mouvements qui rapprochent de la subjectivation sont caractérisés par une fluidité entre des tendances défensives telles que mentionnées plus haut et des tendances qui se penchent vers la confrontation et la conscientisation de ce qu'il y a de conflictuel pour le sujet en jeu dans ses souffrances. Des exemples de ces mouvements sont : des efforts d'historisation des expériences de souffrances, conscientiser et s'autoriser à vivre des sentiments de défaillance, assumer le vécu de souffrance qui vient avec la réalisation de l'écart entre les idéaux du psychothérapeute et la réalité de sa pratique, tolérer le sentiment d'impuissance malgré les désirs de toute-puissance qui peuvent parfois submerger.

Les enjeux et les défis de la subjectivation sont multiples. S'inscrire dans un processus de subjectivation de ses souffrances n'est-t-il pas une question d'éthique pour le psychothérapeute dans son travail avec les patients ? Un psychothérapeute qui assume sa souffrance n'est-t-il pas plus en mesure d'accompagner les patients dans leurs souffrances ? Un psychothérapeute qui tente d'intégrer sa souffrance dans son identité professionnelle est plus apte à réguler son contre-transfert, améliore sa capacité à s'identifier avec les patients, et se met plus en mesure de chercher du soutien quand sa souffrance devient moins contenable. Un processus de subjectivation permet au psychothérapeute de nourrir son désir de s'améliorer comme psychothérapeute et de rechercher toujours à compléter sa formation, à se voir en devenir perpétuel, jamais achevé.

Un des enjeux cruciaux de la subjectivation est la question de la bonne distance ou de la bonne proximité que le psychothérapeute entretient avec sa propre souffrance. Nous avons pu remarquer que les participants ont exprimé des expériences variées en regard de cette question. Il s'agit d'un enjeu important puisque cette distance ou proximité peut faciliter ou parasiter le travail du psychothérapeute avec les patients.

Nos résultats sont en accord avec les conceptualisations contemporaines en psychanalyse des défis propres au clinicien en devenir (nous pensons ici particulièrement aux travaux d'Anzieu, Kaës, Roussillon et Konicheckis qui ont inspiré le développement de notre problématisation). Notre étude nous a permis toutefois de réaliser qu'un des défis importants de la subjectivation est qu'il n'existe pas de recette, pas de méthode spécifique et universelle pour réussir ce processus. Chaque parcours de subjectivation est unique pour chaque psychothérapeute et il tient à lui de défricher son propre chemin.

L'une des limites de la présente étude vient de notre difficulté de recrutement. Une possible explication de cette difficulté tient à la honte qu'un psychothérapeute peut éprouver à dévoiler devant un pair sa propre vulnérabilité alors que la profession est encore pratiquée à l'ombre du tabou de la souffrance.

Enfin, les résultats de notre étude nous ont définitivement permis de briser le mythe d'un psychothérapeute idéal ayant déjà complété son processus de subjectivation, ce qui nous permet d'affirmer qu'un des défis de ce processus est de rester à l'affût de l'illusion d'avoir complété son processus de subjectivation.

CHAPITRE VI

CONCLUSION

Dans le cadre de notre recherche qualitative, nous avons effectué deux entrevues avec sept psychothérapeutes présentant un nombre d'années d'expérience variable. Comme objectif général, nous avons voulu comprendre les différents processus de subjectivation de la souffrance chez les psychothérapeutes. Nous avons obtenu les résultats sous les thèmes suivants : la vocation et la formation, les expériences de réussite et d'échec et la subjectivation comme processus. Les résultats obtenus indiquent que les expériences de subjectivation des psychothérapeutes sont des trajectoires uniques, singulières et ouvertes dans le temps. Les résultats obtenus dévoilent aussi divers rapports que les psychothérapeutes entretiennent avec leur désir d'idéalité dans leur travail avec les patients et comment ces rapports nous laissent entrevoir où ils en sont dans leur processus de subjectivation.

Vu la rémanence d'un tabou de la souffrance du psychothérapeute, des futures recherches pourront être effectuées sur la place de la souffrance et de sa subjectivation dans la formation des psychothérapeutes. De futures recherches aussi pourront être effectuées sur la place de la subjectivation de la vulnérabilité et de la souffrance dans la relation de supervision entre le superviseur et le stagiaire ou l'interne en psychologie.

Notre essai sur l'expérience de cliniciens en regard de la souffrance qu'ils côtoient et qu'ils éprouvent, à l'aune de leurs idéaux et des doutes qui viennent complexifier leur vocation, avait pour visée éventuelle la contribution sur le terrain à des pratiques mieux

éclairées au service des psychothérapeutes en devenir. Il découle des résultats de notre étude quelques retombées en ce sens.

Un travail de concientisation de ces enjeux auprès des superviseurs cliniques leur permettrait d'être davantage attentifs aux écueils qui guettent le débutant (et qui continueront à marquer son parcours). La reconnaissance des souffrances induites par la confrontation aux aspects dynamiques et conflictuels du processus que nous avons détaillé devrait permettre un ajustement plus fin et personnalisé aux besoins idiosyncratiques de leurs apprenants.

Pour divers contextes d'apprentissage, de formation et d'intervention, des outils sont disponibles à même la facture de nos résultats pour repenser le tabou du psychothérapeute souffrant et les stigmates qui en feraient un psychothérapeute inefficace ou défaillant. La question de l'intégration de la souffrance au devenir même des cliniciens pourrait inspirer nombre d'aspects des enseignements qu'ils pourront recevoir sur leur parcours.

La portée de nos conclusions est évidemment réduite au vu de la taille de notre échantillon qui ne peut être considéré comme représentatif. De futures recherches pourraient cibler des sujets plus nombreux venant d'horizons théoriques plus diversifiés. Des études qui sonderaient les pratiques et les points de vue des cliniciens engagés dans la formation et la supervision seraient certes bienvenues.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTRETIEN

LA PLACE DE LA SOUFFRANCE DANS LE DEVENIR DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

1ER ENTRETIEN

Présentation chercheurs de l'UQAM

- But de la recherche : mieux comprendre la nature de la souffrance induite chez le psychothérapeute dans son travail et comment le psychothérapeute compose avec la souffrance dans sa pratique clinique
- Modalité de participation (2 entretiens, durée d'environ 1h30)
- Confidentialité assurée
- Enregistrement audio de l'entretien pour respecter fidèlement son contenu
- Formulaire de consentement

Questions d'amorce :

- 1- Parlez-moi de votre intérêt pour participer à cette étude.
- 2- Je m'intéresse au devenir du psychothérapeute. Comment ça s'est passé pour vous ? Pouvez-vous me parler de votre histoire, de comment vous êtes devenu psychothérapeute?
- 3- Pouvez-vous me parler de votre pratique ?

Thèmes (exemples de questions)

1- La formation et la vocation

Pouvez-vous me parler de votre pratique de psychothérapeute ? Qu'est-ce qui vous a motivé(e) à choisir cette vocation ?

Qu'est-ce que vous pensez aujourd'hui de votre choix de vocation ?

Quelles motivations vous animent le plus dans la pratique quotidienne de votre travail ?

Est-ce que vos motivations ont changé avec le temps au cours de votre pratique ?

2- **Expériences d'échec et de succès**

Parlez-moi de ce que vous espérez dans votre rôle de psychothérapeute auprès d'un patient ?

Est-ce qu'il vous est arrivé d'avoir des doutes concernant votre travail ?

3- **La subjectivation comme processus**

Pouvez-vous me parler de la place de la souffrance dans votre travail ?
Comment vivez-vous avec le fait de côtoyer la souffrance au quotidien ?

Est-ce que vous avez déjà pensé à la notion du thérapeute lui-même souffrant ? Qu'est-ce que cela évoque pour vous si je parle du thérapeute souffrant ?

Qu'est ce que vous faites avec cette souffrance ?

Préparation de la fin de l'entretien

- Autres éléments que le participant aimerait aborder et qui n'ont pas été touchés

2E ENTRETIEN

Certaines choses vous sont-elles venues à l'esprit depuis notre dernier entretien ?
Peut-être y a-t-il certains aspects dont vous aimeriez parler ?

Thèmes non abordés en premier entretien :

Fin de l'entrevue

- Questions sur les thèmes non évoqués par le participant

Après avoir terminé l'enregistrement

- Questionner le participant sur le déroulement de l'entretien
- Revenir sur la confidentialité et l'anonymat des entretiens et de leur participation
- Évaluation de l'état du participant

ANNEXE B

LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS



LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARTICIPANTS

Invitation à participer au projet de recherche intitulé *La place de la souffrance dans le devenir du psychothérapeute*

Chercheure responsable : Hamida Tairi, doctorante en psychologie,
Département de psychologie, UQAM
sous la direction de : Dr. Véronique Lussier, professeure de psychologie,
département de psychologie, UQAM

Madame, Monsieur,

*Vous êtes membre de la société psychanalytique de Montréal **et/ou** de la société canadienne de psychanalyse?*

Ou

Vous êtes psychothérapeute, psychologue membre de l'OPQ ?

*Vous voulez partager votre réflexion sur la place de la souffrance dans votre pratique
Vous vous intéressez à la réflexion sur le devenir du psychothérapeute
Vos conditions de pratique mettent à mal vos idéaux dans votre pratique Vous avez le
désir de partager votre expérience sur ces questions*

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. Le but de ce projet est de mieux comprendre la nature de la souffrance induite chez le psychothérapeute dans son travail et de comprendre comment le psychothérapeute compose avec la souffrance dans sa pratique clinique.

En quoi consiste la participation au projet ?

Votre participation à ce projet de recherche consiste en deux entretiens individuels pour discuter de votre expérience. Avec votre autorisation, les entrevues seront audio-enregistrées. La durée de chaque entretien est de 1h30 et il se déroule dans un lieu de votre pratique ou dans un local de l'UQAM.

Comment seront utilisées les données recueillies ?

Pour empêcher votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies seront traitées et conservées de manière **confidentielle et anonyme**. En aucun cas, ces données pourront mener à votre identification. Seules la chercheuse et la directrice de projet de recherche auront accès aux données. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes.

Il y a-t-il une compensation financière ?

Aucune compensation financière n'est prévue pour votre participation.

Quels sont les risques éventuels à participer à cette étude ?

Il n'y a pas de risque d'inconfort significatif associé à votre participation à cette étude. Toutefois, le contenu personnel abordé durant les entretiens pourrait susciter des émotions désagréables. L'interviewer sera sensible aux possibles manifestations de détresse chez les participants.

Quels sont les bénéfices éventuels liés à la participation à cette étude ?

Nous anticipons que le participant pourra tirer certains bénéfices de sa participation dans la présente étude du fait qu'en partageant son vécu subjectif et unique, il trouvera une occasion d'approfondir ses réflexions sur son cheminement concernant l'appropriation subjective de ses souffrances.

Que faire si j'ai des questions à propos de ce projet ?

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec la chercheuse aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Nous vous remercions sincèrement de votre intérêt pour cette recherche.

Hamida Tairi, doctorante en psychologie
Courriel : tairi.hamida@courrier.uqam.ca
Téléphone : 438-863-9138

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

La place de la souffrance dans le devenir du psychothérapeute

Étudiante- Chercheure

Hamida Tairi

Doctorante en psychologie

tairi.hamida@courrier.uqam.ca

Téléphone : 438-863-9138

Direction de recherche Dr. Véronique Lussier

Professeure au département de psychologie

lussier.veronique@uqam.ca

Téléphone : (514) - 987-3000 poste 1349

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui vise à comprendre la place de la souffrance dans le devenir du psychothérapeute. Avant d'accepter de participer à ce projet, il est important de lire et bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des questions que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions.

Description du projet et de ses objectifs

L'objectif général de ce projet de recherche est de mieux comprendre la nature de la souffrance induite chez le psychothérapeute dans son travail et comment le psychothérapeute compose avec la souffrance dans sa pratique clinique.

Nature et durée de votre participation

Le participant sera invité à participer à deux entrevues individuelles de 1h30 chacune dans un lieu au choix du participant. Un intervalle de quelques jours séparera les deux entretiens. Les entrevues sont enregistrées audio numériquement avec votre permission. L'heure d'entrevue est à convenir avec l'interviewer. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Avantages liés à la participation

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des enjeux qui entourent l'appropriation de la souffrance chez le psychothérapeute.

Les participants pourront tirer certains bénéfices de leur participation dans la présente étude en ce qu'en partageant leurs vécus subjectifs et uniques, ces entrevues leur permettront d'approfondir leurs réflexions sur leurs cheminements en ce qui concerne l'appropriation subjective de leurs souffrances.

Risques liés à la participation

Il n'y a pas de risque d'inconfort significatif associé à votre participation à cette étude. Toutefois, le contenu personnel abordé durant les entretiens pourrait susciter des émotions désagréables. L'interviewer sera sensible aux possibles manifestations de détresse chez les participants.

Confidentialité et Anonymat

Il est entendu que tous les renseignements recueillis lors des entretiens individuels sont confidentiels. Seules la chercheure-étudiante et la directrice de recherche auront accès à ces renseignements. Tout le matériel de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé au bureau en lieu au bureau de la chercheure pour la durée totale du projet.

Afin de protéger votre identité et la confidentialité des données recueillies auprès de vous, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique ou nom fictif. Ce code et ce pseudonyme associés à votre nom ne seront connus que de la chercheure étudiante et de la directrice de recherche. De plus, tous les renseignements qui pourraient permettre de vous identifier seront déguisés afin qu'on ne puisse les reconnaître.

Les enregistrements sonores des entretiens, le formulaire de consentement et les questionnaires sociodémographiques recueillis pour cette recherche seront conservés pour une période de 5 ans après la fin de l'étude, et seront détruits après ce délai.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive contraire de votre part, les documents vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer implique que vous acceptez de participer à deux entretiens de 1h30.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que la chercheuse et la directrice de recherche puissent utiliser aux fins de la présente recherche (articles, thèse, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne ne soit divulguée publiquement.

Utilisation secondaire des données

Les données ne seront pas utilisées pour d'autres études.

Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Hamida Tairi, tairi.hamida@courrier.uqam.ca, Téléphone : (438) 863-9138 ; Dr. Véronique Lussier, lussier.veronique@uqam.ca, Téléphone : (514) - 987-3000 poste 1349

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ 4 : sergent.julie@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642].

Communication des résultats

Nous considérons envoyer une copie électronique de la thèse aux participants après sa défense, est-ce que cela vous intéresse ? Oui Non

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Votre adresse courriel :

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tel que présenter dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

 Prénom Nom

 Signature

 Date

 L'IDÉAL À L'ÉPREUVE DE LA SOUFFRANCE

Engagement du chercheur

Je,

soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

 Prénom Nom

 Signature

 Date

RÉFÉRENCES

- Anzieu, D. (2014). Désir de toute puissance, culpabilité et épreuves dans la formation. Dans Kaës, R., Anzieu, D., Thomas, L.V. (2014) *Fantasme et formation*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (2014). La fantasmagorie de la formation psychanalytique. Dans Kaës, R., Anzieu, D., Thomas, L.V. (2014) *Fantasme et formation*. Paris : Dunod.
- Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ? *Le carnet PSY*, 1(96), 24-27.
- Bion, W. (1967). Notes on memory or desire. *The Psychoanalytic Forum*, 2(3).
- Bokanowski T. (2004). Souffrance, destructivité, processus. Rapport du LXIV^e Congrès des psychanalystes de langue française, *Revue française de Psychanalyse*, t. LXVIII, 5, 2004.
- Bokanowski T. (2005). *Des transferts négatifs à la réaction thérapeutique négative*. Travail présenté à la conférence : Introduction à la psychanalyse de l'adulte, Vulpian. Repéré à <http://www.spp.asso.fr/wp/?p=5853>
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapeutiques psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane*, 18(2), 70-85.
- Caïn, J. (1992). L'analyste interminable ou le psychanalyste en devenir. *Revue française de psychanalyse*, 2, 335-343.
- Cahn, R. (2004). Subjectalité et subjectivation. *Adolescence*, 4(50), 755-766.
- Chabert, C (2006). *Le moi, le soi et le sujet*. Dans Richard, F. et Wainrib, S. (2006) *La subjectivation*. Paris : Dunod.
- Chazaud, J. (1979). *La souffrance de l'idéal : études psychanalytiques sur la mélancolie*. Toulouse : Privat.
- Chiland, C. (1992). Devenir psychanalyste. *Revue française de psychanalyse*, 2, 377-386.

- Colin, R.C. (2009). L'idéal du psychanalyste. *Topique*, 106, 135-142.
- Cornu, L. (2014). Subjectivation, émancipation, élaboration. *Tumultes*, 2(43), 17-31.
- Cosnier, J. (1992). Devenir psychanalyste : un destin de la névrose de transfert ? *Revue française de psychanalyse*, 2, 515-535.
- Denis, P. (1991). Sujet. Surmoi, culpabilité et utopie. *Revue française de psychanalyse*, 6, 1545-1547.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833-845. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.15.6.833>
- Deutsch, C. J. (1985). A survey of therapists' personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(2), 305-315. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.2.305>
- Dufresne, R.A. (1991). *Le désir du psychanalyste dans la cure. Désire nécessaire, désir impossible, désir partagé (réflexions clinique)*. Dans Beaudry, J., Pelletier, R., Van. (1991). *Le désir de l'analyste dans la cure*. Montréal : Éditions du méridien.
- Elliot, D. M., Guy, J. D., (1993). Mental health professionals versus non-mental health professionals: Childhood trauma and adult functioning, *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 83-90.
- Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris : PUF.
- Fisher, D. (1994). A new vision of healing as constructed by people with psychiatric disabilities working as mental health providers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 67-81.
- Fleischer, J.A, Wissler, A. (1985). The therapist as patient: Special problems and considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 587-594.
- Forney, D., Wallace-Schutzman, F., et Wiggers, T. (1982). Burnout among career development professionals: Preliminary findings and implications. *Personnel and Guidance Journal*, 60, 435-439.
- Freud, S. (1937). Analysis Terminable and Interminable. *Int. J. Psycho-Anal.*, 18 : 373-405.

- Freud, Sigmund. [1919] (1985). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Trad. De l'allemand par B. Féron. Paris : Gallimard.
- Gibeault, A. (2012). *L'idéal du moi et la maladie d'idéalité. Hommage à J. Chasseguet Smirgel*. Dans Druon, A. et Stibon, A. (2012). *La pensée psychanalytique de Janine Chasseguet-Smirgel : le courage de la différence*. Paris : PUF.
- Gilbert, S. (2007). La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes, *Recherches qualitatives*, 3, 274-286.
- Gilroy, P.J, Carroll, L., Murra, J. (2001). Does depression affect clinical practice? A survey of women psychotherapists. *Women & Therapy*, 23(4), 13-30.
- Goldberg, M., Hadas-Lidor, N., Karnieli-Miller, O. (2015). From patient to therapatient: social work students coping with mental illness. *Qualitative health research*. 25(7), 887-898.
- Guy, J. D., Poelstra, P. L. and Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1): 48-50.
- Guy, J. D. (1987). *The Personal Life of the Psychotherapist*. New York: Wiley.
- Haineault, D.S. (1993). Faire métier d'un trop et d'un pas assez. *Filigrane*, 2, 68-77.
- Kaës, R. (2014). *Quatre études sur la fantasmatisation de la formation et le désir de former*. Dans Kaës, R., Anzieu, D., Thomas, L.V. (2014). *Fantasme et formation*. Paris : Dunod.
- Kline, F. (1972). Dynamics of a leaderless group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 22, 234-242.
- Konicheckis, A. (2006). Subjectivation, vrai-self et personnalisation. *Le carnet PSY*, 5(109), 35-36.
- Lalot, D.A., & Grayson, J.H. (1985). Psychologist heal thyself: What is available for the impaired psychologist? *American Psychologist*, 40(1), 84-96. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.1.84>
- Lanctot Belanger, M.C (1991). *Cet obscur objet du désir : ouverture*. Dans Beaudry, J., Pelletier, R., Van. (1991). *Le désir de l'analyste dans la cure*. Montréal : Éditions du méridien.

- Laperrière, R. (2009). Lettre à mes jeunes collègues qui voudraient devenir psychanalystes. *Psychothérapies*, 29(4), 211-217.
- Laperrière, R. (1999). *Le malaise de l'imposteur*. Filigrane, 8(2), 88-99.
- London, R. W. (1977). *The lonely profession: A study of the psychological rewards and negative aspects of the practice of psychotherapy* (Doctoral dissertation) University of south California, Dissertation Abstracts International, 37(9-B), 4691-B.
- Lussier, A. (2006). *La gloire et la faute : Essai psychanalytique sur le conflit qui oppose narcissisme et culpabilité*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lussier, A. (1994). L'idéal thérapeutique et le thérapeute idéal. *Revue québécoise de psychologie*, 15(1), 7-26.
- Lussier, A. (1975). *Essai sur l'idéal du moi*. Thèse de doctorat (Ph.D.) sous la direction de Noël Mailloux. Département de Psychologie. Université de Montréal.
- Miller, A. (1996). *L'avenir du drame de l'enfant doué*. Paris : Presses Universitaires de France.
- O'connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 3(4), 345-350.
- Paillé, P. et Muccielli, A. (2016). *L'analyse Qualitative En Sciences Humaines et Sociales* (4éd). Paris : Armand Colin.
- Pope, K. S., (1994). *What therapists don't talk about and why*, Address at the 102nd Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles, CA.
- Reik, T. [1948] (1976). *Écouter avec la troisième oreille : l'expérience intérieure d'un psychanalyste*. Paris : Éditions Bibliothèque des Introuvables.
- Richard, F et Wainrib, S. (2006). *La subjectivation*, Paris : Dunod.
- Richard, F. (2001). *Le processus de subjectivation à l'adolescence*. Paris : Dunod.
- Roussillon, R (2007). *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique*. Paris : Elsevier-masson.
- Roussillon, R (2006). *Pluralité de l'appropriation subjective*. Dans Richard, F. et Wainrib, S. (2006) *La subjectivation*. Paris : Dunod.

- Sherman, M. D. (1996). Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists. *Clinical Psychology Review*, 16(4), 299-315. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(96\)00016-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(96)00016-5)
- Smirnoff, V.N (1982). Le contre-Transfert, maladie infantile de l'analyte. *Topique*, 30, 5- 25
- Sussman, M.B (1992). *A Curious Calling: Unconscious Motivations for Practicing Psychotherapy*. Maryland: Jason Aronson.
- Wainrib, S. (2006a). La psychanalyse, une question de subjectivation ? *Le carnet psy*, 5(109), 23-25.
- Wainrib, S (2006b). *Un changement de paradigme pour une psychanalyse diversifiée*. Dans Richard, F. et Wainrib, S, la subjectivation. Paris : Dunod.
- Wood, B. J., Klein, S., Cross, H. J., Lammers, C. J., & Elliott, J. K. (1985). Impaired practitioners: Psychologists' opinions about prevalence, and proposals for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(6), 843-850. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.16.6.843>
- Zaltman, N. (1982). Vocation psychanalytique et problématique mélancolique. *Topique*, 30, 89-96.
- Zerubavel, N, Wright, M.O, (2012). The Dilemma of the Wounded Healer. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 49(4), 482-491.